

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Особливості харчової поведінки та їх зв'язок з образом тіла у дівчат, що  
займаються естетичними видами спорту**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-223  
групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія  
Шпенкової А.А.  
(прізвище та ініціали)  
Керівник  
Д.мед.н,  
Полшкова С.Г.  
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та  
ініціали)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2024**

## ЗМІСТ

<b>Перелік умовних скорочень, позначень, термінів.....</b>	<b>4</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У СПОРТСМЕНОК-ПІДЛІТКІВ.....</b>	
<b>10</b>	
1.1 Особливості підліткового віку та розладів харчової поведінки.....	10
1.1.1 Психологічні особливості підліткового та юнацького віку.....	10
1.1.2 Поняття харчової поведінки та розлади харчової поведінки...	17
1.1.3. Особливості проявів харчової поведінки у спортсменок.....	28
1.2 Поняття про образ тіла в психології.....	36
1.2.1 Особливості образу тіла у підлітковому та юнацькому віці....	36
1.2.2 Особливості образу тіла у спортсменів.....	43
1.2.3 Зв'язок образу тіла та проявів РХП.....	45
1.2.4 Зв'язок образу тіла та самооцінки в психології.....	49
1.3 Особливості формування харчової поведінки у дівчат-підлітків в умовах професійних спортивних тренувань.....	50
<b>Висновки до розділу I.....</b>	<b>52</b>
<b>РОЗДІЛ II МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	
<b>54</b>	
2.1 Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження.....	54
2.1.1 Опис обраних методик.....	55
2.1.2 Оцінка якості отриманих даних на шкалах обраних методик..	59
2.2 Характеристика вибірки.....	61
<b>Висновки до розділу II.....</b>	<b>63</b>

## **РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....64**

3.1 Описові статистики. Відмінності у самосприйнятті, самооцінці та харчовій поведінці між експериментальною та контрольною групами.....64

3.2 Кореляційні зв'язки між образом тіла, самоствавленням та харчовою поведінкою.....79

3.3 Експлораторний факторний аналіз.....95

3.3.1. Експлораторний факторний аналіз взаємозв'язків образу власного тіла та харчової поведінки, експериментальна група.....95

3.3.2 Експлораторний факторний аналіз на шкалах обраних в дослідженні методик (група естетичного спорту).....99

3.4 Множинні лінійні регресії утворення Розладу харчової поведінки.....102

3.5 Практичні рекомендації щодо запобігання розладам харчової поведінки та негативному образу тіла в естетичному спорті.....107

**Висновки до розділу III.....115**

**ВИСНОВКИ.....118**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....121**

**Перелік умовних скорочень, позначень, термінів**

РХП - розлад харчової поведінки

ЕХП - емоціогенна харчова поведінка

ОХП - обмежувальна харчова поведінка

КП - компульсивне переїдання

ООВТ - опитувальник образу власного тіла

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Останнім часом у суспільстві можна спостерігати тенденцію до дотримання здорового способу життя, занять спортом та правильного харчування. Непрофесійні заняття фізкультурою чи спортом додають нам впевненості в собі, покращують фізичне та психічне здоров'я.

Проте, спортсмени професійного рівня можуть відчувати постійний стрес через необхідність виглядати певним чином чи підтримувати певну вагу.

Розлади харчової поведінки виникають в усіх видах спорту, але не у всіх однаково часто. Як і в суспільстві розлади харчової поведінки в спорті частіше трапляються у жінок, ніж у чоловіків. Однією з областей, у якій результати дослідження є більш остаточні, є “худі” види спорту, для яких худорляве, сухе тіло або низька вага, як прийнято вважати, забезпечують біомеханічну перевагу продуктивності або ж оцінці ефективності. Жінки та дівчата в цих видах спорту вважаються групою найвищого ризику.[1]

Психологічний тиск може створюватися з боку тренерів, партнерів, соціуму, суддівства і т.д. і є особливо помітний в естетичних видах спорту таких як спортивна та художня гімнастики, акробатика, фігурне катання, балет і т.д., Прийнято вважати, що низька маса тіла дає атлету конкурентну перевагу, а також візуально худіші спортсмени часто мають перевагу перед суперниками з естетичної точки зору.

Часто в спортивних залах можна почути образи та знуцання з боку тренерів щодо ваги підопічних, або ж фрази на кшталт: “гімнастика це голодний спорт”, “не виходить елемент, тому що маєш зайві 300г”, “маленькі дівчатка стрибають вище”.

У парних видах спорту (акробатка, фігурне катання) основна вимога до одного з партнерів - мати низьку вагу.

Змагаючись в видах спорту, що мають естетичну складову, спортсменка часто отримує від суддів не лише оцінку за техніку, а й бал за артистизм, що включає в себе оцінку зовнішнього вигляду, що передбачає оцінювання як макіяжу, зачіски, костюму, так і фігури. Тобто можна отримати збавку, якщо, на суб'єктивну думку когось із суддів, атлетка виглядає недостатньо стрункою, має зовелику вагу чи непропорційне тіло.

В цілому близько 1-5% населення схильні до ризику розвитку розладів харчової поведінки. У спортсменів цей показник може сягати 30%.

Рой Томпсон, досліджуючи американських атлетів, виявив, що спортсмени які змагаються в більш відкритій спортивній формі більш схильні негативно ставитися до власного тіла, що потенційно може призвести до формування симптомів РХП [2] . Так для 45% відсотків плавців стресовим фактором є те, як їх тіло виглядає в купальнику. Волейболісти також схильні більш негативно ставитися до власного тіла через відкриту форму в якій виступають.

Спортсменки також часто мають труднощі зі сприйняттям власного тіла через атлетичну будову та наявність м'язів, що в культурі вважається не жіночним.

Симптоми РХП часто вважаються нормою в спорті. Жорстка дієта та\ або голодування, надмірні тренування (часто набагато більше за те, що вимагає тренер), перфекціонізм - прийнято вважати проявом професіоналізму, а не проблемою. Інколи нездорову харчову поведінку заохочують і підтримують самі тренери. Після закінчення кар'єри спортсменки часто діляться історіями про те, як тренери змушували голодувати або "очищатися" після їжі, вживати сечогінні та послаблюючі

препарати, “ганяти” вагу бігаючи в спеку в харчовій плівці, або вимагаючи скинути 10 кг за тиждень перед змаганнями.

Часто це призводить до великих проблем зі здоров'ям, які супроводжують людину ще багато років після спорту: проблеми з жіночим здоров'ям, РХП, депресія, низька самооцінка.

На жаль в Україні дуже мало досліджень, які проводилися саме за участі спортсменів, тому складно зрозуміти масштаби проблеми. Про розлади харчової поведінки зазвичай не говорять, їх приховують через почуття сорому та винуватості.

На нашу думку нагороди чи звання не варті того, щоб наносити колосальну шкоду психічному та фізичному здоров'ю людини. Оцінювання зовнішнього вигляду, булінг та бодішеймінг є проявом психологічного насилля, а отже давно вже пора переглянути правила та вимоги до зовнішнього вигляду та ваги спортсменів в естатичних видах спорту.

### **Теоретико-методологічна основа дослідження:**

Американський психолог Рой Томпсон [12] проводив дослідження образу тіла та харчової поведінки у американських атлетів.

Т. Нечитайло [13] - дослідження образу тіла у підлітків в своїй роботі “Генезис образу фізичного Я у підлітковому віці.”

Також багато українських психологів, таких як О.Л. Кононко[23],[24], С.Д. Максименко [25], М. В Савчин [27],[28] приділяли увагу дослідженню Я-образу та формуванні особистості дітей та підлітків

Також в основу роботи покладено роботи Джессіки Кнапп (2014), Кеннеді Саманти (2021), Thein Nissenbaum (2011), Ravi S. (2021), Silveri G.A. (2021), Sharp H. (2018), Stoyel Hannah (2021) та їх співавторів, котрі працювали над дослідженням різноманітних симптомів розладів харчової

поведінки, депресії, а також вивчали образ тіла, самооцінку у спортсменів, що займаються різними видами спорту та мають різний рівень спортивної підготовленості та досягнень.

На базі робіт цих та інших вчених ми і будемо наше дослідження.

**Об'єкт дослідження:** образ тіла та харчова поведінка дівчат-підлітків

**Предмет дослідження:** особливості харчової поведінки образу тіла у спортсменок-підлітків, що займаються естетичними видами спорту

**Мета:** визначити особливості харчової поведінки та образу тіла у спортсменок-підлітків, що займаються естетичними видами спорту.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо проблем формування самооцінки та образу тіла.

2. Визначити рівень самооцінки та задоволеності власним образом тіла у досліджуваних.

3. Визначити особливості сприйняття образу тіла у дівчат, що займаються естетичними видами спорту.

4. Визначити особливості харчової поведінки у дівчат, що займаються естетичними видами спорту.

**Методи дослідження:**

Теоретичний аналіз наукової літератури, тестування, опитування, узагальнення, інтерпретація, психодіагностичні методики та методи математичної статистики.



**Дослідження проводилося за допомогою психодіагностичних методик:**

«Тест-опитувальник самоствавлення» (В. Століна, С. Пантелєєва)

«Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха

«Опитувальник харчових переваг -26» (D.M.Garner, EAT-26)

«Голландський опитувальник харчової поведінки» DEBQ

### **Характеристика вибірки:**

В дослідженні брали участь дівчата-підлітки 14 - 18 років, що займаються естетичними видами спорту та контрольна група - дівчата-підлітки 14 - 18 років, що займаються іншими видами спорту, чи не займаються спортом взагалі.

## РОЗДІЛ І

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У СПОРТСМЕНОК-ПІДЛІТКІВ

#### 1.1 Особливості підліткового віку та розладів харчової поведінки

##### 1.1.1 Психологічні особливості підліткового та юнацького віку

Підлітковий вік - це складний, динамічний та багатогранний етап життя, який знаменує собою перехід від дитинства до дорослості. Цей період характеризується бурхливими змінами на фізичному, психологічному та соціальному рівнях, що робить його унікальним та значущим. В середньому пубертатний період триває 3-4 роки і характеризується певним набором фізіологічних, психічних, психологічних змін

Під час підліткового віку юнаки та дівчата переживають бурхливий період фізичного розвитку. Їхні тіла активно ростуть, змінюючись як зовні, так і зсередини. [69]

Внутрішні та зовнішні зміни, що супроводжують підлітковий вік:

- Внутрішні органи: Спочатку дозрівають внутрішні органи, готуючи організм до репродуктивної функції.
- Зовнішні пропорції: У дівчаток розширюється таз, а плечі залишаються колишніми, формуючи жіночі пропорції. У хлопчиків, навпаки, ширина плечей збільшується, а розміри таза залишаються незмінними, надаючи їм чоловічу статуру.
- Зростання м'язів та жирової тканини: З ростом скелета розвивається м'язова маса та жирова тканина, надаючи тілу більш чіткий силует.
- Вторинні статеві ознаки: З'являються характерні для статі фізіологічні ознаки: у дівчаток - розвиток молочних залоз, ріст волосся на

лобку, перша менструація; у хлопчиків - збільшення яєчок, ріст волосся на лобку, під пахвами, борода, зміна голосу.[14]

Статеве дозрівання супроводжується високою гормональною активністю, яка впливає на всі аспекти розвитку: фізичний, емоційний, поведінковий. Це призводить до формування сексуальної поведінки та гендерних ролей, що визначають самооцінку, ставлення та поведінку в соціальних ситуаціях як юнаків, так і дівчат.

До кінця підліткового віку основні структурні та функціональні зміни в мозку завершуються, тіло досягає остаточних рівнів ваги та об'єму, знаменуючи собою фізичну зрілість.

Необхідно зазначити, що розвиток різних систем організму в підлітковому віці може відбуватися нерівномірно. Швидкий ріст скелета, м'язів та жирової тканини може тимчасово призводити до нестабільності в поведінці та діяльності підлітків, оскільки розвиток серця та легенів може дещо затримуватися.

Важливо пам'ятати, що фізичний розвиток тісно пов'язаний з психологічним становленням особистості. "Криза 13 років" часто виникає як результат руйнування старих структур особистості та системи дитячих переживань, які не відповідають новому фізичному та психоемоційному стану підлітка.[69]

Основними причинами кризи підліткового віку є:

1) прагнення до нових форм стосунків з батьками та вчителями. Підлітки прагнуть довести свою дорослість, вимагають спілкуватися з ними на рівних.

2) У поведінці проявляється пряме відображення статевого дозрівання.

Суть кризи полягає не лише в яскравих зовнішніх поведінкових проявах, а і в глибоких якісних змінах у всьому процесі психічного розвитку дитини, її внутрішньому світі.

Ознаки підліткового віку:

- Зниження успішності: Підлітки можуть відчувати труднощі з навчанням, навіть у предметах, де вони раніше показували високі результати. Це часто пов'язано з переходом від конкретного до абстрактного мислення.
- Відсторонення: Підлітки можуть здаватися замкнутими, уникаючи спілкування з близькими та однолітками. Вони можуть стати більш дратівливими, схильними до сварок та порушень дисципліни.
- Внутрішній конфлікт: Підлітки часто відчувають тривогу, невдоволення собою та оточуючими. Їм може хотітися усамітнення та самоізоляції.

Стрімкий фізичний та психологічний розвиток у підлітковому віці призводить до формування нових психічних утворень, центром яких стає самосвідомість. Підлітки починають глибше себе розуміти, досліджувати свої цінності, інтереси та прагнення.

Підлітки прагнуть до визнання та самоствердження. Вони хочуть відчувати себе дорослими, набувати більшої незалежності від батьків. Це може проявлятися у зміні ставлення до навчання, зовнішнього вигляду, манері одягу, а також у прагненні до романтичних стосунків.

Нові умови життя підлітка призводять до змін у його соціальній ситуації. Спілкування з однолітками стає все більш важливим, адже воно дає можливість отримати визнання та підтримку, поділитися своїми переживаннями та емоціями. Навчання все ще залишається важливою частиною життя підлітка, але воно вже не є єдиною його мотивацією.

Перебуваючи в пубертатному віці молоді люди проводять багато часу в спілкуванні з однолітками, обговорюючи шкільні справи, особисті стосунки, плани на майбутнє. Це спілкування допомагає їм краще себе зрозуміти, знайти своє місце в світі, формувати власні погляди та переконання.

Підлітки стають більш чутливими до оцінок та інших результатів своєї навчальної діяльності. Їм важливо отримувати схвалення та визнання своїх досягнень.

Спілкування з однолітками характеризується наступними рисами:

- Прагнення до визнання: Підлітки прагнуть зайняти місце в групі однолітків, яке відповідає їхнім уявленням про себе. Це стає головною мотивацією їхніх дій.
- Розширення сфери спілкування: Спілкування виходить за межі шкільного життя, охоплюючи нові інтереси, види діяльності та стосунки.
- Важливість спілкування: Спілкування з однолітками набуває цінності, яка може відсувати навчання та стосунки з рідними на другий план.
- Вплив стосунків на поведінку: Незадоволеність стосунками з однолітками може негативно впливати на рівень освіти та призводити до поведінкових розладів.
- Цінність особистих якостей: У спілкуванні важливими стають особисті якості, такі як обізнаність, чесність, сміливість.
- Групові норми: Стосунки характеризуються спрямованістю та увагою до потреб товаришів, формуючись на основі "закону вулиці", "кодексу честі" тощо.
- Конформність: Підлітки схильні концентруватися в групах з високим рівнем конформності, пасивно приймаючи групові норми поведінки та підкоряючись авторитетам.

- Референтна група: У підлітків формується референтна група, яка визначає їхні стандарти та цінності щодо поведінки та самооцінки.
- Пошук друзів: Пошук друзів відбувається постійно, супроводжуючись ревнощами, образами та підлітковою дружбою.
- Взаємний інтерес: Між хлопцями та дівчатами виникає взаємний інтерес, бажання бути коханими та занепокоєння зовнішністю.

Стосунки з дорослими в підлітковому віці стають більш складними та неоднозначними. Підлітки прагнуть до більшої самостійності, але їм все ще потрібна підтримка та розуміння з боку батьків та інших дорослих.

Стосунки підлітків з дорослими людьми мають наступні особливості:

- Прагнення до рівності: Підлітки не погоджуються на нерівні стосунки з дорослими, оскільки це суперечить їхнім уявленням про дорослість та незалежність. Вони вимагають поваги, довіри та незалежності, обмежуючи права дорослих і розширюючи власні. Це може призводити до конфліктів, невиконання наказів та протестів.
- Конфлікти: Конфлікти виникають, коли зміни в розвитку особистості підлітка випереджають зміни у стосунках з дорослими.
- Вплив на самооцінку: Характер спілкування з дорослими суттєво впливає на особливості самооцінки підлітка, яка потребує довіри.

Психологічні характеристики виховання:

- Нові методи навчання: Підлітки обирають методи навчання, які роблять їх більш самостійними та зрілими, надаючи перевагу самостійним формам навчання.
- Нова мотивація: Мотивація навчання змінюється, включаючи прагнення до освіти, отримання роботи в майбутньому, самоствердження та самовдосконалення, а також потребу відповідати вимогам батьків.

- Цінність знань: Знання стають цінністю, надаючи їм певний статус серед однолітків.
- Самостійний пошук: Акцент робиться на самостійному пошуку нових знань.
- Неоднозначне засвоєння: Процес засвоєння знань у школі може супроводжуватися інтелектуальними переживаннями, адже одні учні вчаться легко, а інші вивчають лише предмети за вибором.

У підлітків розширюється об'єм пам'яті, формується смислово-логічна пам'ять, збільшується кількість прийомів запам'ятовування, покращується робота органів чуття, розвивається абстрактне і понятійне мислення, з'являється вміння працювати з гіпотезами та проводити розумові експерименти.

Розвиток уяви у підлітків характеризується розширенням змісту і появою нових способів формування образів. Уява стає більш довільною. Ми не тільки уявляємо речі, ми також уявляємо образи майбутніх ситуацій. У цьому віці мрії стають важливою формою уяви. З його допомогою підлітки створюють собі образ бажаного майбутнього. Активно розвивається також увага та мова підлітків.

Тому не дивно, що молодь активно випробовує свої сили в різних сферах діяльності, організовуючи різноманітні заходи та беручи участь у громадсько-політичному житті.[29]

Мова підлітків проходить чотири ключові етапи розвитку:

1. Спілкування: Мова стає основним інструментом для налагодження зв'язків та обміну думками з однолітками та дорослими.
2. Навчання: Мова використовується для засвоєння знань з різних предметів та розширення кругозору.
3. Творчість: Мова стає знаряддям для самовираження, створення літературних творів та опису емоцій.

4. Аналіз: Мова розглядається як об'єкт для дослідження, вивчення її граматичних правил та особливостей.

Мовні зміни:

- Зростання виразності: Підлітки прагнуть до більш емоційного та експресивного використання мови, щоб підкреслити свою індивідуальність та переконання.

- Художня чутливість: Розвивається сприйняття художньої літератури, з'являється захоплення поезією та літературною творчістю.

- Збагачення словникового запасу: Зменшується вживання повторюваних слів, розширюється словниковий запас, удосконалюються навички письма.

Особистісні характеристики підлітка:

- Прагнення до дорослості: Підлітки прагнуть визнання та самоствердження, бажаючи бути сприйнятими як дорослі.

- Сприйняття норм: Висока чутливість до соціальних норм, цінностей та моделей поведінки, прагнення їм відповідати.

- Прагнення до незалежності: Посилюється бажання самостійності та свободи від батьківського контролю.

- Потреба у підтримці: Незважаючи на прагнення до незалежності, підлітки все ще потребують розуміння, поваги та емоційної підтримки з боку дорослих.

- Постановка цілей: Молодь самостійно визначає цілі, планує дії та обирає шляхи їх досягнення.

- Імпульсивність: Невміння до кінця продумувати дії та схильність до імпульсивних вчинків.

- Розвиток самосвідомості: Формується самооцінка, з'являється схильність до рефлексії та самоаналізу.



- Інтерес до оточуючих: Підлітки цікавляться життям та думками інших людей, прагнуть ділитися своїми переживаннями та емоціями.
- Вольові якості: Розвиваються такі вольові якості, як наполегливість, рішучість та самоконтроль.
- Емоційність: Сфера емоцій стає більш яскравою та насиченою, особливо у сфері взаємин з протилежною статтю.
- Формування спрямованості та інтересів: Визначаються стійкі інтереси, формуються життєві цілі та прагнення.

Підлітковий вік характеризується динамічним розвитком мови та особистості. Розуміння цих змін допоможе дорослим краще спілкуватися з підлітками, підтримувати їх у прагненні до самоствердження та гармонійного розвитку.

### **1.1.2 Поняття харчової поведінки. Екстернальна, емоційна, обмежувальна харчова поведінка. Розлади харчової поведінки.**

Харчовою поведінкою прийнято називати сукупність звичок людини, пов'язаних з прийомом їжі (сюди входять режим прийому їжі, харчові переваги, особливості вживання їжі і т. д.)

Розрізняють три основні типи розладів харчової поведінки: зовнішнє(екстернальне) харчування, емоційне харчування та обмежувальне харчування[81].

Зовнішня (екстернальна) харчова поведінка проявляється як посилена реакція на зовнішні подразники, такі як накриті столи, люди, які їдять їжу, реклама їжі тощо, а не внутрішній, гомеостатичний стимул до їжі. Майже всі люди з ожирінням певною мірою мають такий тип харчової поведінки. У такому типі харчових звичок доступність продуктів має принципове значення. До таких характеристик відноситься переїдання на роботі, перекус на вулиці, переїдання в гостях, купівля надмірної кількості продуктів. У здорової людини з нормальною вагою тільки в голодному стані спостерігається підвищена реакція на зовнішні харчові подразники,

ступінь якої прямо пропорційна інтервалу між прийомами їжі і значною мірою залежить від їх кількості та складу. У пацієнтів із ожирінням такої закономірності немає. В основі підвищеної реакції на зовнішні подразники прийому їжі лежить не тільки підвищений апетит хворого, але і повільно формується почуття неповноцінного насичення. У людей з ожирінням настання насичення затримується і відчувається як механічне переповнення шлунка.

Емоційна харчова поведінка (ЕХП) визначається як прийом їжі у відповідь на емоційні стани, а не на фізіологічний голод. Це явище може виникати внаслідок різноманітних емоцій, включаючи стрес, тривогу, нудьгу, самотність, гнів або радість.

Основні характеристики емоційної харчової поведінки:

1. Вживання їжі у великих кількостях: Прийом їжі відбувається швидко, без контролю за порціями, що часто призводить до переїдання.
2. Вибір нездорової їжі: Перевага надається продуктам з високим вмістом цукру, жиру або калорій, які не забезпечують тривалого відчуття ситості.
3. Втрата контролю: Нездатність зупинитися після досягнення ситості.
4. Їжа як засіб емоційного регулювання: Використання їжі для управління емоціями замість пошуку здоровіших способів справлятися з ними.
5. Відчуття провини або сорому: Після епізодів ЕХП часто виникають почуття провини, сорому або самознищення.

Наслідки емоційної харчової поведінки:

1. Збільшення ваги та ожиріння: ЕХП може спричинити значне збільшення ваги та ожиріння, що негативно впливає на загальний стан

здоров'я.

2. **Порушення харчової поведінки:** ЕХП є фактором ризику для розвитку таких розладів харчової поведінки, як анорексія, булімія або компульсивне переїдання.

3. **Психологічні проблеми:** ЕХП може погіршувати симптоми депресії, тривоги та інших психічних розладів.

4. **Низька самооцінка:** Постійне відчуття провини та сорому за епізоди ЕХП може призвести до зниження самооцінки та негативного самосприйняття.

**Вплив стресових подій на емоційну харчову поведінку:**

1. **Втрата близької людини:** Смерть або важка хвороба члена родини чи близької людини.

2. **Зрада:** Виявлення зради коханої людини.

3. **Розлучення:** Ситуація розлучення або розриву стосунків.

4. **Навчання:** Підготовка до важливого іспиту або невдача на ньому.

5. **Важливі події:** Очікування важливої події з сумнівами щодо її успішного результату.

6. **Конфлікти:** Загострення конфліктів у сім'ї, на роботі або в інших сферах життя.

7. **Невдачі та комплекси:** Загострення переживань про невдале життя, відчуття непотрібності, занижена самооцінка.

**Форми емоційної харчової поведінки:**

1. **Компульсивне переїдання:** Неконтрольований прийом їжі, часто у великих кількостях, навіть коли людина вже сита.

2. **Нічне переїдання:** Прийом їжі вночі, що порушує режим харчування.

Обмежувальна харчова поведінка (ОХП) - це тип харчової поведінки, який характеризується надмірним самообмеженням в їжі. Люди з ОХП часто дотримуються жорстких та незбалансованих дієт, які можуть призвести до дефіциту поживних речовин, порушення здоров'я та емоційних проблем.

Ознаки ОХП:

- Суворі обмеження: Значне скорочення кількості їжі, яку людина вживає протягом дня.
- Виключення продуктів: Уникнення певних груп продуктів, таких як вуглеводи, жири або солодощі.
- Нав'язливий контроль: Надмірне планування їжі, підрахунок калорій та контроль порцій.
- Страх перед їжею: Боязнь набрати вагу або втратити контроль над харчуванням.
- Фізичні вправи для "відпрацювання" їжі: Заняття спортом або інші фізичні активності з метою спалити калорії.

Обмежувальна харчова поведінка (ОХП) має комплексну природу і може бути спричинена багатьма факторами, що взаємодіють між собою. Ось основні причини, які можуть призвести до розвитку ОХП:

Психологічні причини

1. Низька самооцінка: Люди з низькою самооцінкою часто прагнуть контролювати свою вагу як спосіб підвищити власну впевненість.
2. Перфекціонізм: Бажання бути ідеальним у всіх сферах життя, включаючи зовнішній вигляд, може спонукати до жорстких обмежень у харчуванні

Травматичний досвід

1. Травматичні події: Переживання таких подій, як фізичне або сексуальне насильство, серйозні хвороби або втрати, можуть призвести до розвитку ОХП як способу справлятися з психологічною травмою.

2. Психологічні травми в дитинстві: Ранні травматичні досвіди, такі як емоційне або фізичне насильство, знущання з боку однолітків, можуть залишити глибокий слід і вплинути на харчову поведінку в дорослому віці.

#### Соціальні та екологічні фактори

1. Тиск середовища: Проживання в середовищі, де акцент робиться на худорлявість і дієти, може сприяти розвитку ОХП.

2. Вплив колег і однолітків: Соціальний тиск з боку друзів або колег, які дотримуються жорстких дієт або підтримують худорлявість, може впливати на поведінку людини.

3. Професійні вимоги: Деякі професії, такі як моделювання, балет або спорт, де худорлявість є важливою умовою успіху, можуть спонукати до обмежувальної харчової поведінки.

#### Особливості особистості

1. Високий рівень самоконтролю: Люди з високим рівнем самоконтролю і бажанням контролювати всі аспекти свого життя можуть схилитися до ОХП.

2. Невпевненість у собі: Постійна непевненість у своїй зовнішності або сумніви у своїх здібностях можуть стимулювати надмірне самообмеження у харчуванні.

#### Медицина та здоров'я

1. Хронічні захворювання: Наявність хронічних захворювань або медичних станів, що вимагають дотримання специфічних дієт, може сприяти розвитку ОХП.

2. Лікування та медикаменти: Деякі лікувальні методи або медикаменти можуть впливати на апетит і харчову поведінку, спонукаючи до самообмеження.

Наслідки ОХП:

- Дефіцит поживних речовин: Недоїдання може призвести до дефіциту вітамінів, мінералів та інших важливих поживних речовин.
- Проблеми зі здоров'ям: ОХП може погіршити або спровокувати виникнення проблем зі здоров'ям, таких як втома, запаморочення, випадіння волосся, проблеми з травленням та гормональні порушення.
- Емоційні проблеми: ОХП може призвести до розвитку тривоги, депресії, низької самооцінки та інших психічних розладів.
- Соціальна ізоляція: Людина з ОХП може уникати соціальних заходів, де їжа є центральним елементом, через страх порушити свою дієту.

Також важливо зазначити соціокультурне значення їжі. Харчування людини відтворюється у міжособистісних відносинах від народження. З часом харчі стають неодмінною складовою процесу спілкування та соціалізації. Це включає у себе святкування різноманітних подій, формування та утримання ділових і дружніх зв'язків. У результаті, традиції та харчові звички відображають рівень культурного розвитку, національну, територіальну та релігійну ідентичність, а також вплив родинних традицій у сфері харчування.

Розлади харчової поведінки - це психічні розлади, які впливають на спосіб, як людина сприймає, вживає або контролює їжу. Вони можуть мати серйозний вплив на фізичне та психічне здоров'я людини, і часто потребують професійної медичної та психологічної допомоги для лікування.[52]

Розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію та компульсивне переїдання.

Нервова анорексія - це психічний розлад у харчовій поведінці, характеризується критичним зниженням споживання їжі та маси тіла, часто є небезпечним для життя і супроводжується тяжкою втратою апетиту.

Нервова булімія - це психічний розлад у харчовій поведінці, що виявляється у повторюваних епізодах надмірного голоду та об'їдання, за якими настає спроба «очистити» організм через блювання, прийом проносних або сечогінних препаратів, а також надмірну фізичну активність.[46]

Компульсивне переїдання - це розлад харчової поведінки, котрий часто проявляється неконтрольованим прийомом великих обсягів їжі без відчуття голоду і зазвичай є засобом зняття стресу. Під час таких нападів людина не збирає емоцій через їжу, але намагається вирішити свої проблеми через харчування. Воно зазвичай проявляється як чітко виражене переїдання, яке триває не більше двох годин. Під час приступу компульсивного переїдання людина їсть більше і швидше, ніж зазвичай. Однією з найважливіших діагностичних ознак компульсивної харчової поведінки є втрата контролю над прийомом їжі. Як і під час епізоду булімії, епізод компульсивного переїдання зазвичай переривається через переповнення шлунка та болісні відчуття в ньому. [82]

Діагностичні критерії компульсивного переїдання були включені до класифікації DSM-IV. Цей розлад проявляється у повторюваних епізодах надмірного споживання їжі та втрати контролю над ним, коли людина не може зупинити або зменшити прийом їжі.

Щоб встановити діагноз, епізод переїдання має супроводжуватися трьома з таких ознак:

1. Прийом їжі відбувається швидше, ніж зазвичай.
2. Людина їсть до появи відчуття переповнення шлунка.

3. Споживається велика кількість їжі без відчуття голоду.
4. Переїдання відбувається наодинці через відчуття сорому перед іншими.
5. Виникають почуття самоненависті, депресії або провини через переїдання.
6. Стан дистресу під час епізодів переїдання.
7. Напади переїдання виникають часто, в середньому 2 рази на тиждень протягом 6 місяців.
8. Симптоми не відповідають критеріям нервової анорексії або нервової булімії.

Компульсивне переїдання подібне до нервової булімії, за винятком відсутності поведінки "очищення". Однак пацієнти з цим розладом зазвичай звертаються за допомогою для схуднення, на відміну від пацієнтів з нервовою булімією. Поширеність компульсивного переїдання становить близько 2%, але частота зростає зі ступенем ожиріння, відтак він є фактором ризику для цього стану.

Синдром нічного переїдання менш поширений, ніж компульсивне переїдання, і зустрічається у приблизно 9% пацієнтів з ожирінням. Цей синдром проявляється ранковою анорексією, вечірньою та нічною булімією, та порушенням сну. Він характерний для жінок з ожирінням, схильних до депресії.

Хворі на булімію та анорексію, на відміну від осіб з компульсивним переїданням, мають тенденцію позбавлятися з'їденого, "очищати" організм від їжі, вдаючись до різних методів або навіть утримуючись від прийому їжі. Вони активно займаються фізичними вправами і постійно стараються залишатися активними, переконані, що це допоможе спалювати більше енергії. При цьому вони починають настійно обмежувати споживання їжі, незважаючи на відчуття голоду, що неминуче призводить до так званих "зривів" та переїдань. Щоб уникнути конфліктів з



оточуючими через недостатнє харчування, хворі намагаються вдавати звичайність свого харчування, наприклад, ховаючи їжу під час прийому, а потім викидаючи її. Деякі використовують проносні та/або сечогінні засоби для схуднення, викликають блювоту або вживають різні харчові добавки. Постійне й активне обмеження їжі призводить до значних втрат маси тіла, дистрофічних змін у важливих органах, соматичних та ендокринних порушень, кахексії. Важкі випадки нервової анорексії можуть навіть завершитися смертю[53],[54].

Нервова булімія може супроводжувати нервову анорексію, але може також виникати самостійно. Люди з нервовою булімією дбають про контроль за вагою, часто займаються спортом і дотримуються дієти, але переїдають принаймні двічі на тиждень. За короткий час вони можуть з'їсти значну кількість калорійної їжі, часто проковтуючи її цілком без пережування, і навіть не відчуваючи смаку. Переїдання супроводжується болями в шлунку, і ці симптоми зникають після того, як людина викликає блювання або використовує проносні або сечогінні засоби. Цей цикл може повторюватися кілька разів на тиждень, а в тяжких випадках - навіть кілька разів на день. Близькі друзі та родичі можуть навіть не підозрювати про наявність у них цієї проблеми, бо такі особи, як правило, переїдають на самоті. На відміну від людей з нервовою анорексією, вони не втрачають вагу занадто швидко і можуть мати трохи менше або трохи більше своєї звичайної ваги, проте їхній фізичний стан погіршується.

Однією з гіпотез щодо поширеності розладів харчової поведінки є значний вплив суспільства на індивідуальні норми й цінності. Протягом останніх десятиліть наше суспільство віддає перевагу худорлявій статури. У свідомості людей укорінився стереотип, згідно з яким бути худим означає бути успішним, здоровим, привабливим і дисциплінованим. А відсутність худорлявості асоціюється з непривабливістю, лінню та некомпетентністю. Існує думка, що зростання кількості випадків розладів харчової поведінки

за останні 40-50 років пов'язане з поширенням у суспільстві ідеалів худорлявості. Ця думка базується на тому, що люди, які страждають на нервову булімію та нервову анорексію, переймаються своєю вагою та тілом.[48]

"Соціальна" гіпотеза вважає, що розлади харчової поведінки переважно впливають на жінок, у той час як чоловіки більш схильні до трудоголізму через ролі та стереотипи, що існують у суспільстві. У суспільстві надається перевага тому, щоб жінки були зовнішньо привабливими, щоб успішно взаємодіяти з чоловіками, тоді як чоловіки повинні спочатку досягати соціального успіху, як у суспільстві, так і на роботі. За даними західних психіатрів, 4% жінок у віці від 14 до 20 років страждають від розладу харчової поведінки. У чоловіків ці порушення зустрічаються набагато рідше.

У підлітковому віці зростає інтерес до власного зовнішнього вигляду, і часто увага звертається на коментарі інших людей про нього. Суспільно визнані стандарти краси є дуже важливими і в 21 столітті. Немає нічого поганого в тому, що дівчина дбає про свою вагу, якщо вона не перетинає межі норми. Але іноді у людини з невеликим надлишком ваги або широкими вилицями може виникати патологічне ставлення до "власних недоліків", а також відчуття, що її настрої погіршується, коли оточуючі помічають ці "недоліки" і сміються, обмінюючись двозначними поглядами. Це може призвести до синдрому дисморфофобії, який описується як болісний досвід "фізичної депривації". Потім такі люди можуть почати шукати найкращий спосіб схуднути, і ця болісна боротьба з надлишковою вагою може приймати різні форми.

Проблеми з "соціальною" гіпотезою аналогічні проблемам з "фізіологічною". Більшість людей стурбовані своїм зовнішнім виглядом, але не у всіх випадках це призводить до розладу харчової поведінки. Наше

суспільство загалом, а також люди з нервовою булімією зокрема, приділяють велику увагу зовнішній привабливості. Суспільство має тенденцію оцінювати людей за їхнім зовнішнім виглядом, не звертаючи уваги на їхню внутрішню сутність, особливо якщо вони не відповідають загальноприйнятим стандартам краси.

Клінічні дослідження виявили значні рівні стресу в особистих і сімейних взаємин у людей із розладами харчування. Це означає, що для пацієнтів із ожирінням особистісні взаємодії є особливо проблемними. Крім того, у них спостерігається значне збільшення стійкої особистісної тривожності, яка вважається основною психічною рисою, що збільшує чутливість до стресових впливів. Ситуативна (реактивна) тривожність у них досягає вираженості, характерної для невротичного рівня.

Однією з важливих рис психологічного захисту у людей із ожирінням є перевага механізмів захисту, що полягає в формуванні надкомпенсації. Цей варіант захисту характеризується тим, що особа створює протилежні прагнення, щоб відволіктися від неприємних або неприйнятних думок, почуттів і поведінки. Іншими словами, внутрішній імпульс трансформується в протилежний, легше сприйнятний напрямок. Для таких людей також характерно несформоване захисне реагування. Це може виражатися у формі агресії, перенесення негативних думок на інших або переходу до інфантильних форм поведінки, що обмежує можливості альтернативного реагування.

Розлади харчової поведінки чітко демонструють зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Психічні розлади нервової анорексії та нервової булімії безпосередньо впливають на фізичне здоров'я пацієнта та викликають серйозні порушення його фізичного стану.

### **1.1.3. Особливості проявів харчової поведінки у спортсменок**

Тема розладів харчової поведінки у спортсменок є досить актуальною.

У дослідженні Джессіки Кнапп та інших (2014) було виявлено, що розлади харчової поведінки спостерігаються частіше серед жінок-спортсменок, ніж серед загальної популяції, і мають як короткострокові, так і віддалені наслідки, що можуть впливати на спортивні досягнення. Існують різні інструменти для скринінгу цього питання, які вивчалися серед населення, але не були спеціально адаптовані на спортсменках. Жінки-спортсменки, які страждають від патологічних розладів харчування, часто мають різні фактори та вплив навколишнього середовища, що сприяють їх розладу, і ці фактори найкраще ідентифікувати за допомогою спеціальних інструментів скринінгу для спортсменок. Автори наголошують, що скринінг розладів харчової поведінки серед усіх спортсменок є важливою частиною превентивних заходів перед участю у змаганнях і повинен здійснюватися за допомогою методів, спеціально адаптованих для спортсменок. [34].

Дослідження Thein-Nissenbaum та ін. (2011) мали на меті визначити частоту та зв'язок між розладами харчової поведінки (DE), менструальними розладами (MD) та травмами опорно-рухового апарату (MSI) серед дівчат-спортсменок у середній школі. Іншими словами, вони аналізували синдром тріади спортсмена, який включає розлади харчування, порушення менструального циклу та низьку кісткову масу. Дослідження проводилося на вибірці з 311 дівчат-спортсменок у середній школі, які брали участь у 33 міжшкільних командах протягом навчального року. Учасниці заповнили анкети для оцінки розладів харчової поведінки (EDE-Q) та опитувальники для спортсменок шкіл штату Вісконсін (HWHSFAS). Дівчата були класифіковані за видами спорту: естетичні (AES), витривалість (END) і командні/анаеробні (T/A).

Результати показали, що 35,4% респонденток страждали від розладів харчування, 18,8% мали менструальні розлади, а 65,6% зазнали

травм опорно-рухового апарату протягом спортивного сезону. Дівчата-спортсменки з розладами харчування мали вдвічі більше шансів отримати травму порівняно з тими, хто мав нормальну харчову поведінку. Множинний логістичний регресійний аналіз показав, що жінки-спортсменки з розладами харчової поведінки частіше отримували травми під час спортивного сезону. Отже, поширеність розладів харчування та менструальних розладів серед спортсменок у середній школі виявилася високою. Крім того, спортсмени з розладами харчової поведінки мали вдвічі більше шансів отримати спортивну травму під час спортивного сезону. [51, 61].

Ravi S. та ін. (2021) провели подібне дослідження з метою розкриття поширеності обмеженого харчування та його взаємозв'язку з поточними або минулими розладами харчової поведінки, порушеннями менструального циклу та травмами. Вони також порівняли ці дані між молодшими (від 15 до 24 років) і старшими (від 25 до 45 років) віковими групами, серед елітних та неелітних спортсменів, а також між тими, які займаються "худими" та "не худими" видами спорту. Для збору даних використовувалася веб-анкета, в якій взяли участь 846 спортсменів з 67 різних видів спорту.

Виявлено, що відповідно 25%, 18% і 32% жінок-спортсменок зазнали обмежень у їжі, розладів харчування та порушень менструального циклу. Виявлено більшу частку худих спортсменів порівняно з нехудими, але не виявлено відмінностей між елітними та неелітними спортсменами. Молоді спортсменки повідомили про вищий рівень менструальних розладів і меншу поширеність розладів харчової поведінки протягом життя.

Дослідження також показало, що дієтичні обмеження та харчові розлади пов'язані з травмами, тоді як порушення менструального циклу пов'язані з більшою кількістю пропущених днів порівняно з нормальною

менструацією. Ці результати свідчать про те, що симптоми розладу харчової поведінки та порушення менструального циклу є поширеними серед жінок-спортсменок і вимагають належного уваги, оскільки вони пов'язані з травмами та можуть призвести до неможливості спортсменок тренуватися та виступати на належному рівні. [50].

Дослідження Кеннеді Саманти Ф. та ін. (2021) виявило, що розлади харчової поведінки стають все більш поширеними серед спортсменів, особливо серед підлітків. Для запобігання прогресуванню цих розладів у клінічні харчові розлади, короткий скринінг може бути ефективним методом для раннього виявлення цих проблем серед спортсменів та полегшення їх подальшого лікування. Вчені перевіряли інструмент скринінгу розладів харчової поведінки для виявлення молодих спортсменів які мають ризик розвитку розладів харчової поведінки у всіх видах спорту та на різних рівнях змагань. Інструмент для оцінки ризику розвитку харчових розладів для спортсменів (DESA-6) складається з шести пунктів і призначений для використання як чоловіками, так і жінками.

Перевірка інструменту складалася з двох етапів. На першому етапі виконувався скринінг спортсменів середньої школи за допомогою харчового тесту (EAT-26) і DESA-6. На другому етапі всі спортсмени середньої школи, класифіковані як "група ризику" після скринінгу, та спортсмени відповідного віку та статі, класифіковані як "не в групі ризику", були запрошені на повторне опитування разом із клінічним інтерв'ю. Для порівняння DESA-6 з EAT-26 і EDE 17.0D використовували валідність і регресійний аналіз.

В результаті загальна чутливість DESA-6 виявилася на рівні 92%, а специфічність - 85,96% порівняно з клінічним інтерв'ю. Порівнюючи валідність DESA-6 з EAT-26 і EDE 17.0D, було виявлено сильну і значущу позитивну кореляцію для чоловіків і жінок.

Автори вважають, що простий, легкий у використанні інструмент скринінгу для виявлення харчових розладів, який можуть використовувати лікарі, психологи, спортивні тренери, дієтологи та інший медичний персонал, може покращити результати завдяки ранньому втручанню. DESA-6 є перспективним інструментом для оцінки ризику розвитку розладів харчової поведінки у спортсменів [33].

Так само, як і спортсмени, артисти балету піддаються ризику спотворення образу тіла (BI), незадоволенням власним тілом та розладам харчування (ED), але на цю тему проведено лише кілька досліджень. Вчені, зокрема Eufrazio Ruty Eulália de Medeiros та співавтори (2021), досліджували наявність розладів харчової поведінки у дорослих артистів балету та порівнювали їх із жінками, які регулярно відвідували спортзал, і жінками, що вели малорухливий, сидячий спосіб життя. Вони оцінювали індекс маси тіла та незадоволення зовнішнім виглядом тіла за допомогою шкали оцінки форми тіла. Для вимірювання проблем із зображенням тіла використовувався Опитувальник форми тіла (BSQ), а для визначення поведінки анорексії та булімії застосовували Тест ставлення до їжі (EAT-26) і Единбурзький тест дослідження булімії (BITE).[66]

Під час досліджень було встановлено, що ІМТ нижчий у артисток балету в порівнянні з жінками, що відвідували тренажерний зал або неактивними жінками ( $F, p = 0,04$ ). Незадоволеність зовнішнім виглядом тіла виявилася нижчою серед танцівниць балету (75,0%) і відвідувачок тренажерного залу (70,6%), ніж у жінок з низьким рівнем активності(100%) [47].

Дослідження PED-t використовувало рандомізований контрольований дизайн. Жінки віком від 18 до 40 років (діапазон ІМТ від 17,5 до 35,0) були розподілені на групи від 5 до 8 для отримання КПТ або PED-t протягом 16 тижнів. Усі учасники проходили оцінку та моніторинг змін у біологічних, психологічних і терапевтичних змінних на початку,

після лікування та через 6, 12 та 24 місяці. Первинний результат відносився до тяжкості симптомів нервової булімії, а вторинні результати пов'язані з впливом лікування на фізичне здоров'я, задоволеністю лікуванням, альянсом лікування та економічною ефективністю. Автори сподіваються, що новий метод лікування буде еквівалентним КПТ з точки зору поведінкових і психологічних симптомів, але ефективнішим у зменшенні фізичних симптомів і ускладнень, а також покращить фізичну форму і якість життя. [39].

Результати цього дослідження були підтверджені у роботі Silverii GA та співавторів (2021), які провели мета-аналіз перехресних досліджень, де порівнювали оцінки за однією чи кількома перевіреними психопатологічними шкалами харчування між артистами балету та контрольною групою. У цьому мета-аналізі було включено 12 досліджень. Виявлено, що артисти балету виявили вищі показники за шкалою тяги до докорів (SMD 0,62 [0,01, 1,22]), а також за шкалами булімії (SMD 0,38 [0,02, 0,73],  $p=0,04$ ) і незадоволеності тілом (SMD 0,34 [0,15]). Усі три дослідження показали наявність перфекціонізму, міжособистісних проблем, неефективності та страху. Особливо важливою є висока оцінка перфекціонізму (SMD 0,68 [0,24, 1,12],  $p = 0,02$ ), міжособистісних проблем (SMD 0,24 [0,02, 0,47]) та незадоволеності образом тіла (SMD 2, 18 [1,31, 3,06]) серед артистів балету. Загальний висновок авторів полягав у тому, що артисти балету демонстрували вищий рівень самоконтролю та бажання схуднути порівняно з контрольною групою, що може підвищувати ризик надмірної тяги до схуднення та розладів харчової поведінки у них.[56].

У своєму дослідженні Sharp H. та співавтори (2018) досліджували важливість незадоволення, переоцінки та заклопотаності вагою та формою тіла для передбачення збільшення симптомів розладу харчової поведінки та депресії від підліткового до раннього дорослого віку. Вони залучили 1830 учасників (60% жінок), які заповнили анкету Project EAT у



підлітковому віці і через 15 років у ранньому дорослому віці. Учасників з часом оцінювали на наявність симптомів ваги та незадоволеності тілом, переоцінки, упереджень, розладів харчової поведінки та депресії. Результати показали, що незадоволеність передбачала широкий спектр харчових розладів, включаючи дієту, а також симптоми депресії.

Небезпечні практики контролю ваги (UWCB) та переїдання, особливо серед жінок-учасниць, є поширеними явищами. Обсесивні компульсії пов'язані з усіма цими розладами харчової поведінки (хоча не з симптомами депресії) і виявилися найсильнішими передвісниками дієти та обмеження у споживанні їжі. Переоцінка, хоч і менш впливова на дистрес, ніж інші аспекти образу тіла, також показала зв'язок з розладами харчування та симптомами депресії. Взаємозв'язок між невдоволенням, переоцінкою та упередженістю виявляється важливим для клінічно значущих наслідків. Моделі розладу харчової поведінки повинні розширити свій акцент від незадоволення та переоцінки до більш загального розуміння образу тіла. Особливо важливою є необхідність усунення упередженості стосовно ваги та форми тіла.[57].

Недостатнє харчування та розлади харчової поведінки значно впливають на здоров'я та спортивні результати атлетів. Розуміння факторів ризику розладів харчування має вирішальне значення для забезпечення здоров'я та успішності спортсменів. У своєму дослідженні Stoyel Hannah та співавтори (2021) перевірили, чи передбачають незадоволеність тілом (опосередкована негативним впливом) та соціальний тиск(опосередкована інтерналізацією) прогнозують розвиток симптомів булімії через рік. У дослідженні взяли участь 1017 спортсменів різного статусу, котрі займаються різноманітними видами спорту. Гіпотетична модель була перевірена за допомогою методу медіації. Результати показали, що соціальний тиск, передбачений загальною інтерналізацією, спричиняв симптоми булімії, хоча стать та тип спорту впливали на цей зв'язок. Однак

проблеми з вимірюванням свідчать про те, що інструменти, спочатку не спрямовані на спортсменів, можуть недостовірно відображати досвід спортсменів. Це дослідження підкреслює важливість розвитку кращих методів оцінки ризиків та концепцій, пов'язаних з розладами харчування саме у спортсменів. Його унікальність полягає в довготривалому дизайні та включенні різноманітних видів спорту а також обох статей. Унікальність даного дослідження полягає у його поздовжньому дизайні та вибірці широкого спектру видів спорту як для чоловіків, так і для жінок [58].

Занепокоєння викликають неупорядковане харчування (DE) та розлади харчової поведінки (ED), оскільки вони становлять загрозу для фізичного і психічного здоров'я, особливо в спортивному середовищі, де їх вплив на продуктивність та спортивні результати є надзвичайно важливим[38]. Нам давно відомий синдром “великої трійки” у спортсменок який зосереджувався на взаємозв'язку репродуктивної функції, доступності енергії, та здоров'я кісток у атлеток, але останнім часом відзначено, що відносний енергодефіцит у спорті (RED-S) є більш розповсюдженим. RED-S негативно впливає на всі системи організму, як у спортсменів, так і у жінок загалом [43]. Спортсмени, які займаються “худими” видами спорту, мають підвищений ризик виникнення відносного енергодефіцит неупорядкованого харчування та розладів харчової поведінки (ED/DE)[66] .

Водні види спорту мають свої специфічні та унікальні фактори ризику, пов'язані з контролем ваги та форми тіла, носінням облягаючих костюмів а також суб'єктивного сприйняття продуктивності, як , наприклад, в стрибках в воду чи синхронному плаванні. Розповсюдженість нездорового харчування та розладів харчової поведінки у таких спортсменів коливається від 18% до 45% серед жінок і від 0% до 28% серед чоловіків [45].

Щоб уникнути розвитку розладів харчової поведінки, естетичні

спортсмени повинні дотримуватися здорового харчування протягом всього спортивного шляху, а тренери та медичний персонал команди повинні вміти вчасно виявляти ранні симптоми енергодефіциту та ризик нездорової харчової поведінки та інших розладів. Тренерам також важливо усвідомлювати, що це особливо актуально для видів спорту, де вага та зовнішній вигляд мають велике значення, та бути готовими відкрито розмовляти про ці питання[42].

## **1.2 Поняття про образ тіла в психології**

### **1.2.1 Особливості образу тіла у підлітковому та юнацькому віці**

Протягом короткого часу діти проймають фізичний, моральний, інтелектуальний та соціальний розвиток. Останні 80 років ведуться теоретичні дискусії про вплив біологічних та соціальних чинників на розвиток в підлітковому віці.

Прихильники біогенного універсалізму (такі як Стенлі Холл [87] і З. Фрейд [88]) розглядають підліткову кризу як невід'ємне явище, зумовлене біологічними процесами, зокрема пубертатним періодом. Фрейдисти підкреслюють, що в цей період відбувається зростання репродуктивних органів та розвиток вторинних статевих ознак.

За словами З. Фрейда, всі люди в ранньому підлітковому віці переживають "гомосексуальний період", коли сексуальна енергія спрямовується на представників своєї статі. Підліток надає перевагу спілкуванню з однолітками своєї статі, але з часом стає об'єктом сексуального інтересу протилежної статі.

Слід відзначити, що психоаналіз майже не враховує вплив соціального середовища, особливо формування особистості не лише у дитинстві, але й у підлітковому, юнацькому або дорослому віці. Через це

учні та колеги вченого старалися розширити психоаналітичну теорію, звертаючи увагу на роль соціальних чинників.

Анна Фрейд висвітлювала підлітковий вік як період, коли рівновага між id, ego та superego порушується, що може призвести до гіперактивності id. Вона сподівалася, що цей гіперактивний ідентифікатор буде скерований під контроль ego або розумом, щоб забезпечити реалістичне ставлення до справ. За словами Фрейд, пізніші роки підліткового віку менш змінювані, ніж ранні[84].

Теоретик-психоаналітик Е. Еріксон[85], який представляв напрям "его-аналізу", приділяв велику увагу суспільству, розглядаючи розвиток особистості через призму індивідуального Я та поділяючи Фрейдіві погляди на джерела психічного розвитку. Він акцентував увагу на спектрі поведінки особистості. Еріксон називав основні етапи розвитку "психосоціальними" і розумів особистісний ріст як процес переходу між ними. Він підкреслював, що на кожному етапі розвитку виникають кризи, які особистість повинна подолати.

Згідно з теорією Еріксона, психосоціальний розвиток розділяється на вісім стадій, а підлітковий вік відповідає п'ятій стадії розвитку особистості. Це період, коли ідентичність формується на основі заперечення та бунту. Цей вік відзначається фізичною зрілістю та соціальною незрілістю. Підлітки фізично стають дорослими раніше, ніж можуть виконувати дорослі ролі у суспільстві. Для них характерна емоційна нестабільність. Підлітки, які тільки переходять в період дорослості, часто не мають достатньої підтримки і опори. У стресових ситуаціях вони можуть повертатися до залежної позиції від батьків. Однак вони часто соромляться цієї залежності й намагаються проявити свою незалежність, що може призводити до конфліктних відносин з батьками.

Згідно з Еріксоном, однією з ключових проблем вікового періоду підліткового віку є формування особистої ідентичності. У цей період підліток поставлений перед питанням "Хто я?" щодо свого фізичного, сексуального, соціального, професійного, духовного, академічного та інших аспектів. Еріксон сподівався, що підліток відкладе прийняття будь-яких рішень, які можуть обмежити його або її в майбутньому. Він підкреслював необхідність дослідження перш ніж приймати рішення, що називається психосоціальним мораторієм. Підліток, який не вирішує питання ідентичності, може відчувати апатію стосовно майбутнього, що називається плутаниною ідентичності.

Розширюючи концепцію Е. Еріксона, американський психолог Дж. Марсія [86] виокремив чотири типи розвитку ідентичності в підлітковому віці:

- Невизначена ідентичність означає, що особа ще не вирішила свої переконання і не пройшла через кризу ідентичності;
- У визначеній ідентичності підліток обирає свій шлях, але це рішення здійснюється під впливом інших людей, зазвичай батьків;
- Психосоціальний мораторій полягає в тому, що підліток переживає кризу самовизначення і обирає свій шлях з численних альтернатив;
- Зріла ідентичність вказує на те, що криза пройдена, і особа з повною відповідальністю переходить до самореалізації у практичній діяльності.

Василь Сухомлинський, видатний український педагог (1918-1970), майстерно змалював у монолозі підлітка суперечності його стосунків з дорослими. Юнак просить дорослих не опікати його надмірно: не ходити за ним, не контролювати кожен крок, не обмежувати його довірою. Він прагне самостійності, хоче сам йти до своєї мети, немов

піднімаючись на високу гору. З одного боку, юнак відчуває потребу в підтримці дорослого друга: мудрого й сильного, на чие плече можна спертися. З іншого боку, йому соромно й страшно просити допомоги: він боїться, що його не сприймуть як самостійну особистість. Сухомлинський підкреслює, що роль дорослого у стосунках з підлітком має бути особливою: не просто опікуна, а друга-приятеля, друга-наставника. Завдання дорослого – допомогти дитині пізнати себе: оцінити свої здібності та можливості, знайти своє місце в світі [10].

Підлітки багато чого довіряють дорослим, якщо відчувають з їхнього боку щире зацікавлення: байдужість дорослих вони сприймають боляче. Недовіра не тільки ображає молоду людину, а також завдає значної шкоди її моральному та духовному розвитку. Наявність дорослого друга є однією з найважливіших умов нормального розвитку та гармонійного становлення особистості.

Біологічні аспекти перехідного періоду від дитинства до підліткового віку головним чином обумовлені статевим дозріванням, яке впливає на розвиток та функціонування всього організму. Початок цього процесу пов'язаний зі змінами в ендокринній системі, що активізує гіпофіз та спричиняє ріст тканин і функцію ендокринних залоз, таких як статеві і щитовидна залози. Під впливом цих змін відбувається фізичний та фізіологічний розвиток.

Підлітковий розвиток також характеризується інтенсивним ростом вищої нервової діяльності, оскільки ендокринна та нервова системи взаємодіють між собою. Це призводить до різкого збільшення енергійності та одночасної підвищеної чутливості до негативних впливів. Такі зміни можуть викликати ендокринні розлади, наприклад, тимчасове порушення менструального циклу у дівчат, а також дисфункції нервової системи. Це може проявлятися як підвищена дратівливість, збудливість, нестійкість, втомленість, розлади сну та інші негативні емоційні стани.

Фізичні та психологічні зміни, які супроводжують статеве дозрівання, відіграють ключову роль у формуванні нових психологічних особливостей. Перш за все, вони сприяють усвідомленню себе як дорослих та викликають зміни в ставленні до протилежної статі, виникненню нових емоцій та романтичних почуттів.

На перехідному етапі від підліткового до юнацького віку формується сприйняття себе як особистості зі специфічними потребами, мотиваціями та статевими орієнтаціями. Статєво-рольова ідентичність стає важливою складовою самооцінки, але вона є динамічною, постійно змінюється й перебудовується [74],[76].

Важливо відзначити, що статєві бажання, що з'являються підлітковому віці, впливають на формування різноманітних інтересів, морально-етичних почуттів та оцінок, які вже є у підлітка. Таким чином, біологічні та соціальні аспекти переплітаються, створюючи внутрішні механізми, які стимулюють встановлення та розвиток статєвих стосунків у подальшому житті.

Особливе значення у розвитку самосвідомості підлітка має формування власного образу фізичного Я — уявлення про свій тілесний образ, порівняння та оцінювання себе з точки зору еталона “мужності” або “жіночості”[70],[72].

У цей період молоді люди починають задумуватися над тим, як вони виглядають та чи сприймають їх інші. Вони порівнюють свій зовнішній вигляд з образом своїх ідолів та ровесників. Уявлення про свій зовнішній вигляд є однією з найважливіших складових самосвідомості підлітка, оскільки ознаки дорослості особливо яскраво проявляються у змінах його тіла. Ці зовнішні ознаки визначають його статус у колі рідних.

Хоча перейманням уваги до свого зовнішнього образу підліток зазвичай є тимчасове явище, воно є природним, нормальним і значущим

для нього самого. Однак варто пам'ятати, що будь-яке негативне оцінювання його зовнішності може призвести до серйозних психічних травм, наслідки яких можуть проявитися навіть через десятиліття.

Щоб допомогти підліткові подолати цей складний етап зрілості, найперше потрібно встановити з ним щирі та довірливі стосунки. Важливо допомогти йому розуміти, що його переживання розуміються, цінуються і поважаються. Підтримка дорослих допомагає підліткові подолати внутрішню напругу та розвивати позитивне ставлення до себе, висвітлюючи якості його особистості, які часто залишаються непоміченими, але цінні для інших.

Підлітки формують свій образ Я, розглядаючи інших, часто своїх ровесників, з якими вони взаємодіють найбільше. Однак ця досліджувана особливість має різні вияви: деякі молоді люди, що мають простий когнітивний рівень, стверджують свою ідентичність з широким колом однолітків, зосереджуючи увагу на подібностях між ними; тоді як інші, з більш складним когнітивним рівнем, ідентифікують себе лише з деякими однолітками, водночас відзначаючи свою унікальність від них. У всіх підлітків ідентифікація з однолітками є важливим етапом формування їх образу Я.

У своїй роботі з 2010 року українська вчена Т. Нечитайло досліджувала процес становлення структурних компонентів та генезису образу тіла у підлітків. Вона враховувала, що період дорослішання особистості включає різні етапи, такі як ситуативно-вибірковий, пролонговано-вибірковий, активно-цілісний та цілісно-саморегулюючий. Вона прийшла до висновку, що у дошкільному віці переважає ситуативно-вибірковий етап, коли діти можуть виділяти і розрізняти як виразні, так і несуттєві властивості свого тіла у проблемних ситуаціях. Переходячи до пролонговано-вибіркового етапу, дошкільники вміють виділяти важливі та приховані ознаки свого тіла. У підлітковому віці



розпочинається активно-цілісний етап, коли у підлітків з'являються емоційні переживання та когнітивні уявлення щодо їхнього зовнішнього вигляду. Розвиток образу тіла у юнацтві відбувається на цілісно-саморегулюючому етапі, коли особистість може більш цілісно осмислювати та сприймати своє фізичне Я. Образ тіла у кожному з цих етапів формується з урахуванням вікових норм особистості, а кожен етап відіграє важливу роль у розвитку цього феномену. Однак процес формування тілесності продовжується протягом усього життя, і саме доросла особистість виражає та представляє зовні цілісний образ свого тіла.

Т. Нечитайло описала образ фізичного Я як складну комплексну "єдність сприймань, установок, оцінок та уявлень, що визначають функції тіла та образ зовнішності в цілому" (Нечитайло, 2010). Тілесність виступає своєрідною моделлю, яка надає особистості свідомі уявлення про відчуття, моторну активність тощо. Це впливає на життєдіяльність людини, актуалізує процес усвідомлення особистістю уявлень про себе, межі свого тіла, тілесну схему, а також відмінності, такі як зовнішні риси та якості.[13]

У підлітковому віці, особливо у період переходу (13-14 років), образ Я стає дуже нестійким і втрачає цілісність. Підліток особливо відчуває конфліктність і розмитість свого образу Я, що обумовлено неоднозначністю оцінки себе та ускладненням переоцінки з оцінки інших на самооцінку. Перехід від безпосереднього наслідування зразків поведінки інших вимагає розвитку способів самопізнання та самоаналізу, які у підлітків ще не повністю сформовані. Це призводить до конфлікту між потребою у самопізнанні та нездатністю адекватно реалізувати її, що в свою чергу може призвести до зниження рівня адекватності, стабільності самооцінки та розвитку образу Я.

Головною справою для підлітків залишається навчання, а соціальна взаємодія з ровесниками переважно відбувається в школі та на

позакласних заняттях. Проте, крім спілкування з однолітками та друзями, важливою є також взаємодія з дорослими для школярів середнього віку. З одного боку, підліток бачить в дорослих наставника та авторитета, з іншого - він конкурує з ними й прагне відчувати себе на одному рівні.

### **1.2.2 Особливості образу тіла у спортсменів**

Краса людського тіла є цінністю тільки в аспекті прийняття її суспільством. При цьому громадська думка формується і підтримується засобами масової інформації, сім'єю, найближчим оточенням: друзями, колегами, знайомими і навіть випадковими людьми. Необережно пущена фраза з приводу зовнішності при певних умовах може з'явитися причиною зниження самооцінки людини, втрати відчуття власної унікальності і значущості соціальних контактів, порушення образу власного тіла.

Розглянемо одну з найбільш вживаних моделей формування образу власного тіла, запропоновану американським психологом Дж. Томпсоном . На його думку, найбільшу роль у формуванні образу тіла відіграють три основні соціокультурні чинники: сім'я та друзі, а також візуальна культура, зокрема, медіа [12]. Цей вплив реалізується через два проміжні механізми: внутрішнє усвідомлення суспільних стандартів зовнішності та надмірне порівняння зовнішності.

Згідно з цією теорією, соціальні впливи, такі як однолітки, родина та тиск ЗМІ, змушують людей дотримуватися культурно визначених

стандартів краси. З часом, уявлення про «ідеальну зовнішність» стають частиною особистих переконань людей щодо того, що таке привабливість і краса, тобто людина починає інтерналізувати ідеали зовнішнього вигляду, і, врешті-решт, інтерпретує їх як свої власні. Ті, хто більшою мірою сприймає домінуюче повідомлення у своєму соціокультурному середовищі, але водночас не відчуває, що відповідає стандартам, піддаються найбільшому ризику незадоволення образом свого тіла.

Подальші дослідження підтверджують, що уявлення про те, яка зовнішність вважається привабливою, починають формуватися ще в дитинстві [15]. Батьки, безперечно, відіграють велику роль у становленні образу тіла дітей. Частина цього впливу є прямою, наприклад, часті коментарі щодо розміру тіла своїх дітей або харчових звичок. Але часто ці уявлення «закарбовуються» опосередковано через поведінку, яку моделюють члени сім'ї. Таким чином, якщо хтось із батьків або опікун дотримується екстремальної дієти, ненавидить власну фігуру чи вагу, це, ймовірно, вплине на наше власне прийняття тіла. Лонгітюдне дослідження 2020 року показало наявність взаємозв'язку між образом тіла та розладами харчової поведінки матерів, та самооцінкою дітей [16].

Другий важливий формуючий фактор образу тіла – вплив людей поза сімейним колом, кого ми наділяємо авторитетом, зокрема, друзів, колег, товаришів, тренерів, романтичних партнерів. Порівнювати себе з іншими властиво людській природі, тож якщо у вашому найближчому соціальному колі людини, наприклад, всі стрункі та високі (а ви – ні), ймовірно, ви відчуватимете своє тіло інакше, ніж якби вас оточували більш різноманітні приклади. Крім того, те, що і як ці люди говорять про ваше тіло та своє власне, впливає на ваші думки та інтерпретації. Дослідження, проведене в 2013 році, підтверджує, що серед підлітків фізична привабливість пов'язана з кращою соціальною інтеграцією, меншою стигматизацією, та вищою академічною успішністю [17].

Оскільки естетичні види спорту та мистецтва є досить “молодими”. Це значить, що діти потрапляють в атмосферу конкуренції, постійної оцінки зовнішніх даних та психологічного тиску в дуже ранньому віці, а піку кар'єри в них часто досягають в підлітковому чи юнацькому віці. Такі умови можуть сприяти формуванню заниженої самооцінки, невпевненості у собі, хибного уявлення про власне тіло

Для спортсменів тренери також володіють величезним авторитетом, і коли ним не користуються розумно, це може завдати шкоди.

Спортивний психолог С. Фернандес [18] у своїх працях стверджував: “Іноді ми бачимо, як тренери все ще наголошують на тому, що вам потрібно мати конкретну вагу, інакше ви не досягнете успіху; хоча насправді вага тіла є лише однією з багатьох змінних, які можуть відігравати роль у тому, як спортсмен виступає.”

Але коли тренери наголошують на цьому, наполегливі атлети можуть зосередити свої зусилля на зменшенні цифри на вагах, завдаючи шкоди своєму здоров'ю та продуктивності.” Це є особливо притаманним для видів діяльності, таких як естетичні види спорту, балет, циркове мистецтво, в котрих виглядати певним чином, мати певні параметри чи вагу не просто соціально прийнятно і вітається, це часто досягається небезпечними способами: нездоровою харчовою поведінкою (викликання рвоти, голодування, жорсткі дієти і т.д.), надмірними тренуваннями, використання послаблюючих та сечогінних засобів та ін.

Спортсмени і тренери прагнуть “зупинити зріст” та відтягнути початок статевого дозрівання, щоб продовжити кар'єру. Часто так і відбувається через надмірні фізичні навантаження, недостатні харчування та вагу.

У спортивних, танцювальних залах та студіях часто є ваги, а зважування використовуються не лише як метод контролю ваги, а і як покарання.

За набрану вагу можуть сварити, карати чи не допускати до тренувань, змагань, виступів.

Оскільки підліткам притаманно приділяти значну увагу власній зовнішності, а також тому, що про них думають та кажуть інші люди, все вищезазначене створює шалений тиск та особистість, що формується і може негативно впливати на формування самооцінки та образу тіла

### **1.2.3 Зв'язок образу тіла та проявів РХП**

Розлади харчової поведінки — це серйозні та іноді смертельні захворювання, які спричиняють серйозні розлади харчової поведінки у людей. Одержимість їжею, вагою або формою тіла також може бути ознакою розладу харчової поведінки.

Симптоми РХП включають:

- Ви витрачаєте багато часу, турбуючись про свою вагу та форму тіла.
- Уникайте спілкування, якщо ви думаєте, що воно стосується їжі.
- Вживання занадто мало їжі.
- Занадто багато тренувань.
- Дуже сувора дієта і розпорядок дня;
- Зміни настрою, включаючи відсторонення, тривогу та депресію.

Також можливі фізичні симптоми, так як відчуття холоду або запаморочення, біль, поколювання або оніміння в руках і ногах (поганий кровообіг), відчуття прискороного серцебиття або непритомність, надмірна або недостатня вага, відсутність менструації або інші сексуальні розлади у жінок.

РХП включають компульсивне переїдання, нервову булімію та менш поширену, але дуже серйозну, нервову анорексію.

Компульсивне переїдання характеризується повторюваними епізодами переїдання, під час яких людина відчуває втрату контролю та відчуває значний дистрес щодо їжі. На відміну від нервової булімії, епізоди компульсивного переїдання не включають в себе “очищувальну поведінку”, прийом послаблюючих чи сечогінних засобів та надмірні заняття фізичними вправами. Як наслідок, люди з розладом переїдання часто мають надмірну вагу або ожиріння.

Нервова булімія характеризується переїданням (вживання великої кількості їжі з відчуттям втрати контролю за короткий проміжок часу), що супроводжується компенсаторною поведінкою, такою як очищення (наприклад, блювота, надмірне вживання проносних або діуретиків), голодування та/або надмірні фізичні навантаження. На відміну від нервової

анорексії, люди з булімією можуть мати вагу в межах норми. Однак, як і люди з анорексією, вони часто бояться набрати вагу, відчайдушно хочуть схуднути і дуже незадоволені розміром і формою свого тіла.

Нервова анорексія характеризується значним і стійким зниженням споживання їжі, що призводить до надзвичайно низької маси тіла для віку, статі та фізичного здоров'я. Постійна гонитва за худобою; Спотворений образ тіла і сильний страх набрати вагу; Виявляє надзвичайно невпорядковані харчові звички. Багато людей з анорексією вважають, що вони мають надмірну вагу, навіть якщо вони голодують або сильно недоїдають.

Образ тіла - це складне психологічне поняття, яке охоплює наше сприйняття, думки, почуття та переживання, пов'язані з нашим власним тілом.

Він формується протягом життя під впливом різних факторів, таких як:

- Генетика.
- Особистий досвід.
- Соціальні та культурні норми.
- Вплив батьків, однолітків та інших людей.

Образ тіла може бути позитивним: коли ми приймаємо та поважаємо своє тіло, відчуваємо себе комфортно в ньому. Або ж негативним: коли ми недолюблюємо або критикуємо своє тіло, відчуваємо невпевненість та дискомфорт.

Негативний образ тіла може мати серйозні наслідки для психічного та фізичного здоров'я людини, призводячи до:

- Розладів харчової поведінки (РХП).
- Депресії.

- Тривоги.
- Низької самооцінки.
- Соціальної ізоляції.
- Зловживання психоактивними речовинами.

Образ тіла та розлади харчової поведінки (РХП) тісно переплетені та мають складний взаємозв'язок. Негативний образ тіла може бути як фактором ризику розвитку РХП, так і наслідком цих розладів. Розуміння цього зв'язку є ключовим для запобігання, раннього виявлення та лікування РХП.

Люди з негативним образом тіла часто:

- Мають нереалістичні очікування щодо того, як має виглядати їхнє тіло.
- Перебільшують або применшують розмір чи вагу певних частин тіла.
- Зосереджуються на недоліках своєї зовнішності.
- Порівнюють себе з іншими і відчують себе неповноцінними.
- Жорстко критикують свою зовнішність.

Негативний образ тіла може бути фактором ризику розвитку РХП, таких як нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання

Важливо зазначити, що негативний образ тіла не завжди призводить до РХП. Існує багато інших факторів, які можуть сприяти розвитку цих розладів, таких як:

- Генетика.
- Індивідуальні особливості.
- Вплив навколишнього середовища.
- Соціальний тиск.

Позитивний образ тіла характеризується прийняттям та повагою до власного тіла, незалежно від його розміру, форми або ваги. Люди з позитивним образом тіла, як правило більш впевнені в собі, мають вищу самооцінку, менш схильні до розвитку РХП та зазвичай ведуть більш здоровий спосіб життя.

#### **1.2.4 Зв'язок образу тіла та самооцінки в психології**

Образ тіла та самооцінка тісно пов'язані між собою та впливають один на одного в складній взаємодії. Позитивний образ тіла ґрунтується на прийнятті та повазі до власного тіла, незалежно від його розміру, форми або ваги. Людина з позитивним образом тіла, як правило, має високу самооцінку, відчуває себе впевнено та комфортно своєму тілі. Натомість, негативний образ тіла характеризується негативними думками, почуттями та переживаннями щодо власного тіла. Людина з негативним образом тіла може недолюблювати, критикувати або соромитися свого тіла, що може призвести до низької самооцінки, невпевненості та емоційного дискомфорту.

Образ тіла може впливати на самооцінку в різних аспектах:

- Соціальна сфера: Люди з негативним образом тіла можуть уникати соціальних контактів, соромитися бути на людях, що може призвести до ізоляції та самотності.
- Емоційна сфера: Негативний образ тіла може призвести до тривоги, депресії, розладів харчової поведінки, зловживання психоактивними речовинами та інших емоційних проблем.
- Фізична сфера: Нехтування власним здоров'ям, шкідливі харчові звички, відсутність фізичної активності можуть бути наслідками негативного образу тіла.

Самооцінка також впливає на образ тіла. Люди з низькою самооцінкою можуть бути надто зосередженими на недоліках свого тіла,



порівнювати себе з іншими, вважати, що їхнє тіло не таке гарне, як у інших, жорстко критикувати свою зовнішність.

Отже, образ тіла та самооцінка - це два тісно пов'язані аспекти психічного здоров'я, які впливають один на одного протягом життя. Негативний образ тіла може призвести до низької самооцінки (і навпаки), що, в свою чергу, може мати серйозні наслідки для емоційного та фізичного здоров'я.

### **1.3 Особливості формування харчової поведінки у дівчат-підлітків в умовах професійних спортивних тренувань**

Спорт є одним із основних і ефективних способів зміцнення свого здоров'я, досягнення фізичної досконалості. Формування харчової поведінки у дівчат-підлітків, що займаються спортом на професійному рівні, має складний та багатогранний характер. Цей процес впливає не лише на фізичне здоров'я та спортивні результати, але й на психоемоційний стан юних спортсменок.

Професійний спорт ставить високі вимоги до фізичної форми спортсменів, що може впливати на їхнє ставлення до їжі та харчові звички:

#### **1. Жорсткий контроль ваги:**

У деяких видах спорту, наприклад, у гімнастиці, синхронному плаванні або фігурному катанні, існує сувора регламентація ваги та співвідношення жиру до м'язової маси. Це може призвести до надмірного контролю за їжею та обмеження споживання певних продуктів, незалежно від їхньої харчової цінності. Як наслідок: нездорове ставлення до їжі, ризик розвитку розладів харчової поведінки (РХП), недоїдання та дефіцит нутрієнтів.

#### **2. Високі фізичні навантаження:**

Професійні тренування вимагають значних енерговитрат, що може призвести до посиленого відчуття голоду та бажання споживати більше їжі. Однак, через страх набору ваги, дівчата-підлітки можуть обмежувати себе в їжі, що може призвести до недоїдання та дефіциту необхідних нутрієнтів.

Наслідки: втома та зниження працездатності, ослаблення імунітету, підвищений ризик травм.

### 3. Психологічний тиск:

Професійний спорт пов'язаний з високим рівнем стресу та тривоги, що може впливати на харчові звички. Деякі юні спортсменки можуть використовувати їжу як спосіб впоратися з емоційним тиском, що може призвести до переїдання або використання недозволених методів контролю ваги.

Наслідками тут можуть стати: розвиток РХП, емоційні проблеми, погіршення психологічного стану.

У дівчат-підлітків, що займаються спортом на професійному рівні, існує підвищений ризик розвитку розладів харчової поведінки (РХП).

Факторами ризику можуть бути:

- Генетична схильність.
- Низька самооцінка.
- Перфекціонізм.
- Жорсткі дієти.
- Критика з боку тренера або оточуючих.
- Історії знущань або булінгу.
- Відсутність підтримки з боку сім'ї та друзів.

Існують маркери, на які близьким слід вчасно звернути увагу, щоб запобігти, або розвитку РХП. Ось деякі з них:

- Обмеження споживання їжі.
- Переїдання.
- Чищення (викликання блювоти, зловживання проносними або сечогінними засобами).
- Надмірні фізичні вправи.
- Зайва зосередженість на вазі та формі тіла.
- Страх набору ваги.
- Низька самооцінка.
- Депресія.
- Тривога.
- Соціальна ізоляція.

## **Висновки до розділу I**

Отже, поняття «образу тіла» є важливим для розуміння багатьох аспектів людської психіки та включає у себе фізичні, психологічні, емоційні й соціальні аспекти. Розуміння своєї тілесності закладається в ранньому дитинстві та впливає на формування самооцінки, поведінки й емоційної стабільності людини в подальшому житті. Образ тіла відіграє важливу роль у формуванні самооцінки, соціальної ідентичності та стереотипності особистості. Наприклад, стереотипи про привабливість, силу та інші характеристики людей, які часто пов'язуються з їх зовнішнім виглядом та образом тіла.

Різноманітні дослідження показують, що відхилення від ідеального образу тіла може впливати на психічне здоров'я людини та призводити до різноманітних розладів. Більш детальні дослідження цього утворення можуть допомогти у вивченні різних психічних розладів, пов'язаних зі статевою ідентичністю та гендерними стереотипами.

Важливо розуміти процеси формування самооцінки образу тіла та розробляти ефективні методики для підтримки позитивного і здорового

образу тіла, особливо у підлітків. Це може включати психотерапію, психологічну підтримку, фізичну активність та інші методи, які допомагають людині зберегти здорове ставлення до свого тіла та підтримувати позитивний образ себе. Оскільки самооцінка та образ тіла мають великий вплив на всі аспекти життя людини, необхідно намагатися знизити тиск, що здійснюється на підлітків, а особливо на спортсменок-підлітків щодо їх зовнішнього вигляду, ваги і тд.

Також слід приділити увагу харчовій поведінці дівчат в цілому, а також симптомів розладів харчової поведінки у дівчат-спортсменок зокрема.

Не дивлячись на те, що образ тіла та харчову поведінку досліджували багато вчених у різні періоди часу, актуальним та мало вивченим залишається проблема вияву чинників та факторів, котрі впливають на прийняття образу власного тіла індивідом, а також, розробка і впровадження корекційних програм щодо сприйняття та прийняття своєї тілесності особистістю. Проблематика ставлення до свого образу тіла є актуальною для кожного вікового періоду.

Це дослідження може допомогти нам краще зрозуміти вплив естетичних видів спорту на розвиток дівчат-підлітків. Результати дослідження можуть бути цікавими та корисними для батьків, тренерів, психологів та інших фахівців, які працюють з підлітками та спортсменами.

## РОЗДІЛ II

### МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

Основною метою даного дослідження є визначення особливості самооцінки та образу тіла у спортсменок-підлітків, що займаються естетичними видами спорту. Завдання дослідження включає теоретичний аналіз наукової літератури щодо формування самооцінки та образу тіла, визначення рівня самооцінки та задоволеності власним образом тіла, а також особливостей сприйняття образу тіла та харчової поведінки. Для досягнення цих цілей використовуються такі методи, як теоретичний аналіз, тестування, опитування, узагальнення, інтерпретація, а також психодіагностичні методики та методи математичної статистики. Дослідження проводилося з використанням психодіагностичних методик, таких як "Тест-опитувальник самоствалення" В. Століна та С. Пантелеєва, "Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)" розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивуха, "Опитувальник харчових переваг -26" (D.M.Garner, EAT-26) та "Голландський опитувальник харчової поведінки" DEBQ.

Дослідження проводилося за допомогою електронних інструментів, що дозволило забезпечити зручний доступ для респондентів.

Учасники мали можливість вибирати між анонімним заповненням анкети або ж зазначенням свого імені та електронної адреси.

Це дозволило врахувати індивідуальні побажання респондентів щодо конфіденційності та, за необхідності, забезпечити зворотний зв'язок.

##### 2.1.1 Опис методик

Для досягнення цієї мети ми вирішили використати декілька методик, які забезпечили всебічний підхід до дослідження. Зокрема, ми обрали такі інструменти та методи, які дозволили нам детально проаналізувати кожен аспект досліджуваної проблеми, зібрати необхідні дані та зробити обґрунтовані висновки. Завдяки ретельному підбору методик, ми змогли забезпечити високу точність та надійність отриманих результатів. Обрані методики дозволили нам отримати вичерпну інформацію про досліджувані аспекти, а саме харчову поведінку та образ тіла на нашій вибірці.

В дослідженні були використані наступні методики:

#### 1. EAT-26( Eating attitude test)

Тест харчової поведінки (EAT-26), створений Інститутом психіатрії Кларка в Торонто у 1979 році, є широко визнаним інструментом у галузі психіатрії та психотерапії. Цей тест активно використовується фахівцями по всьому світу для діагностики різних розладів харчової поведінки (РХП). Спочатку EAT-26 був розроблений для виявлення симптомів анорексії та булімії, але його можливості не обмежуються цими розладами. Тест також ефективно ідентифікує інші проблеми, пов'язані з харчовою поведінкою, такі як обмежувальне харчування та компульсивне переїдання. Завдяки своїй універсальності та надійності, EAT-26 залишається важливим інструментом для виявлення та аналізу симптомів, що можуть свідчити про наявність розладів харчової поведінки.[60.]

Тест EAT-26 має 26 основних питань та 5 додаткових. У відповідь на основні питання, людина вказує на ступінь вираження різних симптомів, обираючи один із варіантів відповіді: «ніколи», «редко», «іноді», «досить часто», «зазвичай» або «завжди». На додаткові питання обирається один із двох варіантів: «так» або «ні». Перед початком процедури обстеження, необхідно ознайомити людину з методикою роботи з шкалою. Вона заповнює шкалу самостійно, без допомоги спеціаліста. Результати визначаються на основі відповідей на всі 26 основних питань. Підрахунок балів проводиться відповідно до вказаних критеріїв. Якщо сумарний бал перевищує 20, це може свідчити про високу ймовірність розладу харчової поведінки. Проте важливо зазначити, що тест EAT-26 не є достатнім для діагностики, а служить скринінговим інструментом для попередньої оцінки.

## 2. «Тест-опитувальник самоствавлення» (В. Століна, С. Пантелєєва)

Цей інструмент дозволив нам оцінити рівень самоставлення респондентів, виявити їхню самооцінку та ставлення до власного "Я". Використання цієї методики забезпечило глибоке розуміння внутрішнього світу учасників дослідження і стало важливим елементом у формуванні загальної картини їхнього самовідчуття та сприйняття себе. Тест опитувальник самоставлення (ВЗГ) розроблений відповідно ієрархічною моделлю структури самоставлення В. В. Століної. Дана версія опитувальника дає змогу виявити три рівні самоставлення, що різняться за ступенем узагальненості:

- 1) глобальне самоставлення;
- 2) самоставлення, диференційоване на самоповазі, аутоїмпатії, Самоінтерес і очікуванням ставлення до себе;
- 3) рівень конкретних дій (або ж готовності до них) у відношенні до свого «Я». Початковим припущенням є різниця між "Я-образом" (знанням або уявленням про себе, включаючи оцінку різних характеристик) та самовідносинами. У своєму житті людина здобуває знання про себе та розвиває уявлення про себе. Ці знання стають частиною її уявлень про себе. Однак ці знання про себе є для неї важливими, оскільки вони стають предметом її оцінок, емоцій та формують стійке самовідношення [90].

Опитувальник включає наступні шкали:

Шкала S - вимірює інтегральне почуття «за» чи «проти» власне «Я» опитуваного.

Шкала I - самоповага.

Шкала II - аутоїмпатія.

Шкала III - очікуване ставлення від інших.

Шкала IV - самоінтерес.

Опитувальник містить сім шкал спрямованих на вимірювання вираженості установки на ті чи інші внутрішні дії на адресу «Я» випробуваного.

Шкала 1 - самовпевненість.



Шкала 2 - відношення інших.

Шкала 3 - самоприйняття.

Шкала 4 - саморуководство, самопоследовательность.

Шкала 5 - самозвинувачення.

Шкала 6 - самоінтерес.

Шкала 7 - саморозуміння.

Глобальне самоставлення відображає внутрішнє почуття, яке можна узагальнити як "за" чи "проти" самого себе.

Самоповага оцінюється за шкалою з 15 пунктів, що відображають "внутрішню послідовність", "саморозуміння", та "самовпевненість". Це відноситься до віри у власні сили, здібності, енергію, самостійність, оцінки власних можливостей, здатності контролювати своє життя і бути послідовним у рішеннях, а також розуміння себе.

Аутосимпатія оцінюється за шкалою з 16 пунктів, які відображають відношення до власного "Я". Ця шкала включає пункти про "самоприйняття" та "самозвинувачення". Позитивний полюс шкали відображає схвалення себе, довіру та позитивну самооцінку, тоді як негативний полюс відображає переважно недоліки, низьку самооцінку та готовність до самозвинувачення.

Самоінтерес відображається за шкалою з 8 пунктів, які вказують на ступінь інтересу до власних думок і почуттів, готовність до спілкування з собою на "рівних" та впевненість у власній цікавості для інших.

Шкала очікуваного відношення від інших включає 13 пунктів, які відображають очікування позитивного або негативного ставлення до себе з боку інших людей.

3. «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха

Методика спрямована на визначення того, наскільки задоволені (чи незадоволені) респонденти своєю зовнішністю, включаючи сприйняття власного тіла, емоційне забарвлення цього сприйняття та оцінку тіла оточуючими. («образ тіла» – сприйняття власного тіла, чуттєве забарвлення цього сприйняття, оцінку тіла оточуючими)[91].

Респондентам запропоновано оцінити 16 тверджень щодо оцінки власного тіла та очікуваної оцінки від оточуючих. Їм слід використовувати шкалу відповідей від "ніколи" до "завжди", щоб відобразити ступінь згоди з кожним твердженням.

Для обробки результатів використовується таблиця конвертації сирих балів у стандартну 9-бальну шкалу стейнів. Обробка полягає у підсумковому підрахунку балів за всіма пунктами опитувальника та конвертації отриманих результатів до 9-бальної шкали стейнів. Встановлення обмежень у часі для заповнення опитувальника не передбачено.

4. Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) був створений з метою виявлення обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки. Основною метою його розробки було створення простого та достовірного інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів у харчовій поведінці, пов'язаних із переїданням та його наслідками у вигляді ожиріння. В опитувальнику міститься 33 запитання з варіантами відповідей: «ніколи», «зрідка», «іноді», «часто» і «дуже часто» та оцінюється за 5-бальною шкалою, окрім 31-го запитання яке має обернене кодування. Цей метод дозволяє виявити прояви екстернальної, емоційної та обмежувальної харчової поведінки з середніми показниками відповідно 2,7; 1,8 та 2,4 бали [89].

## 2.1.2 Оцінка якості отриманих даних на шкалах обраних методик.

Перед тим як приступати безпосередньо до аналізу отриманих даних ми здійснили оцінку якості отриманих нами даних на шкалах обраних в дослідженні методик.

Таблиця 2.1

### Аналіз надійності за опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та опитувальником харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)

Шкала	Альфа Кронбаха
Невдоволеність власним тілом	0.928
Розлад харчової поведінки	0.900

За опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та опитувальником харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) було отримано дуже гарний результат: високий рівень надійності за обома шкалами.

Таблиця 2.2

### Аналіз надійності за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ

Шкала	Альфа Кронбаха
Обмежувальна харчова поведінка	0.938
Емоціогенна харчова поведінка	0.938
Екстернальна харчова поведінка	0.869

За всіма шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ було отримано високий рівень надійності, найкращий результат отримано за Обмежувальною та Емоціогенною харчовою поведінкою.

Таблиця 2.3

**Аналіз надійності за шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва)**

Шкала	Альфа Кронбаха
Відвертість	0.362
Самовпевненість	0.699
Самокерівництво	0.477
Дзеркальне "Я"	0.648
Самоцінність	0.650
Самоприйняття	0.558
Самоприв'язаність	0.711
Конфліктність	0.858
Самозвинувачення	0.766

Для деяких шкал опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) було отримано сумнівний рівень надійності. Найгіршу надійність мають шкали: Відвертість, Самокерівництво та Самоприйняття (Альфа Кронбаха  $< 0.6$ ).

Шкала Конфліктність разом з тим має високий рівень надійності, а шкали Самоприв'язаність та Самозвинувачення – достатній

## **2.2 Характеристика вибірки**

Для опису результатів даного дослідження ми взяли до уваги результати опитувальників 92 респондента.

Як було вказано вище у цьому дослідженні порівнювали дві групи дівчат-підлітків віком від 14 до 18 років:’

Група 1: Дівчата, які активно займаються естетичними видами спорту, такими як гімнастика, фігурне катання, синхронне плавання, танці, балет тощо.

Група 2: Дівчата, які займаються іншими видами спорту, або не займаються спортом взагалі.

Експериментальна група становила 62 респонденти, з яких 25 осіб (26.6%) є колишніми спортсменками, котрі на даний час не займаються естетичним спортом професійно та не беруть участі у змаганнях та виступах, 38 осіб ( 40.4%) є діючими виступаючими спортсменками котрі змагаються у видах спорту, що містять естетичну складову.

До контрольної групи належить 30 досліджуваних: 20 дівчат ( 21.3 %) ніколи не займалися жодним видом спорту на професійному рівні, а також 11 осіб ( 11.7%), що займаються видами спорту, котрі не містять естетичну складову.

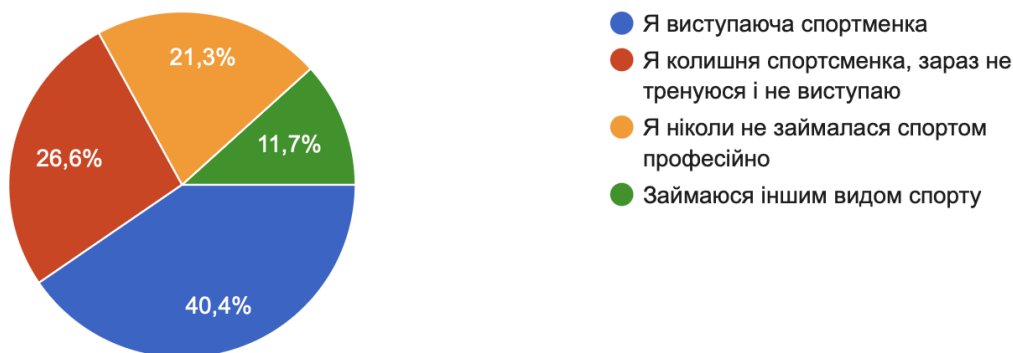


Рис. 1. Характеристика вибірки

Усі респонденти дали згоду на участь у дослідженні. В описі перед початком дослідження нами було вказано, що вся інформація, яку надають досліджувані є конфіденційною. Досліджувані мали змогу ознайомитись із особистими результатами, указавши в кінці опитування свою електронну пошту.

## Висновки до розділу II

В даному розділі ми визначили та описали цілі та задачі емпіричного дослідження. головною метою даного дослідження було встановлення особливостей самооцінки та уявлення про тіло у спортсменок-підлітків, які займаються естетичними видами спорту. Визначили, що завдання дослідження включає теоретичний аналіз наукової літератури щодо формування самооцінки та уявлення про тіло, визначення рівня самооцінки та задоволеності своїм тілом, а також особливостей сприйняття уявлення про тіло та харчової поведінки. Для досягнення цих цілей використовуються методи, такі як теоретичний аналіз, тестування, опитування, узагальнення, інтерпретація, а також психодіагностичні методики та методи математичної статистики.

Також ми детально описали кожен з методик дослідження :

"Тест-опитувальник самоствавлення" В. Століна та С. Пантелеєва,

"Опитувальник уявлення про тіло (ОУТ)" розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивуха,

"Опитувальник харчових уподобань -26" (D.M.Garner, EAT-26)

"Голландський опитувальник харчової поведінки" DEBQ.

Описали особливості застосування кожної з зазначених методик та спосіб підрахунку результатів.

Також ми дали характеристику та описали особливості вибірки, що брала участь в дослідженні.

## РОЗДІЛ ІІІ

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 3.1 Описові статистики. Відмінності у самосприйнятті, самооцінці та харчовій поведінці між експериментальною та контрольною групами.

В подальшому ми представили описові статистики за кожною зі шкал обраних в дослідженні методик в групах естетичного спорту та контрольній групі та здійснили порівняння середніх за цими шкалами в групах за допомогою t-критерію Стьюдента.

Таблиця 3.1

#### Описові статистики за опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та опитувальником харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	естетичний спорт	контрольна група	естетичний спорт	контрольна група
Невдоволеність власним тілом	14.1	13.2	10.3	10.2
Розлад харчової поведінки	9.84	10.8	10.8	11.9

Як бачимо з описових статистик з таблиці 4, в групі естетичного спорту середнє значення за шкалою Невдоволеності власним тілом

приблизно на один бал вище ніж в контрольній групі, а розлад харчової поведінки - на один бал нижче.

Таблиця 3.2

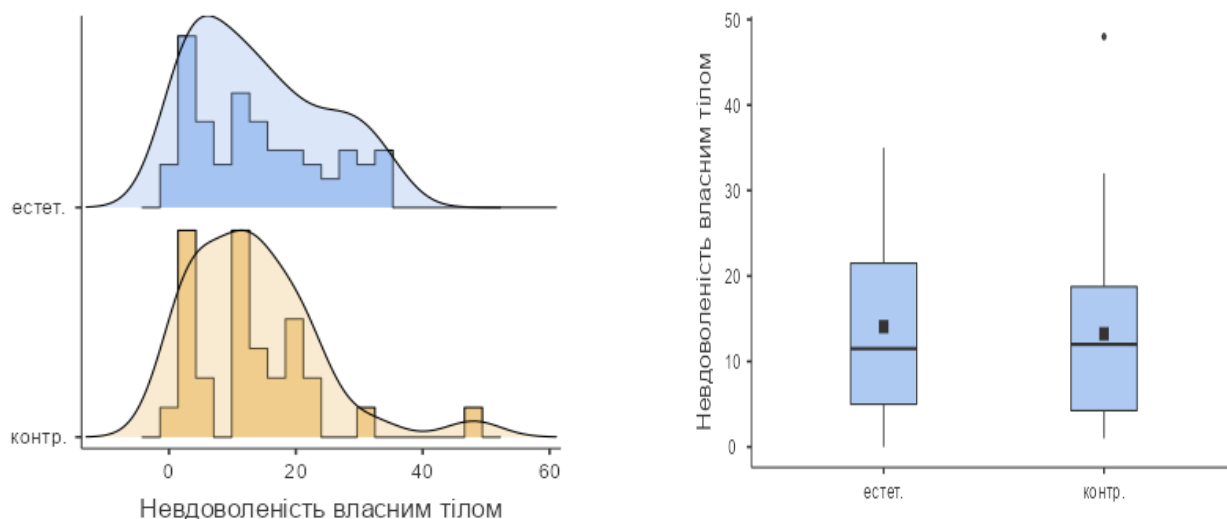
**Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) за опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та опитувальником харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) при порівнянні групи естетичного спорту та контрольної групи**

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Невдоволеність власним тілом	0.364	90.0	0.717	0.8312	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Розлад харчової поведінки	-0.388	90.0	0.699	-0.9613	група естетичного спорту $\neq$ контрольна

Як бачимо з таблиці при перевірці за допомогою t-критерію Стьюдента не було встановлено статистично достовірних відмінностей середніх в групах. А саме середній рівень показників за шкалами Невдоволеність власним тілом та Розлад харчової поведінки в групі естетичного спорту не відрізняється суттєво від середнього рівня в контрольній групі.

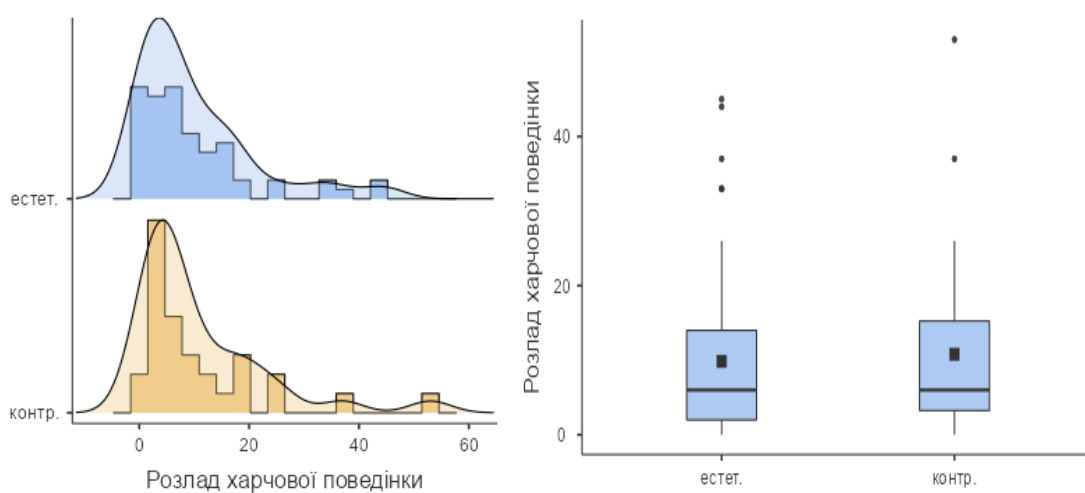
Розподіли в групі естетичного спорту та в контрольній групі представлені в гістограмах на рис. 2





*Рис. 2.* Гістограми та коробкові діаграми за опитувальником образу власного тіла

Як бачимо з коробкових діаграм, група естетичних видів спорту та контрольна група мають практично однакові медіану, середні, нижню, верхню кватилі та мінімуми. Контрольна група має викид в максимальному значенні за шкалою Невдоволеність власним тілом, але як бачимо з гістограм, серед інших досліджуваних в групі естетичних видів спорту більша частка має високі значення невдоволеності власним тілом, ніж в контрольній групі.



*Рис.3.* Гістограми та коробкові діаграми за опитувальником харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)

Тут ми бачимо що показники експериментальної та контрольних груп знаходяться практично на одному рівні. В коробкових діаграмах максимуми і мінімуми мають однакові значення. Мають пікові викиди в обох групах.

Якщо на гістограмах та діаграмах що показують невдоволеність власним тілом були помітні відмінності, то тут ми їх не бачимо. Пояснити це можна тим, що такий вид діяльності, який передбачає вимоги до зовнішнього вигляду сприяє підвищенню невдоволеності власним тілом, хоча і у контрольній групі підлітків її рівень теж достатньо високий. Однак те, що шкали Розладу харчової поведінки відмінностей не мають можливо пояснити молодим віком учасників дослідження, бо, перебуваючи в ранньому підлітковому віці, дівчата тільки починають усвідомлювати наявність вимог до вигляду тіла та ваги, а також тим, що симптоми рхп, навіть при їх наявності, можуть бути слабо виражені в такому віці.

Таблиця 3.3

**Описові статистики за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ**

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	естетичний спорт	контрольна група	естетичний спорт	контрольна група
Обмежувальна харчова поведінка	2.58	2.63	0.978	1.08
Емоціогенна харчова поведінка	2.24	2.14	0.933	0.932
Екстернальна харчова поведінка	2.22	2.24	0.762	0.743

Зважаючи на середні за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ, в групі естетичного спорту отримано трохи вищий рівень за шкалою Емоціогенної харчової поведінки аніж в контрольній групі.

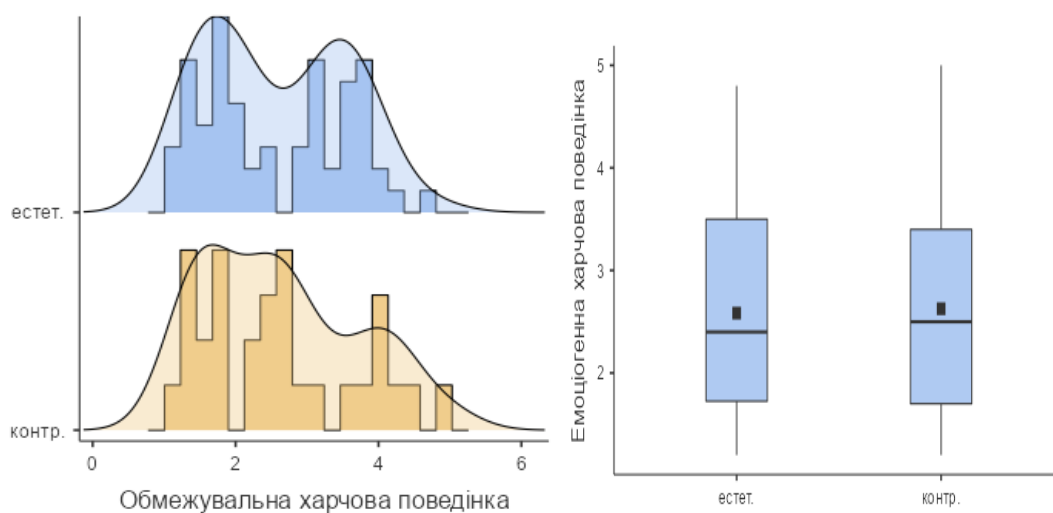
Таблиця 3.4

**Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ при порівнянні групи естетичного спорту та контрольної групи**

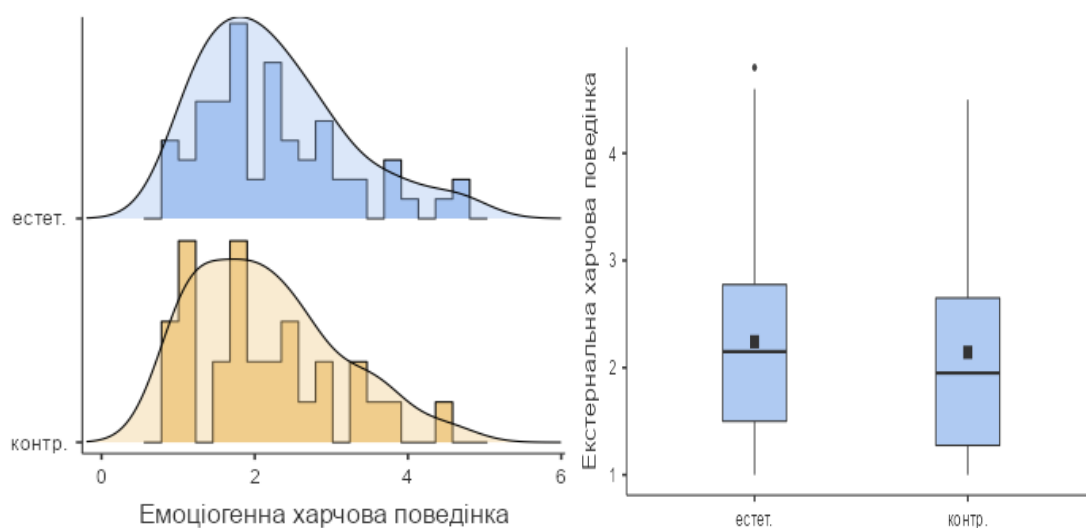
Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Обмежувальна харчова поведінка	-0.190	90.0	0.850	-0.0428	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Емоціогенна харчова поведінка	0.475	90.0	0.636	0.0986	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Екстернальна харчова поведінка	-0.133	90.0	0.895	-0.0224	група естетичного спорту $\neq$ контрольна

Проте при порівнянні середніх за допомогою t-критерію Стьюдента не було встановлено статистично достовірних відмінностей в цих групах.

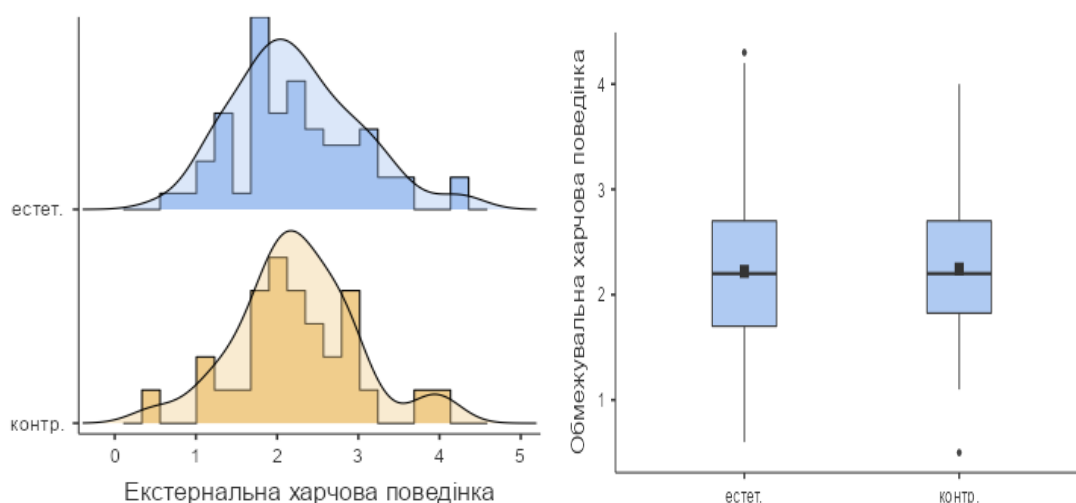
Розподіли та коробкові діаграми в групі естетично спорту та контрольній групі за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ представлено на рисунках 4, 5, 6.



*Рис. 4.* Гістограми та коробкові діаграми за Обмежувальною харчовою поведінкою Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ



*Рис. 5.* Гістограми та коробкові діаграми за Емоціонною харчовою поведінкою Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ



*Рис. 6.* Гістограми та коробкові діаграми за Екстернальною харчовою поведінкою Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ

Як бачимо на коробкових діаграмах та гістограмах до Голландського опитувальника харчової поведінки Емоціогенна, Екстернальна та Обмежувальна харчова поведінка є майже ідентичними та мають лише незначні розбіжності в експериментальній та контрольній групах. Як показують коробкові діаграми, група, яка займається естетичними видами спорту, та контрольна група мають майже ідентичні значення для медіани, середніх, нижнього та верхнього кватилей та мінімумів. В групі естетичного виду спорту в шкалі Екстернальна харчова поведінка максимум трохи вищий, ніж в контрольній, однак мінімум нижчих ніж в контрольній. В групі естетичного спорту більш розкидані значення можуть пояснюватися тим, що експериментальна група перевищувала контрольну групу за чисельністю вдвічі. А отже і вірогідність наявності респондентів зі значенням поза середнім показником (дуже високі чи дуже низькі показники) більша.

Таблиця 3.5

**Описові статистики за шкалами шкалами опитувальника  
самоствлення (В. Століна, С. Пантелеєва)**

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	естетичний спорт	контрольна група	естетичний спорт	контрольна група
Відвертість	6.45	6.23	1.96	1.92
Самовпевненість	9.27	9.80	2.94	2.80
Самокерівництво	7.00	7.47	2.25	1.94
Дзеркальне "Я"	6.32	6.43	2.39	2.65
Самоцінність	9.37	8.93	2.60	2.94
Самоприйняття	7.65	7.90	2.24	2.37
Самоприв'язаність	4.77	4.87	2.55	2.56
Конфліктність	8.18	8.03	4.38	3.95
Самозвинувачення	5.58	5.50	2.92	2.57

Зрештою ми оглянули описові описові статистики за шкалами опитувальника самоствлення (В. Століна, С. Пантелеєва), згідно з яких в групі естетичного спорту було отримано трохи вищі рівні за шкалами Відвертість, Самоцінність, Конфліктність та Самозвинувачення.

**Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) при порівнянні групи естетичного спорту та контрольної групи**

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Відвертість	0.504	90.0	0.615	0.2183	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самовпевненість	-0.816	90.0	0.417	-0.5258	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самокерівництво	-0.974	90.0	0.333	-0.4667	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Дзеркальне "Я"	-0.201	90.0	0.841	-0.1108	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самоцінність	0.725	90.0	0.470	0.4376	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самоприйняття	-0.502	90.0	0.617	-0.2548	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самоприв'язаність	-0.163	90.0	0.871	-0.0925	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Конфліктність	0.153	90.0	0.879	.1441	група естетичного спорту $\neq$ контрольна
Самозвинувачення	0.129	90.0	0.898	0.0806	група естетичного спорту $\neq$ контрольна

Проте також не було встановлено статистично достовірних відмінностей в цих групах і за шкалами опитувальника самоствалення (В. Століна, С. Пантелеєва).

Результати по цим шкалам нижче подаємо в вигляді діаграм.

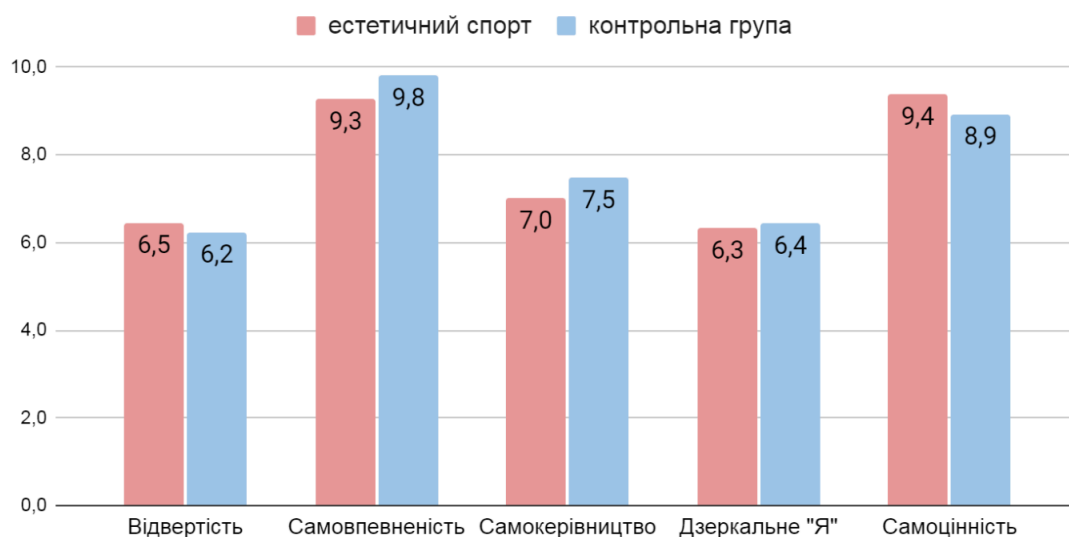


Рис. 7. Коробкові діаграми для шкал опитувальника самоствалення (В. Століна, С. Пантелеєва) (частина 1)

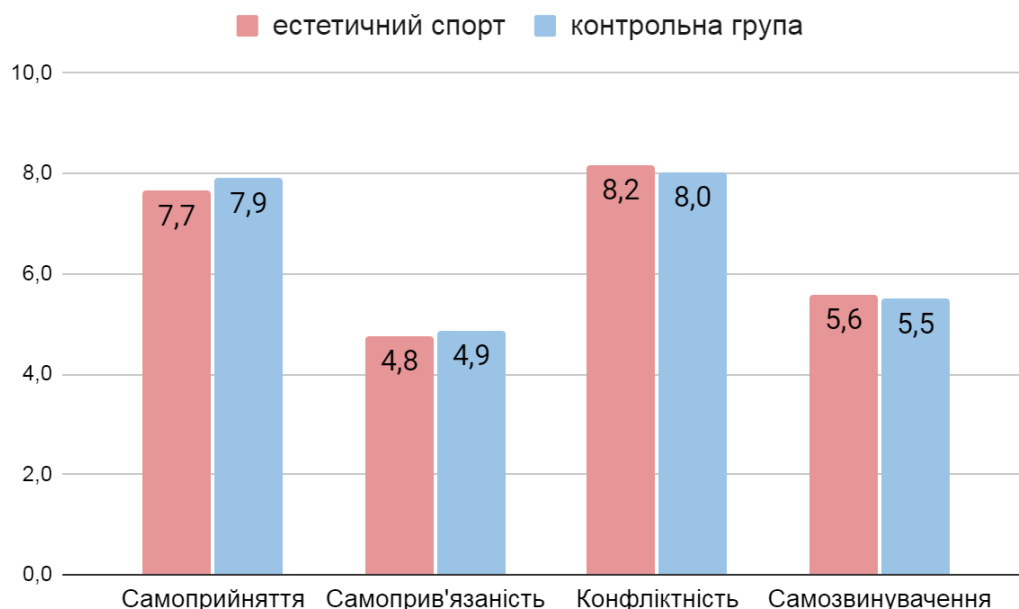


Рис. 8. Коробкові діаграми для шкал опитувальника самоствалення (В. Століна, С. Пантелеєва) (частина 2)



В подальшому ми вирішили дослідити особливості сприйняття образу власного тіла та харчової поведінки в залежності від рівня вимог до зовнішнього вигляду у обраному виді спорту. За цим анкетним питанням всі досліджувані були поділені на наступні групи: «є неофіційні вимоги виглядати певним чином чи підтримувати певну вагу» (40 досліджуваних), «є окремий бал, яким оцінюється фігура\зовнішність» (12 досліджуваних), «таких вимог немає» (23), «не займаються жодним видом спорту професійно» (17 досліджуваних).

Таблиця 3.7

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Крускала-Волліса) при порівнянні груп, утворених за рівнем вимог до зовнішнього вигляду у обраному виді спорту (на всій вибірці)**

	$\chi^2$	df	p
Невдоволеність власним тілом	0.690	3	0.876
Розлад харчової поведінки	0.983	3	0.805
Обмежувальна харчова поведінка	3.113	3	0.374
Емоціогенна харчова поведінка	7.948	3	0.047

При порівнянні вказаних груп досліджуваних за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу не було встановлено відмінностей за шкалами опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26).

Серед шкал Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ було встановлено відмінність за шкалою Емоціогенна харчова поведінка. ( $\chi^2 = 7.948$ ,  $p = 0.047$ ).

Таблиця 3.8

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Фішера) при порівнянні груп, утворених за рівнем вимог до зовнішнього вигляду у обраному виді спорту (на всій вибірці)**

	F	df1	df2	p
Екстернальна харчова поведінка	1.25	3	88	0.298

Таблиця 3.9

**Попарні порівняння при проведенні однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Крускала-Волліса) за шкалою Емоціогенна харчова поведінка в групах, утворених за рівнем вимог до зовнішнього вигляду у обраному виді спорту**

		W	p
не займаються професійно	немає вимог	-3.141	0.118
не займаються професійно	неофіційні вимоги	-1.928	0.523
не займаються професійно	офіційні вимоги	0.157	1.000
немає вимог	неофіційні вимоги	2.560	0.269
немає вимог	офіційні вимоги	2.881	0.174
неофіційні вимоги	офіційні вимоги	1.708	0.622

Зважаючи на попарну перевірку в групах, найбільш різочу відмінність за Емоціогенною харчовою поведінкою отримано між групами «не займаються професійно» та «немає вимог».

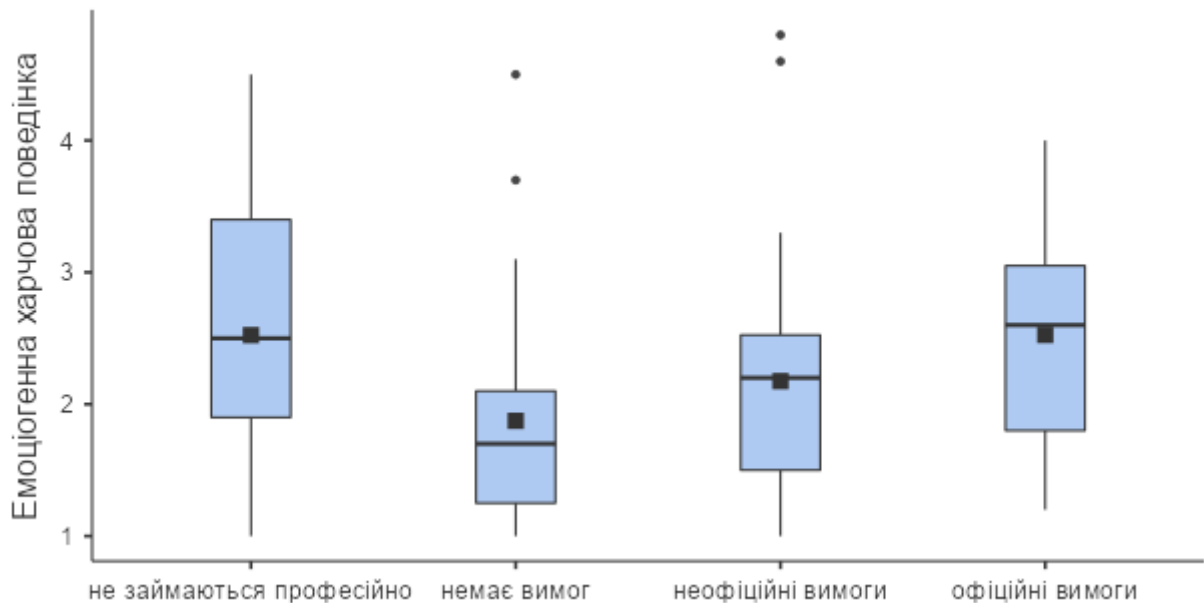


Рис. 9. Коробкові діаграми за Емоціогенною харчовою поведінкою

Коробкові діаграми вказують, що досліджувані, які не займаються професійно спортом, мають дещо вищий рівень Емоціогенної харчової поведінки ніж досліджувані, які займаються спортом, в якому немає вимог до зовнішнього вигляду.

На діаграмі бачимо, що підлітки, які не займаються спортом професійно є найбільш схильними до емоціогенної поведінки. Спортсмени виявилися менш схильними до такого типу харчової поведінки. Однак серед спортсменок є чітка градація. Найменш схильними до Емоціогенної харчової поведінки виявилася дівчата в яких немає вимог до зовнішнього вигляду та ваги у їх виді спорту, вищий рівень вираженості мали ті, в яких є неофіційні вимоги. А найбільш виражену Емоціогенну харчову поведінку демонстрували підлітки, котрі займаються видом спорту в якому є офіційні вимоги до зовнішнього вигляду та ваги. Це нашттовхує нас на думку, що,

хоча спортсменки і є менш схильні демонструвати емоціогенну харчову поведінку, ніж не спортсменки, що можна пояснити їх високим рівнем організованості, самоконтролю, та вмінню справлятися з емоціями без допомоги їжі, однак Емоціогенна поведінка серед них тим вища, чим сильніший тиск вимог щодо вигляду тіла та ваги вони відчують.

### **3.2 Кореляційні зв'язки між образом тіла, самостваленням та харчовою поведінкою**

Оскільки одна з задач нашої роботи – дослідити взаємозв'язки образу власного тіла та харчової поведінки, в подальшому ми перейшли до кореляційного аналізу. Частина шкал не виявилась нормально розподіленою, тому ми обрали коефіцієнт кореляції Спірмена.

Таблиця 3.10

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (експериментальна група)**

		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Розлад харчової поведінки	коеф. Спірмена	0.633 ***	—
	P	< .001	—
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.598 ***	0.768 ***
	P	< .001	< .001
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.311 *	0.411 ***
	P	0.014	< .001
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.052	0.076
	P	0.686	0.560

За допомогою кореляційного аналізу на експериментальній групі було встановлено, що Невдоволеність власним тілом позитивно корелює зі шкалою Розлад харчової поведінки, Обмежувальною та Емоціогенною харчовою поведінкою. Не було встановлено кореляції з Екстернальною харчовою поведінкою.

Невдоволеність власним тілом часто веде до розвитку стресу та негативних емоцій, таких як тривога або депресія. У такому стані люди частіше схильні до розладів харчування, таких як обмежувальна поведінка (намагання обмежити кількість споживаної їжі) та емоціогенна поведінка (споживання їжі відповідно до емоційного стану). Соціокультурні чинники, такі як стандарти краси та тиск з боку оточуючого середовища, а в нашому випадку і з боку тренерів, суддів і навіть батьків можуть підтримувати чи посилювати почуття невдоволеності власним тілом. Ці чинники також можуть впливати на харчову поведінку та сприяти розвитку розладів харчування. Відсутність же кореляцій з Екстернальною харчовою поведінкою можна пояснити молодим віком респондентів. Підлітки, живучи з батьками, часто не мають контролю над тим, яка їжа є в доступі і в якій кількості. Також можна припустити, що спортсмени мають високий рівень самоконтролю і є менш схильні до переїдання.

Ми вирішили також дослідити взаємозв'язки опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ: Розлад харчової поведінки позитивно корелює як з Обмежувальною, так і з Емоціогенною харчовою поведінкою. І при цьому так само як і для Невдоволеності власним тілом не було встановлено кореляції з Екстернальною харчовою поведінкою.

Наявність цих кореляцій може бути пояснена тим, що Розлади харчової поведінки, такі як анорексія або булімія, часто мають психологічний корінь, пов'язаний з емоційними та психічними станами. Обмежувальна поведінка може виникати як спроба контролювати вагу чи

вигляд тіла, а емоціогенна поведінка може виникати як спосіб реагування на стресові ситуації або емоційний дискомфорт. Також люди з РХП можуть використовувати їжу як спосіб компенсувати емоційний дискомфорт або як механізм саморегуляції. Таким чином, емоціогенна поведінка може бути частиною ширшого спектру стратегій, що включає в себе різні форми розладів харчування.

Екстернальна харчова поведінка, яка відноситься до зовнішнього контролю за харчуванням (наприклад, вплив зовнішніх стимулів, соціальних чинників тощо), може бути менше пов'язана з внутрішніми психологічними процесами, які стоять за розладами харчування. Таким чином, відсутність кореляції з екстернальною харчовою поведінкою може свідчити про те, що розлади харчування у цьому контексті більше пов'язані з внутрішніми факторами, ніж зовнішніми впливами.

Отже, позитивна кореляція між Розладом харчової поведінки та Обмежувальною та Емоціогенною харчовою поведінкою на даній вибірці може бути результатом психологічного тиску щодо вигляду тіла та вимог до ваги, який відчують респонденти, займаючись естетичними видами спорту.

Таблиця 3.11

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (контрольна група)**

		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Розлад харчової поведінки	коэф. Спірмена	0.592 ***	—
	P	< .001	—
Обмежувальна харчова поведінка	коэф. Спірмена	0.600 ***	0.447 *
	P	< .001	0.013

Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.295	0.146
	P	0.113	0.442
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	-0.039	-0.196
	P	0.839	0.300

На конотрольній групі було встановлено, що Невдоволеність власним тілом позитивно корелює зі шкалою Розлад харчової поведінки (Коеф. Спірмена 0.592\*\*\*,  $P < .001$ ), а серед шкал Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ було встановлено позитивну кореляцію лише зі шкалою Обмежувальної харчової поведінки (Коеф. Спірмена 0.600\*\*\*,  $P < .001$ ).

Розлад харчової поведінки на контрольній групі також позитивно корелює лише зі шкалою Обмежувальної харчової поведінки (Коеф. Спірмена 0.447\*,  $P 0.013$ ).

Це може свідчити про те, що саме обмеження в харчуванні (намагання обмежити кількість споживаної їжі або її калорійність) є більш прямим виявом невдоволеності власним тілом у даній групі. Обмежувальна харчова поведінка також часто пов'язана з невдоволеністю власним тілом через прагнення контролювати вагу або вигляд тіла. У цьому контексті, обмеження в харчуванні може бути більш прямим виявом невдоволеності власним тілом, ніж інші аспекти харчової поведінки

Таблиця 3.12

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) (група естетичного спорту)**

		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Відвертість	коэф. Спірмена	-0.332 **	-0.448 ***
	p	0.008	< .001
Самовпевненість	коэф. Спірмена	-0.416 ***	-0.239
	p	< .001	0.061
Самокерівництво	коэф. Спірмена	-0.268 *	-0.170
	p	0.035	0.186
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.356 **	-0.263 *
	p	0.004	0.039
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.633 ***	-0.252 *
	p	< .001	0.048
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.281 *	-0.042
	p	0.027	0.746
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.309 *	-0.235
	p	0.015	0.066
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.567 ***	0.490 ***
	p	< .001	< .001
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.675 ***	0.573 ***
	p	< .001	< .001

За допомогою кореляційного аналізу на групі естетичного спорту було встановлено, що Невдоволеність власним тілом позитивно корелює зі шкалами Конфліктність (Коеф. Спірмена 0.567\*\*\*, P < .001) та



Самозвинувачення (Коеф. Спірмена  $0.675^{***}$ ,  $P < .001$ ) та негативно корелює з кожною з решти шкал опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва). Більшість встановлених кореляцій – середні та сильні.

В естетичних видах спорту, в яких важливою є зовнішність, спортсмени можуть бути особливо чутливими до вигляду власного тіла. Невдоволеність власним тілом може викликати внутрішній конфлікт та привести до самозвинувачення та відчуття незадоволення у власним виглядом.

Для Розладу харчової поведінки встановлено позитивні кореляції зі шкалами Конфліктність (Коеф. Спірмена  $0.490^{***}$ ,  $P < .001$ ) та Самозвинувачення (Коеф. Спірмена  $0.573^{***}$ ,  $P < .001$ ), а також негативні кореляції зі шкалами Відвертість (Коеф. Спірмена  $-0.448^{***}$ ,  $P < .001$ ), Дзеркальне "Я" (Коеф. Спірмена  $-0.263^*$ ,  $P 0.039$ ) та Самоцінність (Коеф. Спірмена  $-0.252^*$ ,  $P 0.048$ ).

Люди, які відчувають невдоволеність власним тілом, можуть мати низьку самооцінку та низьке самоприйняття. Це може виявлятися у високому рівні конфліктності та низькому рівні відвертості, дзеркального "Я" та самоцінності. Також Розлад харчової поведінки може бути наслідком невдоволеності власним тілом та внутрішнього конфлікту, що може призводити до емоційного переїдання або обмеження їжі. Це може відобразитися у позитивній кореляції з конфліктністю та самозвинуваченням, а також негативній кореляції зі шкалами, що відображають позитивне самопочуття та впевненість у собі, такими як відвертість, дзеркальне "Я" та самоцінність.

Можемо припустити також, що на більшій вибірці шкала Розлад харчової поведінки негативно корелювала б зі шкалами: Самовпевненість (коеф. Спірмена =  $-0.239$ ,  $p = 0.061$ ) та Самоприв'язаність (коеф. Спірмена =  $-0.235$ ,  $p = 0.066$ ).

Таблиця 3.13

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) зі шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) (контрольна група)**

		Невдоволеність власним тілом	Розлад харчової поведінки
Відвертість	коэф. Спірмена	-0.406 *	-0.196
	p	0.026	0.300
Самовпевненість	коэф. Спірмена	-0.511 **	-0.495 **
	p	0.004	0.005
Самокерівництво	коэф. Спірмена	-0.623 ***	-0.567 **
	p	< .001	0.001
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.662 ***	-0.620 ***
	p	< .001	< .001
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.459 *	-0.673 ***
	p	0.011	< .001
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.553 **	-0.301
	p	0.002	0.106
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.344	-0.315
	p	0.063	0.090
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.591 ***	0.521 **
	p	< .001	0.003
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.443 *	0.449 *
	p	0.014	0.013

На контрольній групі так само встановлено, що Невдоволеність власним тілом позитивно корелює зі шкалами Конфліктність (Коеф. Спірмена 0.591\*\*\*,  $P < .001$ ) та Самозвинувачення (Коеф. Спірмена = 0.443\*,  $P = 0.014$ ) та негативно корелює з кожною з решти шкал

опитувальника самоствалення (В. Століна, С. Пантелєєва), окрім лише шкали Самоприв'язаність (коєф. Спірмена = -0.344,  $p = 0.063$ ). Втім  $p$ -рівень достатньо малий, аби припускати, що на більшій за обсягом вибірці ця кореляція також матиме місце.

Для Розладу харчової поведінки так само встановлено позитивні кореляції зі шкалами Конфліктність (Коеф. Спірмена = 0.521\*\*,  $P = 0.003$ ) та Самозвинувачення (Коеф. Спірмена = 0.449\*,  $P = 0.013$ ), а негативні кореляції встановлено зі шкалами: Самовпевненість (Коеф. Спірмена = -0.495\*\*,  $P = 0.005$ ), Самокерівництво (Коеф. Спірмена = -0.567\*\*\*,  $P = 0.01$ ), Дзеркальне "Я" (Коеф. Спірмена = -0.620\*\*\*,  $P < .001$ ) та Самоцінність (Коеф. Спірмена = -0.673\*\*\*,  $P < .001$ ).

Такі самі кореляції у контрольній групі, як і у групі естетичного спорту можна пояснити тим, що підліткам загалом властиво мати певний рівень невдоволеності власним тілом.

Таблиця 3.14

**Кореляційні зв'язки Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами опитувальника самоствалення (В. Століна, С. Пантелєєва) (група естетичного спорту)**

		Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Відвертість	коєф. Спірмена	-0.415 ***	-0.390 **	-0.207
	$p$	< .001	0.002	0.106
Самовпевненість	коєф. Спірмена	-0.195	-0.096	-0.121
	$p$	0.129	0.456	0.350
Самокерівництво	коєф. Спірмена	0.051	-0.190	-0.105

	р	0.694	0.139	0.418
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.200	-0.097	-0.099
	р	0.118	0.452	0.442
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.288 *	-0.056	0.046
	р	0.023	0.667	0.724
Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.061	0.256 *	0.186
	р	0.638	0.044	0.147
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.143	-0.068	0.015
	р	0.266	0.597	0.911
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.370 **	0.363 **	0.127
	р	0.003	0.004	0.324
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.390 **	0.303 *	0.055
	р	0.002	0.017	0.673

Досліджуючи кореляційні зв'язки Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами опитувальника самоствавлення, на групі естетичного спорту було встановлено:

- Обмежувальна харчова поведінка негативно корелює зі шкалами: Відвертість (-0.415\*), Самоцінність (-0.288 \*) та позитивно корелює зі шкалами Конфліктність (0.370 \*\*) та Самозвинувачення (0.390 \*\*).

- Емоціогенна харчова поведінка негативно корелює зі шкалою Відвертість (-0.390 \*\*) та позитивно корелює зі шкалами Самоприйняття (0.256\*), Конфліктність (0.363\*\*) та Самозвинувачення (0.303\*).

- Не було встановлено кореляційних зв'язків для Екстернальної харчової поведінки.

Це може бути пояснено тим, що, наприклад, Обмежувальна харчова поведінка часто пов'язана з прагненням контролювати вагу та вигляд тіла, що, в свою чергу, може викликати внутрішні конфлікти та негативне самопочуття. Тому вона може негативно корелювати з відвертістю, яка означає відкритість і впевненість у собі. Емоціогенна харчова поведінка, з іншого боку, може бути викликана емоційними станами, такими як стрес чи тривога, що можуть спричинити самозвинувачення та конфліктність. Тому вона позитивно корелює з цими шкалами. Самоцінність та самоприйняття зазвичай впливають на те, як людина ставиться до свого тіла та їжі. Позитивне самоприйняття може сприяти позитивній харчовій поведінці та зниженню конфліктності. Відвертість, яка вказує на відкритість та впевненість у собі, може бути асоційована зі здоровим ставленням до їжі та самоприйняттям. Тому вона позитивно корелює з самоцінністю та самоприйняттям.

Контекст естетичного спорту може мати великий вплив на емоційний стан учасників нашого дослідження. Вони можуть переживати певний рівень стресу або тривоги, що може впливати на їхню харчову поведінку та сприйняття себе.

Отже, ці результати можуть свідчити про складність взаємозв'язків між харчовою поведінкою та психологічними аспектами, які можуть впливати на спортсменів, зокрема тих, хто займається естетичними видами спорту.

**Кореляційні зв'язки Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) (контрольна група)**

		Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Відвертість	коэф. Спірмена	-0.136	-0.219	-0.178
	p	0.475	0.244	0.347
Самовпевненість	коэф. Спірмена	-0.119	-0.144	0.056
	p	0.530	0.448	0.770
Самокерівництво	коэф. Спірмена	-0.403 *	0.008	0.167
	p	0.027	0.965	0.379
Дзеркальне "Я"	коэф. Спірмена	-0.578 ***	-0.135	-0.114
	p	< .001	0.476	0.547
Самоцінність	коэф. Спірмена	-0.267	-0.217	0.102
	p	0.154	0.250	0.591

Самоприйняття	коэф. Спірмена	-0.424 *	0.189	0.324
	p	0.020	0.318	0.080
Самоприв'язаність	коэф. Спірмена	-0.162	0.106	0.198
	p	0.393	0.577	0.295
Конфліктність	коэф. Спірмена	0.333	0.278	0.086
	p	0.072	0.137	0.651
Самозвинувачення	коэф. Спірмена	0.351	0.049	0.031
	p	0.057	0.795	0.870
Невдоволеність власним тілом	коэф. Спірмена	0.600 ***	0.295	-0.039
	p	< .001	0.113	0.839

На контрольній групі було встановлено:

- Обмежувальна харчова поведінка негативно корелює зі шкалами: Самокерівництво ( -0.403 \*), Дзеркальне "Я" (-0.578 \*\*\*) та Самоприйняття (-0.424 \*), а також позитивно корелює зі шкалою Невдоволеність власним тілом (0.600 \*\*\*). Можемо також припустити про позитивні кореляції зі шкалами Конфліктність та Самозвинувачення.

- Не було встановлено кореляційних зв'язків для Емоціогенної та Екстернальної харчової поведінки.

- Обмежувальна харчова поведінка, яка часто включає дії з метою контролювання ваги або відчуття влади над тілом, може відображати негативне самовідчуття та низьку самооцінку. Такі особи можуть схильні до відчуття невдоволеності власним тілом. Також, конфліктність та самозвинувачення можуть бути причинами обмежувальної харчової поведінки. Підлітки, що є схильними до таких проявів, можуть шукати способи контролювати своє харчування.

Відсутність кореляцій з Екстернальною та Емоціогенною поведінкою може свідчити про те, що емоційний стан або зовнішні стимули не мають значущого впливу на обмежувальну поведінку в цьому конкретному контексті. Можливо, інші фактори, такі як внутрішня мотивація чи індивідуальні характеристики, більше впливають на рівень обмежувальної поведінки, ніж зовнішні або емоційні фактори.

Позитивна кореляція з невдоволеністю власним тілом вказує на те, що дівчата з обмежувальною харчовою поведінкою можуть відчувати невдоволеність своїм тілом і намагатися контролювати своє харчування відповідно.

### **3.3 Експлораторний факторний аналіз**

#### **3.3.1. Експлораторний факторний аналіз взаємозв'язків образу власного тіла та харчової поведінки, експериментальна група.**

В подальшому ми вирішили дослідити взаємозв'язки образу власного тіла та харчової поведінки за допомогою експлораторного факторного аналізу на групі естетичного спорту.



Таблиця 3.16

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26), опитувальника образу власного тіла (ООВТ) та Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (група естетичного спорту)**

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	02.03	40.6	40.6
2	1.20	24.1	64.7

При перевірці умов для застосування факторного аналізу на групі естетичного спорту, було встановлено значущість критерію сферичності Барлетта ( $\chi^2 = 121$ ,  $p < 0.001$ ), а також достатню адекватність вибірки за критерієм Кайзера - Мейера - Олкіна (КМО = 0.716), що свідчить про доцільність використання факторного аналізу.

За допомогою техніки паралельного аналізу було виявлено 2 фактори. Оскільки при перевірці кореляцій між отриманими факторами було встановлено істотну кореляцію між факторами 1 та 2 (0.427), ми використали техніку косоного обертання (oblimin), що враховує цю кореляцію при розрахунках.

Фактор 1 має найбільшу вагу та інформативність (відсоток поясненої дисперсії = 40.6). Фактор 2 має другі за рангом вагу та інформативність (24.1).

Таблиця 3.17

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах опитувальника образу власного тіла (ООВТ), опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) та Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (група естетичного спорту)**

	Фактор 1	Фактор 2	Унікальність
Невдоволеність власним тілом	0.730		0.531
Розлад харчової поведінки	0.846		0.238
Обмежувальна харчова поведінка	0.850		0.236
Емоціогенна харчова поведінка		0.788	0.237
Екстернальна харчова поведінка		0.742	0.523

До першого фактору увійшли шкали: Невдоволеність власним тілом, Розлад харчової поведінки та Обмежувальна харчова поведінка. Цей фактор можна інтерпретувати як фактор “Проблеми з самосприйняттям та харчуванням” До другого фактору увійшли Емоціогенна та Екстернальна харчова поведінка. Даний фактор можна інтерпретувати як “Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки”

Отже, завдяки проведеній процедурі ФА ми визначили, що є два визначні фактори, що визначають харчову поведінку тих, хто займається оціночними видами спорту. Перший фактор ми визначили як “Проблеми з самосприйняттям та харчуванням”, другий, як “Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки”.

Відповідно до виявлених факторів "Проблеми з самосприйняттям та харчуванням" і "Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки", можна поглибити розуміння того, як саме ці чинники впливають на вибір харчової поведінки серед тих, хто займається оціночними видами спорту:

1. Проблеми з самосприйняттям та харчуванням:

- Невдоволеність власним тілом: Почуття невдоволеності власним тілом може спонукати спортсменів до прийняття обмежувальних стратегій харчування або розвитку розладів харчової поведінки у спробі досягнення певного ідеалу вигляду або ваги.

- Розлад харчової поведінки: Якщо спортсмени вже мають розлад харчової поведінки, це може призвести до ще більшої невпевненості у власному тілі та сприяти отриманню нездорових харчових звичок.

- Обмежувальна харчова поведінка: Бажання контролювати вагу або вигляд тіла може вести до обмеження споживання їжі, що може бути шкідливим для здоров'я та виступу у спорті.

2. Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки:

- Емоціогенна харчова поведінка: Емоції, такі як стрес, тривога або радість, можуть впливати на споживання їжі. Наприклад, стрес може спонукати до переїдання або навпаки - пригнічувати апетит.

- Екстернальна харчова поведінка: Соціальний тиск, реклама, спортивні вимоги або наявність їжі в оточуючому середовищі можуть впливати на вибір харчової поведінки, незалежно від фізіологічних потреб.

Отже, ці два фактори відображають складність та множинність впливів на харчову поведінку серед спортсменів, які займаються естетичними видами спорту. Індивідуальність, соціальні та емоційні чинники впливають на спосіб, яким вони сприймають своє тіло та обирають стратегії харчування.

Досліджуючи взаємозв'язки образу тіла з харчовими перевагами за допомогою експлораторного факторного аналізу на групі естетичного спорту на експериментальній групі було встановлено такий розподіл.

- Фактор 1, який ми назвали “Проблеми з самосприйняттям та харчуванням”, в який входить показник Невдоволеності власним тілом 0.730 , Розлад харчової поведінки 0.846, Обмежувальна харчова поведінка 0.850

- Фактор має назву “Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки”. Сюди увійшли показники шкал Емоціогенна харчова поведінка 0.788 та Екстернальна харчова поведінка 0.742 .

Надалі при проведенні аналізу ми доєднали опитувальник самоствавлення (В. Століна, С. Пантелеєва) до методик, з якими працювали. В першу чергу ми перейшли до кореляційного аналізу.

### **3.3.2 Експлораторний факторний аналіз на шкалах обраних в дослідженні методик (група естетичного спорту)**

Після дослідження кореляційних зв'язків з самоствавленням ми вирішили дослідити взаємозв'язки між шкалами за допомогою експлораторного факторного аналізу вже на шкалах всіх обраних в дослідженні методиках.

Таблиця 3.18

#### **Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних в дослідженні методик (група естетичного спорту)**

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	4.08	29.2	29.2
2	2.31	16.5	45.7
3	1.56	11.1	56.8

При перевірці умов для застосування факторного аналізу на групі естетичного спорту, було встановлено значущість критерію сферичності Барлетта ( $\chi^2 = 456$ ,  $p < 0.001$ ), а також достатню адекватність вибірки за критерієм Кайзера - Мейера - Олкіна (КМО = 0.794), що свідчить про доцільність використання факторного аналізу.

За допомогою техніки паралельного аналізу було виявлено 3 фактори. Оскільки при перевірці кореляцій між отриманими факторами було встановлено істотну кореляцію між факторами 1 та 2 (-0.379), ми використали техніку косою обергання (oblimin).

Фактор 1 має найбільшу вагу та інформативність (відсоток поясненої дисперсії = 29.2). Фактор 2 має другі за рангом вагу та інформативність (16.5). Фактор 3 має треті за рангом вагу та інформативність (11.1).

Таблиця 3.19

**Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних в дослідженні методик (група естетичного спорту)**

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Унікальність
Невдоволеність власним тілом	-0.441	0.576		0.305
Розлад харчової поведінки		0.689		0.373
Обмежувальна харчова поведінка		0.918		0.156
Емоціогенна харчова поведінка			0.837	0.155
Екстернальна харчова поведінка			0.557	0.690
Відвертість	0.430			0.647
Самовпевненість	0.684			0.518
Самокерівництво	0.721	0.305		0.544
Дзеркальне "Я"	0.753			0.436
Самоцінність	0.692		0.304	0.278
Самоприйняття	0.496		0.429	0.564
Самоприв'язаність	0.705			0.555
Конфліктність	-0.618			0.382
Самозвинувачення	-0.553			0.443

До першого фактору увійшли шкали: Невдоволеність власним тілом, Конфліктність та Самозвинувачення, що негативно корелюють з фактором 1, а також решта шкал опитувальника самоствавлення (В. Століна, С. Пантелєєва) такі як Відвертість, Самовпевненість, Дзеркальне “Я”, Самоцінність, Самоприйняття, Самоприв'язаність, що позитивно корелюють з даним фактором.

Цей фактор можна інтерпретувати як “Здорове самосприйняття та задоволеність власним тілом”. Негативна кореляція зі шкалами

невдоволеності власним тілом, конфліктності та самозвинувачення свідчить про здорове та позитивне самосприйняття.

Всі шкали, що увійшли до другого та третього факторів позитивно корелюють зі своїм фактором.

До другого фактору увійшли Невдоволеність власним тілом, Розлад харчової поведінки, Обмежувальна харчова поведінка та Самокерівництво.

Даний фактор можна інтерпретувати як “Проблеми з харчуванням та образом тіла”. Ці шкали можуть вказувати на негативні аспекти стосунків з харчуванням та самовідчуттям, що можуть вимагати уваги та корекції.

До третього фактору увійшли Емоціогенна харчова поведінка, Екстернальна харчова поведінка, Самоцінність та Самоприйняття.

Третій фактор можна інтерпретувати як “Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки та самоповаги”. Позитивна кореляція з кожною з цих шкал свідчить про позитивне ставлення до себе та свого харчування.

Отже, кожен з цих трьох факторів відображає різні аспекти психологічного стану та відношення до себе, які можуть впливати на харчову поведінку та загальне самопочуття.

### **3.4 Множинні лінійні регресії моделі утворення Розладу харчової поведінки**

В подальшому за допомогою множинної лінійної регресії ми вирішили побудувати модель утворення шкали Розладу харчової поведінки (опитувальник харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)) опитувальником образу власного тіла (ООВТ) та шкалами опитувальника самоставлення (В. Століна, С. Пантелєєва)

**Модель множинної лінійної регресії для опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) на групі естетичних спортсів**

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	1.370	1.911	0.717	0.476
Невдоволеність власним тілом	0.602	0.110	5.482	< .001

Обробка даних методом регресійного аналізу на групі естетичних видів спорту дала змогу виділити рівняння регресії, що включало лише один предиктор: Невдоволеність власним тілом.

Розлад харчової поведінки = 1.370 + 0.602 \* Невдоволеність власним тілом.

Це рівняння показує, що на кожну одиницю зростання Невдоволеності власним тілом, очікується зростання Розладу харчової поведінки на 0.602.

1.370 - це константа, яка показує очікуване значення Розладу харчової поведінки, коли Невдоволеність власним тілом дорівнює 0.

0.602 - це коефіцієнт регресії, який описує силу зв'язку між Невдоволеністю власним тілом та Розладом харчової поведінки.

Таблиця 3.21

**Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Розладу харчової поведінки (опитувальник харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)) на групі естетичних видів спорту**

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.578	0.334



Побудована модель пояснює 33.4% дисперсії шкали Розлад харчової поведінки.

Це означає, що 33.4% мінливості Розладу харчової поведінки можна пояснити Невдоволеністю власним тілом. Інші 66.6% мінливості Розладу харчової поведінки можна пояснити іншими факторами, які не були включені в цю модель.

Отже, Невдоволеність власним тілом є значним предиктором Розладу харчової поведінки у групі естетичних видів спорту. Люди, які більше незадоволені своїм тілом, з більшою ймовірністю матимуть симптоми розладу харчової поведінки. Однак важливо зазначити, що це лише один з факторів, які можуть сприяти розвитку розладу харчової поведінки. Інші фактори, такі як генетика, психологічні стреси та соціальний тиск, також можуть відігравати роль.

Таблиця 3.22

**Модель множинної лінійної регресії для опитувальника харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26) на контрольній групі**

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	24.801	8.288	2.99	0.006
Невдоволеність власним тілом	0.418	0.187	2.23	0.034
Самоцінність	-1.452	0.608	-2.39	0.024
Самоприв'язаність	-1.347	0.625	-2.15	0.041

На контрольній групі обробка даних методом регресійного аналізу дала змогу виділити рівняння регресії, що включало три ключових

предиктори: а - Невдоволеність власним тілом, б - Самоцінність, с - Самоприв'язаність.

$$\text{Розлад харчової поведінки} = 24.801 + 0.418 * a - 1.452 * b - 1.347 * c.$$

Оскільки в експериментальній групі виділився лише один предиктор розладу харчової поведінки- Невдоволеність власним тілом, а в контрольній аж три- Невдоволеність власним тілом, Самоцінність та Самоприв'язаність, можемо припустити, що спортсмени є більш зацікнені на тому, як виглядає їх тіло, в тому числі і через систему оцінювання в естетичних видах спорту. В той час як у підлітків, які не займаються естетичними видами спорту є й інші фактори , які можуть суттєво впливати на розвиток симптомів РХП.

Таблиця 3.23

**Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Розладу харчової поведінки (опитувальник харчових переваг (D.M.Garner, EAT-26)) на контрольній групі**

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.774	0.600

Цілих 60 % дисперсії Розладу харчової поведінки зумовлено впливом виділених предикторів.

Цей результат вказує на те, що множинна лінійна регресійна модель, побудована для шкали Розладу харчової поведінки на контрольній групі, є досить ефективною у визначенні та передбаченні змін у цій шкалі. Давайте розглянемо кожен показник окремо:

1. Коефіцієнт множинної кореляції (R): Це показник ступеня зв'язку між незалежними змінними (предикторами) і залежною змінною (Розладом

харчової поведінки). У цьому випадку значення  $R = 0.774$ , що вказує на високий рівень зв'язку між вказаними змінними. Чим ближче значення  $R$  до 1, тим сильніше зв'язок між змінними.

2. Коефіцієнт детермінації ( $R^2$ ): Це показник вказує на частку дисперсії залежної змінної (у нашому випадку, Розладу харчової поведінки), яка пояснюється незалежними змінними (предикторами) у моделі. У цьому випадку  $R^2 = 0.600$  або 60%, що означає, що 60% дисперсії Розладу харчової поведінки може бути пояснено впливом вказаних предикторів. Іншими словами, наша модель здатна пояснити близько 60% зміни в Розладі харчової поведінки.

Отже, ці показники свідчать про те, що модель множинної лінійної регресії досить добре підходить для пояснення змін у Розладі харчової поведінки, принаймні для контрольної групи, і її варто використовувати для передбачення цієї змінної на основі вказаних предикторів.

### **3.5 Практичні рекомендації щодо запобігання розладам харчової поведінки та негативному образу тіла в естетичному спорті**

Як показали наші дослідження підлітки в цілому, а також спортсменки-підлітки, що займаються естетичними видами спорту зокрема знаходяться в групі ризику щодо виникнення розладів харчової поведінки. Окрім медіа, соціальних мереж та соціуму вони ще доволі часто відчувають тиск зі сторони тренерів, батьків, суддів а також спортивних партнерів чи товаришів по команді. Такий стан речей веде до зацикленості на вигляді власного тіла, вазі і , як наслідок, може призвести до розладів харчової поведінки. Тож ми розробили список рекомендацій які б могли допомогти цього уникнути.

Основні практичні рекомендації для уникнення розладів харчової поведінки на фоні невдоволеності власним тілом серед спортсменок, які займаються естетичними видами спорту, можуть включати такі аспекти:

## 1. Прийняття позитивного ставлення до власного тіла.

Спонування спортсменок до прийняття їхнього тіла таким, як воно є, та відмова від стереотипів про ідеальну фігуру має важливе значення для їхнього фізичного та психологічного здоров'я. Важливо підкреслити цінність функціональності та здоров'я тіла над його зовнішнім виглядом з кількох причин.

По-перше, стереотипи про ідеальну фігуру можуть створювати надмірний тиск на спортсменок і призводити до розладів харчової поведінки, тривожності та низького самопочуття. Намагання відповідати цим стандартам може призвести до неправильних практик харчування та психічних проблем. По-друге, підкреслення функціональності та здоров'я тіла над його зовнішнім виглядом сприяє розумінню того, що кожне тіло унікальне і має свою власну цінність. Спортсменки повинні розуміти, що їхнє тіло - це не лише об'єкт для оцінки зовнішнього вигляду, але й інструмент для досягнення їхніх спортивних цілей та задоволення їхніх фізичних потреб. Однак тут варто не допустити ставлення до тіла як до "машини", що має лише виконувати певні функції, адже це не лише не покращить ставлення до образу власного тіла, а й може викликати дисоціацію та інші розлади, колтри можуть бути небезпечними не лише для психічного та ментального здоров'я, а навіть фізичного.

По-третє, підкреслення функціональності та здоров'я тіла сприяє формуванню позитивного ставлення до здорового способу життя. Замість того, щоб фокусуватися на тому, як виглядає їхнє тіло, спортсменки можуть зосередитися на тому, як вони себе відчують і як вони можуть поліпшити своє фізичне здоров'я та фізичні можливості.

Тож слід спонукати спортсменок до прийняття свого тіла таким, як воно є, та підкреслення важливості функціональності та здоров'я тіла над

його зовнішнім виглядом сприяє їхньому фізичному та психологічному благополуччю, а також сприяє формуванню здорового ставлення до себе.

## 2. Підтримка самооцінки.

Слід сприяти формуванню позитивної самооцінки, підкреслюючи досягнення спортсменок та їхні успіхи на шляху досягнення спортивних цілей. Важливо підкреслити їхні сильні сторони та таланти, щоб спонукати їх розвивати і використовувати їх у спортивній діяльності.

## 3. Підвищення впевненості у собі та розвиток позитивного образу тіла.

Надає можливості для успішних виступів та вирішення спортивних завдань, що допоможе спортсменкам відчувати впевненість у собі та своїх можливостях. Підкреслення позитивних аспектів їхньої гри або тренувань може значно підвищити їхню впевненість у собі.

Зосередьтеся на своїх сильних сторонах та досягненнях: Замість того, щоб критикувати своє тіло, зосередьтеся на його сильних сторонах та досягненнях. Це може включати вашу фізичну силу, витривалість, координацію, красу або інші якості, якими ви пишаєтеся.

Зверніть увагу на позитивні повідомлення про тіло: Спілкуйтеся з людьми, які підтримують вас та мають позитивне ставлення до свого тіла. Уникайте негативних розмов про тіло та уникайте людей, які постійно критикують себе або інших.

Використовуйте позитивні саморозмови: Замість того, щоб говорити про себе негативно, використовуйте позитивні твердження про своє тіло та свої здібності. Це може допомогти вам змінити своє мислення та підвищити самооцінку.

Уникайте порівнянь з іншими: Кожна людина особлива, і порівняння себе з іншими може призвести до негативних почуттів щодо себе. Зосередьтеся на власних цілях та прогресі, а не на порівнянні себе з іншими людьми.

Відстежуйте свої успіхи: Записуйте свої спортивні досягнення, покращення фізичної форми або інші позитивні зміни, які ви помітили у своєму тілі. Це може допомогти вам побачити свій прогрес та мотивувати вас продовжувати рухатися вперед.

#### 4. Всебічний розвиток та самореалізація.

Слід стимулювати спортсменок до реалізації свого потенціалу та досягнення особистих цілей. Підтримуйте їхню мотивацію до розвитку та постійного вдосконалення, допомагаючи їм визначити свої індивідуальні цілі та способи досягнення їх. Це не має стосуватися лише спорту, чудово коли дівчата мають різні хобі та захоплення поза спортивною залом. Це сприяє різнобічному розвитку особистості підлітка, а також допомагає знизити рівень стресу та тривоги за рахунок переключення на інший вид діяльності. Також це дасть змогу мати дружні стосунки в середовищі де не таку значну роль відіграють зовнішній вигляд та вага, а отже може сприяти покращенню задоволеності власним тілом.

#### 5. Підкреслення унікальності.

Слід наголошувати на тому, що кожна спортсменка має унікальні сильні сторони та потенціал, і в цьому полягає її справжня цінність. Збуджуйте інтерес до виявлення та розвитку цих унікальних якостей, що сприяє формуванню позитивного самовідчуття та підвищенню самооцінки.

Стимулюючи позитивне ставлення до себе у спортсменок та сприяючи їхній впевненості у собі та вмінню реалізовувати свій потенціал,

тренери та психологи сприяють не лише їхньому спортивному розвитку, а й загальному покращенню самопочуття та самореалізації.

## 6. Здорове харчування.

Необхідно надавати інформацію про здорові звички харчування та важливість збалансованого раціону. Пропонувати здорові альтернативи шкідливим діетам та підтримувати спортсменок у виборі здорових продуктів.

Оскільки в естетичному спорті спортсменки виходять на пік спортивної кар'єри в дуже ранньому віці, багато з них ще не мають уявлень про те яким має бути раціон людини, що має великі фізичні навантаження, з чого він має складатися і до чого може призвести недоотримання тих чи інших корисних речовин. Однак зазвичай дівчата не отримують достатньої освіти в цьому напрямку. Тож у спортивних школах варто проводити лекції психологів, дієтологів, нутріціологів для спортсменок, тренерів та батьків(адже тренувальний процес це злагоджена робота цих трьох сторін). Це могло б допомогти уникнути помилок і запобігти появі розладів харчової поведінки серед спортсменок.

Ось кілька загальних рекомендацій спортсменкам щодо здорового харчування:

- Їжте регулярно та збалансовано: Важливо їсти три основні прийоми їжі та 2-3 перекуси протягом дня, щоб забезпечити свій організм необхідними поживними речовинами. Вибирайте продукти з усіх груп продуктів харчування, включаючи фрукти, овочі, цільнозернові продукти, нежирне м'ясо, рибу, молочні продукти та здорові жири.
- Слухайте своє тіло: Їжте, коли ви голодні, і переставайте їсти, коли ви ситі. Не ігноруйте сигнали свого тіла та не їжте, коли ви не відчуваєте голоду. ( Ця рекомендація не підходить для людей, які вже

страждають на РХП, в такому разі варто негайно звертатися за допомогою до кваліфікованих психіатрів та психотерапевтів)

- Пийте багато води протягом дня, щоб підтримувати водний баланс.
- Зверніться за допомогою до дієтолога: Якщо у вас є проблеми з харчуванням, зверніться до дієтолога. Дієтолог може допомогти вам створити план харчування, який відповідає вашим потребам та цілям.

## 7. Підтримка психологічного здоров'я.

Необхідно забезпечувати доступ до психологічної підтримки та консультування для спортсменок, які можуть відчувати невдоволеність власним тілом. Допомогати їм розуміти та керувати своїми емоціями, впевненістю та стресом. На жаль в нашій культурі звернення за психологічною підтримкою сильно стигматизується, не слід нехтувати зверненнями до спеціаліста, якщо виникають підозри щодо симптомів розладу харчової поведінки. Батьки, тренери та інші спеціалісти, які оточують юних спортсменок мають чітко знати і вміти розпізнавати “червоні прапорці” і звертатися за допомогою за перших проявів, не чекаючи загострення хвороби.

Ось деякі рекомендації спортсменкам, що допоможуть зорієнтуватися в тій чи іншій складній ситуації:

- Поговоріть з тренером: Ваш тренер може бути цінним джерелом підтримки та порад. Вони можуть допомогти вам встановити реалістичні цілі, відстежувати свій прогрес та впоратися з емоційними проблемами.
- Поговоріть з психологом: Якщо ви відчуваєте емоційний стрес або боретеся з розладом харчової поведінки - зверніться за допомогою до психолога. Психолог може допомогти вам зрозуміти свої емоції, розробити здорові механізми подолання та покращити своє психічне здоров'я.



- Приєднайтеся до групи підтримки: Існують групи підтримки для спортсменів, які борються з розладами харчової поведінки. Ці групи можуть забезпечити вам безпечний простір для спілкування з іншими людьми, які розуміють, через що ви проходите.

- Не бійтеся звертатися за допомогою: Розлади харчової поведінки - це серйозні проблеми, які можуть мати серйозні наслідки для вашого здоров'я. Не бійтеся звертатися за допомогою, якщо ви підозрюєте в себе РХП.

Також тренерам та батькам спортсменок важливо пам'ятати, що вони несуть відповідальність за життя а також фізичне та психічне здоров'я дітей. Нагороди та досягнення не мають бути здобуті за рахунок шкоди здоров'ю.

#### 8. Стимулювання рухової активності.

Слід підкреслювати важливість здорового способу життя та фізичної активності, а не лише зовнішньої ваги чи форми тіла. Пропонуйте різноманітні види тренувань та спортивних занять, які сприяють загальному самопочуттю та здоров'ю. Однак варто пам'ятати що надмірна рухова активність часто є симптомом розладів харчової поведінки і часто може застосовуватися як засіб контролю маси тіла.

#### 9. Підтримка групи.

Сприятлива атмосфера в спортивному середовищі, де спортсменки можуть взаємодіяти, підтримувати один одного та ділитися своїми досвідами та переживаннями, виступає ключовим фактором у формуванні здорової особистості підлітка. Хоча конкуренція та суперництво нерозривно пов'язані з атмосферою спортивного залу, важливо забезпечити належну рівновагу, стимулюючи та заохочуючи дружні та теплі стосунки між членами команди.

Взаємодія між спортсменками в спортивному середовищі сприяє не лише покращенню результатів тренувань, але й розвитку особистості. Колективна підтримка та співпраця сприяють вирішенню проблем, підвищують моральний дух та допомагають подолати труднощі. В цьому контексті, обмін досвідом та переживаннями між спортсменками стає цінним джерелом навчання та самовдосконалення.

Важливо зазначити, що стимулювання позитивних взаємин у спортивному оточенні не означає відсутність конкуренції. Навпаки, здорова конкуренція може бути джерелом мотивації для досягнення вищих результатів. Однак, важливо, щоб ця конкуренція була побудована на основі взаємоповаги, а не на відчутті ворожнечі та заздрості.

Узгодженість та співпраця у спортивному колективі сприяють формуванню впевненості у собі та розвитку емоційного і соціального інтелекту. Така атмосфера також сприяє психологічному благополуччю спортсменок, допомагаючи їм подолати стрес та тривогу, які часто виникають у спортивному середовищі. В цілому, позитивні стосунки між спортсменками сприяють їхньому всебічному розвитку та формуванню стійких особистостей.

#### 10. Популяризація різноманітності тіл.

Зараз є тенденція до популяризації різноманітності тіл та розмаїття їх форм. Жінок з різними типами фігури можна зустріти на подіумах, в балетних класах та інших місцях, де раніше були чіткі обмеження щодо ваги і форми тіла. Однак таке різноманіття фігур і форм поки не є властивим для професійного естетичного спорту. Цьому є практичне пояснення: успіху в певному виді спортивної діяльності добиваються люди з саме такими тілами, які підходять для цієї діяльності найкращим чином (легкоатлети- високі та довгоногі, пауерліфтери- невисокі та коренасті, спортивні гімнастки- маленькі і легкі). Але у баскетболістів, наприклад, не

знімається бал, якщо ти худішим чи товстішим, ніж твої суперники, оцінюється лише твоя гра. Однак в багатьох естетичних видах спорту є окремий бал, що оцінює зовнішній вигляд, або ж збавка, якщо цей вигляд не підходить під стандарти краси. Це не може не впливати на формування самооцінки, образу тіла та харчових звичок підлітків, які займаються цими видами спорту.

Таке оцінювання є деструктивним для особистості що формується, а отже правила оцінювання мають бути переглянуті. Варто залучати різні типи фігур у спортивні кампанії, щоб показати, що кожен тип тіла є унікальним і прекрасним у своєму роді.

Ці практичні рекомендації спрямовані на підтримку позитивного ставлення до власного тіла та здорового способу життя серед спортсменок, що займаються естетичними видами спорту.

### **Висновки до розділу III.**

У третьому розділі нашої дипломної роботи ми дослідили результати порівняння експериментальної та контрольної груп. За допомогою порівняльного аналізу ми виявили, що підлітки, які не займаються спортом професійно, є більш схильними до емоціогенної харчової поведінки, ніж спортсмени. Однак серед спортсменок спостерігається чітка градація: найменш схильними до емоціогенної харчової поведінки виявилися ті, які не мають вимог до зовнішнього вигляду у своєму виді спорту, тоді як найбільш схильними є ті, які займаються видом спорту, де є офіційні вимоги до зовнішнього вигляду та ваги.

Застосовуючи кореляційний аналіз на експериментальній групі, ми встановили позитивну кореляцію між невдоволеністю власним тілом та розладом харчової поведінки, обмежувальною та емоціогенною харчовою поведінкою, але не було встановлено кореляції з екстернальною харчовою поведінкою. Ці результати свідчать про те, що проблеми з харчуванням та

самосприйняттям можуть впливати на розвиток розладу харчової поведінки.

Під час дослідження на контрольній групі було встановлено, що обмежувальна харчова поведінка негативно корелює з самокерівництвом, дзеркальним "я" та самоприйняттям, а також позитивно корелює з невдоволеністю власним тілом. Також було припущено про позитивні кореляції з конфліктністю та самозвинуваченням. Не було встановлено кореляційних зв'язків для емоціогенної та екстернальної харчової поведінки.

Модель множинної лінійної регресії, побудована для шкали розладу харчової поведінки, пояснює 33.4% дисперсії цієї шкали. Це означає, що 33.4% мінливості розладу харчової поведінки можна пояснити невдоволеністю власним тілом. Інші 66.6% мінливості можна пояснити іншими факторами, які не були включені в модель.

Виходячи з цих даних можна зробити висновки, що невдоволеність власним тілом є значним предиктором розладу харчової поведінки у групі естетичних видів спорту.

Ці результати підтверджують важливість врахування впливу таких факторів, таких як невдоволеність власним тілом, обмежувальна та емоціогенна харчова поведінка, у розумінні та прогнозуванні розладів харчування.

Також в цьому розділі були надані основні практичні рекомендації спортсменам, їх батькам та тренерам, спираючись на які дівчата, що займаються естетичними видами спорту, могли б уникнути розладів харчової поведінки на фоні невдоволеності власним тілом серед спортсменок, які займаються естетичними видами спорту

Проведений нами Експлораторний факторний аналіз визначив два ключові фактори, що впливають на харчову поведінку спортсменок, які займаються естетичними видами спорту. Перший фактор, “Проблеми з самосприйняттям та харчуванням”, включає невдоволеність власним тілом, розлад харчової поведінки та обмежувальну харчову поведінку. Другий фактор, “Емоційні та соціальні аспекти харчової поведінки”, включає емоціогенну та екстернальну харчову поведінку.

Розглядаючи ці два фактори, можна поглибити розуміння того, як саме ці чинники впливають на вибір харчової поведінки серед тих, хто займається естетичними видами спорту. Почуття невдоволеності власним тілом може спонукати спортсменок до обмежувальних стратегій харчування або розвитку розладів харчової поведінки у спробі досягнення певного ідеалу вигляду або ваги. Емоційні та соціальні чинники, такі як стрес, тривога, соціальний тиск та реклама, можуть впливати на споживання їжі, незалежно від фізіологічних потреб.

Отже, ці два фактори відображають складність та множинність впливів на харчову поведінку серед спортсменок, які займаються естетичними видами спорту. Індивідуальні, соціальні та емоційні чинники впливають на спосіб, яким вони сприймають своє тіло та обирають стратегії харчування.

Також нами була розроблена модель утворення шкали Розлад харчової поведінки за допомогою множинних лінійних регресій. У групі естетичних видів спорту визначений лише один значущий предиктор - Невдоволеність власним тілом. Це може свідчити про те, що спортсмени більше зосереджені на своєму зовнішньому вигляді через вимоги до їх фізичної форми та оцінювання в естетичних видах спорту. В контрольній групі, яка не займається естетичними видами спорту, виявлено три значущі предиктори, що вказує на більш різноманітні фактори, які впливають на розвиток Розладу харчової поведінки. Таким чином, результати

дослідження підкреслюють необхідність розгляду різних психологічних факторів та розробки цілеспрямованих заходів для підтримки здорової харчової поведінки серед різних груп населення.

Загалом, підтримка позитивного самовідчуття, впевненості у собі та акцентування уваги на здоровому ставленні до харчування та фізичної активності може стати важливим фундаментом для запобігання розладів харчової поведінки серед спортсменок, особливо тих, хто займається естетичними видами спорту.

## ВИСНОВКИ

Наша дипломна робота присвячена дослідженню впливу образу тіла на розвиток розладів харчової поведінки серед спортсменок-підлітків, зокрема тих, які займаються естетичними видами спорту. Робота складається з трьох розділів, кожен з яких досліджує різні аспекти цієї проблеми та надає відповідні висновки.

Формування самооцінки та образу тіла є багатограним процесом, що залежить від безлічі чинників, включаючи біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Опрацьована нами наукова література свідчить, що самооцінка пов'язана з особистісними рисами, соціальними впливами та досвідом. Образ тіла, зокрема, формується під впливом культурних ідеалів краси, медіа та соціальних мереж, а також особистих переживань та генетичних факторів. Дослідження показують, що позитивна самооцінка та адекватне сприйняття власного тіла сприяють загальному психологічному благополуччю. Виявлено, що низька самооцінка та незадоволеність власним тілом можуть призводити до різних психічних розладів, таких як розлади харчової поведінки, депресія та тривожні стани.

В даній роботі були розглянуті дослідження та праці вітчизняних та зарубіжних науковців котрі вказують на те, що образ тіла впливає на розвиток самооцінки, соціальної ідентичності та стереотипності особистості. Важливо розуміти цей вплив та розробляти методики для підтримки позитивного образу тіла, особливо у підлітків. Дослідження показали, що відхилення від ідеального образу тіла може призвести до різноманітних розладів, тому важливо розробляти програми підтримки для збереження здорового ставлення до тіла. Також було проведено огляд методів дослідження та визначено цілі та завдання емпіричного дослідження. Описані методи та інструменти, що використовуються для

вивчення самооцінки та уявлення про тіло у спортсменок-підлітків, а також надано характеристику вибірки, що брала участь у дослідженні.

В емпіричній частині нашої роботи було виявлено, що підлітки, які займаються естетичними видами спорту, мають меншу схильність до емоціогенної харчової поведінки, ніж їх однолітки, як які не займаються спортом професійно. З цього нами було зроблено висновок, що підлітки-спортсмени можуть справлятися зі своїми емоціями без допомоги їжі.

У дівчат, що займаються естетичними видами спорту, спостерігається підвищена увага до зовнішнього вигляду та образу тіла. Більшість із них прагне відповідати певним естетичним стандартам. Це може бути пов'язано з професійними вимогами та специфікою видів спорту, якими вони займаються. Проте, у частини дівчат спостерігається надмірна критичність щодо власного тіла, що може призводити до незадоволеності власним тілом і, як наслідок, розвитку симптомів розладів харчової поведінки.

В експериментальній групі виявився більш вираженим обмежувальний тип харчової поведінки, що має високу кореляцію з невдоволеністю власним тілом, котра в свою чергу може бути результатом спортивного середовища, в якому знаходяться дівчата. Необхідність контролювати вагу та підтримувати її інколи навіть на критично низькому рівні часто призводить до обмежень в харчуванні. Це виражається в дотриманні строгих дієт, контролю калорій та униканні певних продуктів

Також встановлено позитивну кореляцію між невдоволеністю власним тілом та розладом харчової поведінки. Отримані результати свідчать про важливість підтримки позитивного самовідчуття та здорового ставлення до харчування серед спортсменок-підлітків, особливо тих, хто займається естетичними видами спорту.



Підсумовуючи вищесказане можемо зазначити, що уникнення розладів харчової поведінки та підтримка позитивного образу тіла серед підлітків, особливо серед спортсменок, є важливим завданням, яке потребує комплексного підходу та уваги до психологічних та соціальних аспектів. Наша робота також вказує на необхідність подальших досліджень у цій області та розробки програм підтримки для підлітків, особливо тих, хто знаходиться в групі ризику.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ

1. Оксфордський тлумачний словник з психології» під ред. А.Ребера, 2002 г.
2. Thompson, R. Mind, body, and sport: eating disorders. NCAA. <https://www.ncaa.org/sport-science-institute/mind-body-and-sport-eating-disorders>
3. Савчин М. В. Вікова психологія / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. – К. : Академвидав, 2011. – 368 с.
- 4.Віннікотт Д. В. Перехідні об'єкти і перехідні явища: дослідження першого «не-я» предмета. Стаття із збірника: Антологія сучасного психоаналізу. М.: И-т РАН, 2000 р.
5. Любан-Плоцца Би., Пелдінгер В., Креггер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматичні розлади в загальній медичній практиці. СП.: 2000 р.
6. Gallagher, S. (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *The Journal of mind and behavior*, 7(4), 541–554.
- 7/Clark, A. (2008). Where brain, body and world collide. *Material Agency: Towards a non- anthropocentric approach*, 1–18.
- 8.Cash, T.F., Santos, M.T., & Williams, E.F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *Journal of psychosomatic research*, 58(2), 190–199.
9. Shannon, A., & Mills, J.S. (2015). Correlates, causes, and consequences of Fat Talk: A review. *Body Image*, 15, 158–172. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.09.003>
10. В. О. Сухомлинський і сучасні проблеми особистісно зорієнтованого виховання: матеріали Всеукр. науково-практичної

конференції ., 26 травня 2000р. ( від. ред.. В.

Г. Кузь. – Київ: наук світ, 2000.,

11. Rogers, C.R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt. ]

12. Thompson, J. K., Covert, M. D., and Stormer, S. M. . Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, P. 43–51.

13. Нечитайло, Т.А. (2010). Генезис образу фізичного Я у підлітковому віці. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Київ.

14. Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. V21. 2001, P. 325–344.

15. Rodgers RF, Wertheim EH, Damiano SR, Paxton SJ. Maternal influences on body image and eating concerns among 7- and 8-year-old boys and girls: Cross-sectional and prospective relations. *International Journal of Eating Disorders*, 2020, P. 79-84.

16. Gordon R.A., Crosnoe R., Wang X. Physical attractiveness and the accumulation of social and human capital in adolescence and young adulthood: Assets and distractions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2013.

17.10 Factors That Affect Your Body Image - Women's Running [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.womensrunning.com/health/wellness/factors-that-affect-body-image/>

18. Shannon, A., & Mills, J.S. (2015). Correlates, causes, and

consequences of Fat Talk: A review. *Body Image*, 15, 158–172.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.09.003>

19. Schilder, P. (1999). *The image and appearance of the human body*. London : Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315010410>

20. Titchener, E. (1902). *Experimental psychology. Handbook of laboratory practice*. (Vol. 1). New

York : MacMillan & Co., Ltd.

21. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. — Нью-Йорк: Basic books, 1997.

22. Гірняк А. Н. Поняттєво-категорійне поле і наукові підходи до розуміння взаємодії у психології / Андрій Гірняк // Психологія і суспільство. – 2017. – № 3. – С. 112-126.

23. Кононко О. Л. Психологічні основи особистісного становлення дошкільника (Системний підхід) / О. Л. Кононко. – К. : Стилос, 2000. – 336 с.

24. Кононко О. Л. Соціально-емоційний розвиток особистості (в дошкільному дитинстві) : навч. посіб. для вищ. навч. закладів / О. Л. Кононко. – К. : Освіта, 1998. – 255 с.

25. Максименко С. Д. Науково-психологічні основи формування особистості // Рідна школа. – 1991. – № 11. – С. 27-31.

26. Психологічний довідник учителя: в 4 кн. кн. 3. / (упоряд.: Андрієвська В.). – К.: Главник, 2005. – 96 с. – (серія “Психол. інструментарій”)].

27. Савчин М. В. Вікова психологія. Навчальний посібник. / М. В. Савчин., Л. П. Василенко М. В. Савчин., Л. П. Василенко. – Дрогобич.:

“Відродження”, 2001. – 287 с.

28. Савчин М.В. Психологія відповідальної поведінки. / М. В. Савчин. – К.: Україна. – Віта, 1996. – 130 с.

29. Світлична С. П. Особливості розвитку особистості та образу «Я» у дошкільників / С. П. Світлична // Педагогіка та психологія. – Вип. 20. – 2002. – С. 127–134.

30. Chorpita BF, Park A, Tsai K, et al. Balancing effectiveness with responsiveness:

therapist satisfaction across different treatment designs in the child STEPs randomized effectiveness trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83:709–18. doi: 10.1037/a0039301.

31. “Психологу для роботи” , взято з “Запрошуємо до діалогу: посібник для підлітків 11-14 років: За проектом "Діалог" / Н. О. Березіна [та ін.] ; АПН України, Науково-методичний центр середньої освіти, Всеукраїнська благодійна організація "Громадська Рада з соціальних проблем розвитку підростаючого покоління". - К. : Богдана, 2003. - 126 с.

32. Patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163:4–54.

33. Kennedy Samantha F, Kovan Jeffrey, Werner Emily, Mancine Ryley, Gusfa Donald, Kleiman Heather. Initial validation of a screening tool for disordered eating in adolescent athletes. *Eat Disord*. 2021 Feb 15;9(1):21. doi: 10.1186/s40337-020-00364-7.

34. Knapp Jessica, Aerni Giselle, Anderson Jeffrey. Eating disorders in female

35. Bratland-Sanda Solfrid, Sundgot-Borgen Jorunn. Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of treatment. *Eur J Sport Sci.* 2013;13(5):499–508. doi:10.1080/17461391.2012.740504.

36. Clinton D, Björck C, Sohlberg S, et al. Patient satisfaction with treatment in eating disorders: cause for complacency or concern? *Eur Eat Disord Rev* 2004;12:240–6. doi: 10.1002/erv.582.

37. Chorpita BF, Park A, Tsai K, et al. Balancing effectiveness with responsiveness: therapist satisfaction across different treatment designs in the child STEPs randomized effectiveness trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83:709–18. doi: 10.1037/a0039301.

38. Currie A. Sport and eating disorders - understanding and managing the risks. *Asian J Sports Med.* 2010 Jun;1(2):63-8. doi: 10.5812/asjms.34864.

39. Mathisen Therese Fostervold, Jan H Rosenvinge, Pettersen Gunn, Friberg Oddgeir, Vrabel KariAnne, Bratland-Sanda Solfrid et al. The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise -and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry.* 2017 May 12;17(1):180. doi: 10.1186/s12888-017-1312-4.

40. Currie Alan, Morse Eric D. Eating disorders in athletes: managing the risks. *Clin Sports Med.* 2005 Oct;24(4):871-83. doi: 10.1016/j.csm.2005.05.005.

41. Eating Disorders & Athletes. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-athletes>

42. Mehler P. S., Walsh K. Electrolyte and acid-base abnormalities associated with purging behaviors. *Int J Eat Disord.* 2016;49(3):311–318. doi:10.1002/eat.22503.

43. Eating Disorders and Young Athletes. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=eating-disorders-and-young-athletes-160-28>

44. Eating Disorders in Sports 23.11.2020. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.tpoftampa.com/eating-disorders-and-sports/>

45. Eichstadt Madison, Luzier Jessica, Cho Daniel, Chantel Weisenmuller. Eating Disorders in Male Athletes. *Sports Health.* Jul/Aug 2020;12(4):327-333. doi: 10.1177/1941738120928991.