МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-3
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Рефаль Наталія Вікторівна
Керівник: к. канд. психол. наук, доцент кафедри психології Грандт В. В.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент кафедри психології, Малина О. Г.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Соціальної педагогіки та психології
Кафедра Психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри_____
_____
«_____»_____2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Рефаль Наталії Вікторівні

1. Тема роботи: Психологічні аспекти збереження психічного здоров'я особистості
керівник роботи Грандт В.В. кандидат психологічних наук, доцент
затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с
2. Термін подання студентом роботи листопад 2025 року
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: вивчити сучасні наукові підходи до розуміння психічного здоров'я особистості та його взаємозв'язку з особливостями харчової поведінки; здійснити теоретичний аналіз проблеми харчової поведінки жінок; провести дослідження особливостей харчової поведінки та показників психічного здоров'я у жінок; визначити взаємозв'язок між характеристиками харчової поведінки та рівнем психічного здоров'я, здійснивши статистичний аналіз отриманих даних; розробити психопрофілактичні рекомендації щодо збереження психічного здоров'я особистості.
5. Перелік графічного матеріалу: 7 таблиць і 4 рисунків

6 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Розділ 3	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Н. В. Рефаль

Керівник роботи _____ В. В. Грандт

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 82 сторінки, 7 таблиць, 4 рисунків, 71 джерел, 7 додатків.

Об’єкт дослідження – психічне здоров’я особистості.

Предмет дослідження – взаємозв’язок між особливостями харчової поведінки та психічного здоров’я жінок.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв’язок між особливостями харчової поведінки та психічного здоров’я.

Гіпотеза дослідження: припускається, що саморегульована харчова поведінка, яка характеризується усвідомленим ставленням до прийому їжі, відсутністю емоційних або зовнішніх тригерів у виборі їжі та помірністю у харчуванні, сприяє збереженню психічного здоров’я.

Натомість дисрегульована харчова поведінка, що проявляється у схильності реагувати на емоційні стани або зовнішні подразники через їжу, асоціюється з погіршенням психічного здоров’я.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з психології, нутриціології та медицини; емпіричні: психодіагностичні методики; статистичні.

Наукова новизна дослідження полягає у розкритті специфічних психологічних механізмів взаємозв’язку між харчовою поведінкою та збереженням психічного здоров’я; систематизації сучасних міждисциплінарних досліджень (психології, нутриціології, медицини); виявленні особливостей психічного здоров’я у жінок, залежно від рівня сформованості здорових харчових звичок; уточненні ролі психологічних чинників у виборі здорового харчування як умови підвищення психоемоційного здоров’я.

Галузь використання: практична діяльність медичних і освітніх психологів, психотерапевтів, дієтологів, соціальних працівників.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я; ОСОБИСТІСТЬ; ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА; ПСИХОПРОФІЛАКТИКА; ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ; СТРЕСОСТІЙКІСТЬ; ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ

SUMMARY

Refal N.V. Psychological Aspects of Maintaining Mental Health of the Personality

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (71 items), 7 appendix on 13 pages. The qualifying work volume is 105 pages long, 82 of them – main text. There are 7 tables and 4 illustrations.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research of relationship between eating behavior patterns and mental health. The master thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with different aspect of relationship between eating behavior patterns and mental health.

Object of the research – the mental health of the individual.

Subject of the research – the relationship between the peculiarities of eating behavior and the mental health of women.

Purpose of the study – to theoretically substantiate and empirically investigate the relationship between eating behavior patterns and mental health.

The research tasks are:

1. To study modern scientific approaches to understanding the mental health of an individual and its relationship with the characteristics of eating behavior;

2. To carry out a theoretical analysis of the problem of eating behavior in women;

3. To conduct a study of the characteristics of eating behavior and indicators of mental health in women;

4. To determine the relationship between the characteristics of eating behavior and the level of mental health, having carried out a statistical analysis of the data obtained;

5. To develop psychoprophylactic recommendations for maintaining the mental health of an individual.

Chapter 1 «Theoretical principles of preserving mental health of a person» provides theoretical analysis of the relationship between eating behavior patterns and mental health.

In the Chapter 2 «Features of eating behavior as a factor in mental health preservation» presents the analysis of the relationship between eating behavior patterns as the factor of mental health.

Chapter 3 «Empirical study of the relationship between eating behavior and personal mental health» explains the design and methods of research and highlights the results of empirical research.

Key words: mental health; personality; eating behavior; psychoprevention; emotional regulation; stress resistance; psychological well-being.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ 12
1.1 Поняття та структура психічного здоров'я особистості у сучасній психологічній науці 12
1.2 Психологічні чинники, що впливають на психічне здоров'я особистості 18
1.3 Роль способу життя у підтриманні психічного здоров'я особистості 24
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ЧИННИКА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я 32
2.1 Наукові підходи до розуміння і типологізації харчової поведінки особистості 32
2.2 Психологічні передумови та фактори розвитку харчової поведінки 41
2.3 Взаємозв'язок харчових звичок із психічним здоров'ям особистості 49
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ТА ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ОСОБИСТОСТІ 56
3.1 Організація і методи емпіричного дослідження 56
3.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження 62
3.3 Розробка психопрофілактичних рекомендацій щодо збереження психічного здоров'я особистості 74
ВИСНОВКИ 79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 83
ДОДАТКИ 92

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Збереження психічного здоров’я особистості у сучасних умовах соціальної нестабільності, прискореного темпу життя та хронічного стресу набуває особливої ваги. За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я , депресія та тривожні розлади входять до провідних причин втрати працездатності у світі, а їх поширеність невпинно зростає. В Україні, за статистикою МОЗ та ЮНІСЕФ , симптоми тривожності й депресії відчуває майже кожна п’ята людина, що значною мірою зумовлено воєнними подіями та соціально-економічними викликами.

Наукові дані свідчать, що спосіб життя, зокрема харчова поведінка, суттєво впливає на психоемоційний стан людини. Вибір здорового харчування сприяє не лише покращенню фізичного самопочуття, а й підвищує рівень стресостійкості, знижує ризик емоційних розладів та підтримує когнітивне функціонування. Зокрема, споживання омега-3 жирних кислот, магнію та вітамінів групи В асоціюється зі зменшенням проявів тривожності та депресії та зміцненням психічного благополуччя.

Отже, вивчення психологічних аспектів харчової поведінки у контексті збереження психічного здоров’я є актуальним як з наукової, так і з практичної точки зору.

Значущість проблеми підтверджується на державному рівні. У стратегіях і програмах Міністерства охорони здоров’я України підкреслюється необхідність формування здорових харчових звичок, як невід’ємної складової профілактики не лише соматичних, а й психічних порушень. Водночас у сучасних психологічних і нутріціологічних дослідженнях дедалі більше уваги приділяється міждисциплінарному підходу до розуміння психічного здоров’я.

Проблема взаємозв’язку харчування та психічного здоров’я, актуальні питання харчової поведінки, її психологічних чинників та зв’язку зі

здоров’ям особистості, відображена у працях таких зарубіжних та вітчизняних науковців, F. Jacka, M. Berk, R. Owen, J. Kaplan, J.Wang, M. Macht, B.Szewczyk, S. Traynelis, J. Muñoz-Castañeda, J. Ding, О. Ткач, Н. Паніна, Л. Сохань, Т. Титаренко, Н. Чубарова, К. Шкарлатюк, О. Никоненко, А. Іском та інші.

Попри значний науковий інтерес, недостатньо вивченими залишаються психологічні аспекти того, як саме вибір людиною здорового харчування впливає не лише на фізичне самопочуття, а й на психічне здоров’я в різних вікових і соціальних групах. Саме це зумовило вибір теми дослідження: «Психологічні аспекти збереження психічного здоров’я особистості».

Об’єкт дослідження – психічне здоров’я особистості.

Предмет дослідження – взаємозв’язок між особливостями харчової поведінки та психічного здоров’я жінок.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв’язок між особливостями харчової поведінки та психічного здоров’я.

Гіпотеза дослідження. Припускається, що саморегульована харчова поведінка, яка характеризується усвідомленим ставленням до прийому їжі, відсутністю емоційних або зовнішніх тригерів у виборі їжі та помірністю у харчуванні, сприяє збереженню психічного здоров’я, підвищує рівень емоційної стабільності, психологічного благополуччя та стресостійкості.

Відповідно до теми та мети дослідження передбачається виконати такі завдання:

1. Вивчити сучасні наукові підходи до розуміння психічного здоров’я особистості та його взаємозв’язку з особливостями харчової поведінки;
2. Здійснити теоретичний аналіз проблеми харчової поведінки жінок;
3. Провести дослідження особливостей харчової поведінки та показників психічного здоров’я у жінок;

4. Визначити взаємозв’язок між характеристиками харчової поведінки та рівнем психічного здоров’я, здійснивши статистичний аналіз отриманих даних;

5. Розробити психопрофілактичні рекомендації щодо збереження психічного здоров’я особистості.

Натомість дисрегульована харчова поведінка, що проявляється у схильності реагувати на емоційні стани або зовнішні подразники через їжу, асоціюється з погіршенням психічного здоров’я, підвищенням рівня тривожності, напруження та емоційного виснаження.

Під час проведення дослідження було використано наступні методи: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з психології, нутриціології та медицини; емпіричні: психодіагностичні методики: MH4U Тест самодіагностики психічного здоров’я; FFQ опитувальник частоти споживання їжі; MEDAS-14 (скринер дотримання середземноморської дієти); DEBQ Голандський опитувальник харчової поведінки; статистичні: кореляційний та порівняльний аналіз із використанням комп’ютерних програм обробки даних (SPSS, Excel).

Наукова новизна дослідження полягає **у** розкритті специфічних психологічних механізмів взаємозв’язку між харчовою поведінкою та збереженням психічного здоров’я; систематизації сучасних міждисциплінарних досліджень (психології, нутриціології, медицини); виявленні особливостей психічного здоров’я у жінок, залежно від рівня сформованості здорових харчових звичок; уточненні ролі психологічних чинників у виборі здорового харчування як умови підвищення психоемоційного здоров’я.

Практичне значення проведеного дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані у роботі практичних психологів, нутриціологів та спеціалістів медичної сфери. Напрацьовані рекомендації здатні стати основою для психопрофілактичних програм і просвітницьких ініціатив, спрямованих на формування здорових харчових звичок, розвиток

стресостійкості та запобігання емоційним порушенням. Крім того, отримані дані можуть бути ефективно застосовані у процесі психологічного консультування жінок, які прагнуть покращити як фізичний стан, так і психічне благополуччя.

Надійність і достовірність результатів дослідження використанням валідних психодіагностичних методик, адекватних методів статистичного аналізу, репрезентативної вибірки та поєднанням теоретичного й емпіричного підходів.

Експериментальна база дослідження. Дослідження охоплює 80 жінок віком від 18 до 70 років, які виявили згоду взяти участь в анкетуванні.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел в кількості 71.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

1.1 Поняття та структура психічного здоров'я особистості у сучасній психологічній науці

Психічне здоров'я особистості – це складний та багатовимірний конструкт, який давно виходить за рамки лише відсутності психічних розладів. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я – це стан психологічного благополуччя, що дозволяє людям адаптуватися, справлятися зі стресовими ситуаціями у житті, розвивати свої здібності, продуктивно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти [13, 15].

У науковій психології існують різні підходи до того, що саме включає в себе поняття «психічне здоров'я». Класичний медичний підхід фокусується на патології – відсутності психічних хвороб. Психосоціальний підхід – на здатності людини взаємодіяти з соціумом, будувати здорові стосунки, підтримувати себе в стресових умовах. Гуманістичний та позитивістський підходи акцентують увагу на розвитку особистості, її потенціалі, наявності ресурсів, здатності до самореалізації, відчуття сенсу життя [23, 29].

Актуальні наукові підходи трактують психічне здоров'я як поліструктурний конструкт, який доцільно аналізувати крізь призму окремих вимірів. Сучасні дослідники виокремлюють ключові компоненти, що в сукупності дозволяють сформувати системне уявлення про психічне здоров'я особистості та його функціональну значущість у контексті психологічної адаптації та соціальної взаємодії.

Емоційний компонент, охоплює здатність особистості переживати позитивні емоції, відчуття задоволення, а також уміння регулювати

інтенсивність і частоту негативних переживань, підтримувати емоційну рівновагу. До його змісту входять такі показники, як здатність до емпатії та загальне задоволення життям. Важливим критерієм функціонування цього компоненту виступає рівень зниження негативних емоційних станів (стресу, тривожності, роздратованості)**,** що безпосередньо свідчить про ефективність емоційної саморегуляції та є показником психологічного благополуччя особистості [34, 177].

У наукових працях дослідників позитивної психології, зокрема К. Кіза, М. Селігмана, К. Ріфф, поняття «емоційне благополуччя» (emotional well-being) розглядається як одна з трьох ключових складових психічного здоров'я поряд із психологічним та соціальним благополуччям [22, 98]. Аналогічний підхід представлений і в сучасній українській психології: Т. М. Титаренко акцентує увагу на ролі емоційної регуляції у збереженні психологічного здоров'я [60, 67]; Л. І. Ставицька досліджує емоційний вимір адаптивності особистості [57, 35]; Г. О. Балл та Н. В. Чепелєва підкреслюють значення емоційної стабільності у формуванні внутрішньої гармонії та стійкості до стресу [65, 124].

Психологічний / когнітивно-особистісний компонент, охоплює такі характеристики, як автономність особистості, здатність до саморегуляції, концентрації уваги та збереження пам'яті. Важливе значення має когнітивна гнучкість, що забезпечує адаптацію до змінних життєвих умов, а також рефлексивність – усвідомлення власних дій, емоцій та внутрішніх станів. До змісту цього компоненту належать особистісний розвиток, уміння розв'язувати життєві проблеми, адекватність самосприйняття, зокрема рівень самооцінки, здатність критично оцінювати інформацію та приймати зважені рішення. Його функціональними критеріями виступають відчуття щастя, задоволення життям, наявність смислу і мети, а також узгодженість між реальними життєвими обставинами та очікуваннями людини [64, 89].

У науковій літературі ці характеристики розглядаються як ключові для розуміння структури психічного здоров'я. Так К. Ріфф у своїй моделі

психологічного благополуччя виділяє автономність, особистісний ріст, контроль над середовищем та позитивні відносини як базові складові гармонійного розвитку [66]. К. Кіз наголошує на ролі когнітивної гнучкості та рефлексивності у підтриманні високого рівня функціонального благополуччя [70]. У сучасній українській психології аналогічні акценти простежуються у працях Т. М. Титаренко, яка аналізує здатність особистості до саморегуляції та смислотворення як індикаторів психологічного здоров'я [60, 57], а також у дослідженнях Н. В. Чепелєвої та Г. О. Балла, де підкреслюється значення рефлексії та адекватної самооцінки у процесі особистісного розвитку [65, 189].

Соціальний компонент, відображає здатність особистості ефективно взаємодіяти з оточенням, формувати та підтримувати гармонійні міжособистісні стосунки, відчувати приналежність до певної соціальної спільноти й активно брати участь у суспільному житті. У межах моделі К. Кіза, соціальне благополуччя розглядається як невід'ємна складова психічного здоров'я, рівнозначно важлива поряд із психологічним та емоційним вимірами. Відсутність сформованості цього компоненту обмежує реалізацію повного потенціалу психічного здоров'я, оскільки саме соціальна інтегрованість забезпечує відчуття підтримки, прийняття та значущості у суспільстві [70].

Психічне здоров'я особистості тісно пов'язане з наявністю внутрішніх ресурсів та ефективністю захисних механізмів. До ключових ресурсів належать життєва стійкість (*resilience*), здатність долати стресові ситуації, навички емоційної регуляції, автономність та мотиваційна спрямованість. Серед основних механізмів подолання виокремлюються копінг-стратегії, позитивне мислення та соціальна підтримка. Важливим складником є мотиваційно-вольовий компонент, що охоплює цілеспрямованість, прагнення до досягнення життєвих цілей, здатність долати труднощі, підтримувати активність, здійснювати саморегуляцію, контролювати імпульсивні прояви, планувати власну поведінку та утримуватися від шкідливих звичок [69, 81].

Ці ресурси забезпечують особистості можливість зберігати цілісність та ефективність функціонування навіть у складних чи кризових обставинах. У межах українських досліджень, зокрема робіт Т. М. Титаренко, визначаються індикатори психологічного здоров'я, серед яких – ціннісні, соціальні та психологічні параметри, а також здатність до самостійного подолання кризових ситуацій [60, 23].

У науковій психології поняття психічного здоров'я розглядається крізь призму різних теоретичних традицій і дослідницьких парадигм. Це зумовлено багатовимірністю самого феномену, який охоплює як біологічні, так і психологічні та соціальні чинники. Відповідно, для його вивчення сформувалися кілька підходів, що акцентують увагу на різних аспектах – від розвитку особистісного потенціалу до соціальної взаємодії та ролі життєвих ресурсів у подоланні труднощів, проте всі разом дають цілісне уявлення про багатовимірну природу цього феномену [53].

Класичний медичний підхід, розглядає психічне здоров'я насамперед, як відсутність психопатологічних проявів та психічних розладів. Його витоки пов'язані з клінічною медициною та психіатрією XIX–XX століть (Е. Крепелін, З. Фройд, а пізніше представники біологічної психіатрії) [36]. У межах даної моделі акцент робиться на діагностиці, лікуванні та профілактиці психічних хвороб, а психічно здорова особистість визначається як така, що не має симптомів патології. Основним інструментарієм цього підходу є клінічні класифікації, зокрема DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) та МКХ (Міжнародна класифікація хвороб), що дозволяють стандартизувати критерії діагностики [36].

З позиції психології, сильна сторона цього підходу полягає у чіткому окресленні меж між «нормою» та «патологією», що створює основу для медичної допомоги та втручання. Водночас його обмеження полягає в редукціонізмі – зведенні психічного здоров'я лише до відсутності хвороби, що залишає поза увагою такі аспекти, як розвиток особистості, життєва адаптація, відчуття щастя чи сенсу життя. Саме тому класичний медичний

підхід у сучасній науці часто поєднують із психосоціальними та гуманістичними концепціями, які розширюють розуміння феномену психічного здоров'я.

Гуманістичний підхід, до психічного здоров'я виник у середині XX століття, як реакція на редукціонізм медичної та психоаналітичної моделей. Його представники А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл підкреслювали, що психічне здоров'я не можна зводити лише до відсутності патології, адже воно передусім пов'язане з розкриттям потенціалу особистості, прагненням до самоактуалізації та пошуком смислу життя [29].

Згідно з цим підходом, здорова особистість характеризується цілісністю, автентичністю, здатністю приймати себе та інших, а також наявністю внутрішньої мотивації до розвитку. Центральними критеріями є відчуття сенсу життя, свобода вибору, відповідальність за власне існування, відкритість до нового досвіду та здатність до конструктивного подолання життєвих криз.

У межах гуманістичної парадигми психічне здоров'я постає не як статичний стан, а як динамічний процес становлення особистості, її духовного й екзистенційного зростання. Цей підхід істотно вплинув на формування позитивної психології, психології щастя та сучасних концепцій життєстійкості (resilience), заклавши підґрунтя для розуміння психічного здоров'я як багатовимірного явища, тісно пов'язаного з особистісним розвитком і пошуком смислу [59, 63].

Напрямок позитивної психології, розглядає психічне здоров'я не лише як відсутність патології, а передусім як розвиток сильних сторін особистості, прагнення до самореалізації та досягнення стану благополуччя (*flourishing*). Засновниками позитивної психології вважаються М. Селігман та К. Кіз, які підкреслюють значення таких категорій, як щастя, життєва задоволеність, психологічне благополуччя. У межах цього підходу психічне здоров'я трактується як здатність особистості реалізовувати свій потенціал і знаходити сенс життя [62, 107].

Психосоціальний підхід, наголошує на значенні взаємодії індивіда з соціальним середовищем. ВООЗ та сучасні міжнародні дослідження вказують, що соціальна підтримка, умови життя, рівень стресових факторів є ключовими детермінантами психічного здоров'я. Психосоціальна модель розглядає баланс між внутрішніми психологічними ресурсами та зовнішніми соціальними умовами, як основу для підтримання психічного здоров'я [58, 182].

Таким чином, підходи до вивчення психічного здоров'я відображають еволюцію наукових уявлень: від домінування медико-патологічної моделі до більш комплексного, багатовимірного бачення, яке враховує ресурси, соціальний контекст і потенціал особистості.

У науковій літературі психічне здоров'я особистості визначається не лише через загальні теоретичні моделі, але й через низку критеріїв та індикаторів, які дозволяють оцінити його якісний стан. До таких критеріїв відносять: відчуття значущості та смислу життя, позитивні міжособистісні стосунки**,** емоційна стабільність, адекватне самосприйняття та самооцінка, контроль над поведінкою та життям, когнітивна гнучкість та здатність до прийняття рішень.

Таким чином, критерії та індикатори психічного здоров'я виступають практичними маркерами, що дозволяють виявити як внутрішню гармонію особистості, так і її здатність ефективно функціонувати у суспільстві [48, 123].

У XXI столітті розуміння психічного здоров'я набуває нових акцентів у зв'язку з глобальними соціально-культурними, економічними та технологічними трансформаціями. Сучасна психологія виокремлює низку детермінант, які істотно впливають на стан психічного здоров'я: спосіб життя (раціон харчування, фізична активність, регулярність сну та баланс між працею і відпочинком) визначає, як фізичні, так і психологічні ресурси особистості; стрес і стресові події, виступають потужними чинниками ризику для психічного здоров'я; соціальна підтримка, виконує функцію буфера

проти стресу, формуючи відчуття безпеки, прийняття та взаємодопомоги; соціально-культурні фактори, можуть як сприяти розвитку здорової ідентичності, так і провокувати деструктивні моделі поведінки; індивідуальні психологічні ресурси, є внутрішніми детермінантами, що зміцнюють життєстійкість (resilience) [39, 209].

Сучасні виклики та детермінанти психічного здоров'я окреслюють складний комплекс зовнішніх і внутрішніх умов, у яких функціонує особистість, і підкреслюють важливість інтегративного підходу до його розуміння та підтримки [43].

Отже, психічне здоров'я особистості – багатовимірна конструкція, що включає емоційний, когнітивно-особистісний, мотиваційно-волевий та соціальний компоненти, а також систему захисних механізмів і відчуття благополуччя. Воно визначає здатність особистості ефективно функціонувати, адаптуватися та реалізовувати потенціал. Збереження психічного здоров'я тісно пов'язане зі способом життя, зокрема харчовою поведінкою, фізичною активністю та стрес-стійкістю.

1.2 Психологічні чинники, що впливають на психічне здоров'я особистості

Психічне здоров'я особистості розглядається сучасною психологічною наукою як цілісний стан гармонійного функціонування психіки, який забезпечує можливість людини зберігати внутрішню рівновагу, адаптуватися до змін середовища та досягати особистісно значущих цілей. Це не лише відсутність психопатологічних проявів, а насамперед наявність позитивних психологічних ресурсів – здатності до саморегуляції, усвідомлення власних потреб і почуттів, підтримання продуктивних стосунків та ефективного розв'язання життєвих завдань.

Одним із ключових аспектів психічного здоров'я є психологічні чинники (Табл. 1.1.), що охоплюють внутрішні характеристики особистості,

когнітивні стилі мислення, емоційні реакції та поведінкові патерни. Вони взаємодіють із соціокультурними, економічними та екологічними умовами, формуючи індивідуальний профіль психічного здоров'я. Серед таких чинників науковці виділяють емоційну стабільність, рівень тривожності, когнітивні переконання, мотиваційні орієнтири, а також здатність до саморегуляції й конструктивної адаптації [32, 427].

Таблиця 1.1 – Психологічні чинники забезпечення психічного здоров'я особистості

Психологічний чинник	**Вплив на психічне здоров'я**
Емоційна стабільність	Знижує рівень тривожності, сприяє гармонії, формує здатність до відновлення після стресу.
Рівень тривожності	Високий рівень → підвищений ризик депресивних і тривожних розладів; низький рівень → адаптивність і стійкість.
Когнітивні стилі мислення (позитивне/негативне оцінювання, когнітивна оцінка за Лазарусом)	Конструктивні стилі → краща адаптація та стресостійкість; негативні (катастрофізація, селективність) → хронічний стрес, депресія.
Мотиваційні орієнтири	Допомагають досягати особистісно значущих цілей, знижують відчуття безпорадності, підвищують життєстійкість.
Здатність до саморегуляції	Контроль емоцій та імпульсів, профілактика «емоційного харчування», формування здорових звичок.
Конструктивна адаптація	Забезпечує гнучкість у зміні поведінки, стійкість у кризових умовах, збереження внутрішньої рівноваги.
Соціальна підтримка	Знижує рівень стресу, послаблює негативні наслідки криз, формує відчуття психологічної безпеки.
Емоційна компетентність (усвідомленість, mindful regulation)	Сприяє зниженню самотності, підвищує підтримку, покращує психоемоційний стан.
Особистісні ресурси (самомотивація, гнучкість мислення, копінг-стратегії)	Посилюють стресостійкість, зменшують ризик психічних порушень, підтримують стабільність харчових звичок.
Харчова поведінка (усвідомлене чи емоційне харчування)	Усвідомлене харчування → зменшення тривожності та депресії; емоційне харчування → переїдання, погіршення психоемоційного стану.

[складено автором]

Розуміння психологічних чинників є важливою передумовою для розробки комплексних програм підтримки психічного здоров'я, профілактики депресивних і тривожних розладів та підвищення стресостійкості населення. Як зазначає ВООЗ, психічне здоров'я тісно

пов’язане з індивідуальними психологічними ресурсами, соціальними взаємодіями та способом життя. Вивчення взаємодії цих чинників дає можливість виявляти ризикові групи, своєчасно здійснювати психопрофілактичні втручання й формувати у людини стратегії здорового способу життя [25, 11]. Українські дослідники, зокрема Н. Паніна, Т.Титаренко та О. Ткач , підкреслюють, що формування здорових моделей харчування в поєднанні з розвитком емоційної компетентності та навичок саморегуляції сприяє зниженню рівня тривожності, депресивних проявів і підвищенню стресостійкості. Таким чином, усвідомлена харчова поведінка виступає невід’ємною складовою психосоматичної рівноваги особистості [59, 82].

Психологічні чинники впливають на психічне здоров’я через складну систему взаємопов’язаних механізмів, які визначають, як особистість реагує на стресові події, здатність до емоційної саморегуляції, когнітивну оцінку життєвих ситуацій та рівень соціальної інтегрованості. Як зазначає К.Лазарус, центральне місце в цьому процесі займає механізм когнітивної оцінки стресора: саме інтерпретація події як загрозливої чи контрольованої зумовлює подальшу емоційну реакцію та стратегії поведінки. Негативні когнітивні стилі (катастрофізація, надмірна генералізація, селективне сприйняття негативної інформації) корелюють із підвищеним рівнем хронічного стресу та є предикторами депресивних і тривожних розладів [3, 8].

Дослідження американських психологів у 2022 році, зосереджене на mindful emotion regulation серед батьків під час пандемії COVID-19, показало, що практика усвідомленої регуляції емоцій асоціюється з ростом сприйнятої соціальної підтримки та зменшенням самотності, що прямо сприяє покращенню психічного добробуту [1].

В Україні також зафіксовані подібні механізми. Наприклад, дослідження «Mental health and stress level of Ukrainians seeking psychological help online» (2023) виявило, що внутрішньо переміщені особи та біженці

допускають низький рівень психічного здоров'я , значний психологічний дистрес, і що соціальна підтримка та активність (робота/навчання/волонтерство) корелюють із кращим станом психічного здоров'я [7, 289].

Соціальна підтримка виступає потужним захисним фактором у підтриманні психічного здоров'я, оскільки зменшує відчуття стресу, послаблює негативний вплив стресових ситуацій і сприяє відновленню емоційного балансу. Українські дані за опитуванням «47 % українців повідомляють про високий рівень стресу» (UNICEF, 2025) показують, що ті, хто має стабільне оточення, сімейну або дружню підтримку, зазначають більшу життєву стійкість і кращі психоемоційні показники [1]. Подібних висновків дійшли й українські науковці – зокрема, Т. Титаренко наголошує, що підтримувальні соціальні стосунки сприяють формуванню відчуття психологічної безпеки та підвищують здатність до адаптації в умовах стресу [59, 67].

Особистісні ресурси, такі як гнучкість мислення, самомотивація, здатність до саморегуляції і психологічної адаптації, є медіаторами: вони можуть або ослабити негативний вплив стресорів, або, якщо їх недостатньо, сприяють прояву психічних порушень.

Взаємодія психологічних чинників із соціальним та фізичним середовищем є динамічною: вони можуть або компенсувати негативний вплив один одного, або підсилювати його. Зокрема, в роботах української психологині Н.В. Паніної, говориться, що поєднання високого рівня емоційної регуляції, соціальної залученості та конструктивних когнітивних стилів є важливою умовою підтримання психічного здоров'я та профілактики психосоматичних порушень [54, 104].

Таким чином, психологічні чинники впливають на психічне здоров'я не ізольовано, а через взаємодію низки ключових механізмів – когнітивної оцінки, емоційної регуляції, соціальної підтримки та особистісних ресурсів. Саме ці механізми забезпечують здатність особистості адаптуватися до змін,

відновлювати емоційний баланс, інтегруватися у соціальне середовище та зберігати внутрішню гармонію в умовах життєвих навантажень. Їхня взаємодія з чинниками соціального середовища, способу життя та, як передбачається у цьому дослідженні, особливостями харчової поведінки формує цілісну систему, що визначає рівень психічного здоров'я людини в умовах сучасних викликів.

Психологічні чинники істотно взаємодіють із фізичним станом та харчовою поведінкою, формуючи двосторонній взаємозв'язок, який здатен як підтримувати психічне здоров'я, так і сприяти розвитку дисфункційних проявів. Зокрема, стрес і емоційна напруга можуть модулювати апетит – підвищувати його через емоційне переїдання або приводити до зменшення апетиту і відмови від їжі, як реакція на пригніченість чи тривогу. Дослідження, проведене у 2019 році, показало, що інтенсивність сприйнятого стресу корелює з підвищеним споживанням продуктів із високим вмістом цукру і жиру, що слугує своєрідним копінг-механізмом [51, 162].

Негативні емоції (тривога, перевантаження, смуток) часто спричиняють звернення до харчування як способу самозаспокоєння чи компенсації – явище, яке отримало назву «емоційне харчування». Підтверджено, що осіб із високим рівнем емоційної дистонії частіше характеризує імпульсивне переїдання під час стресових ситуацій та зниження контролю над режимом харчування.

З іншого боку, харчові звички та збалансоване харчування, багате на нутрієнти (омега-3 жирні кислоти, магній, вітаміни групи В тощо), сприятливо впливають на фізичний стан – наприклад, на рівень енергії, якість сну, метаболізм, що, у свою чергу, покращує психоемоційне самопочуття. Моніторингові дослідження в Європі виявили, що учасники з високою прихильністю до середземноморської дієти демонструють нижчі показники депресії, менш виражену тривожність і покращену якість життя порівняно з тими, хто споживає великі обсяги обробленої їжі [44, 111].

Крім того, в українському контексті дослідження «Харчова поведінка та психічне здоров’я в умовах стресу: досвід дорослих жінок під час воєнних дій» продемонструвало, що жінки з високим рівнем психологічного стресу частіше вдаються до споживання комфорної їжі (comfort food), мають нерегулярні прийоми їжі та значно вищі показники депресії та тривожності. При цьому ті жінки, хто зберігає режим харчування, споживає більше овочів і фруктів, повідомляють про кращий настрій і меншу втомлюваність [71, 68].

Також важливим є аспект регуляції харчових звичок через психологічні ресурси: здатність до саморегуляції, контролю над імпульсами, самоусвідомлення. Особи, що володіють високим рівнем самоконтролю та використовують адаптивні копінг-стратегії (рефреймінг, планування, підтримка соціального оточення), мають менше проявів порушень харчової поведінки навіть при значному стресі [67, 432].

Отже, психологічні чинники та фізичний стан і харчова поведінка перебувають у складній мережі взаємодій: стрес і емоційні реакції можуть змінювати харчові патерни, харчування і фізична активність можуть модулювати емоційне самопочуття, а психологічні ресурси – саморегуляція та стилі адаптації – визначають, наскільки стійкою буде особистість до життєвих навантажень. Це створює наукове підґрунтя для подальших емпіричних досліджень, у межах яких особливості харчової поведінки розглядаються як один із потенційних предикторів рівня психічного здоров’я особистості [48, 67].

Психологічні чинники відіграють важливу роль у формуванні та підтримці психічного здоров’я особистості. Їх розуміння та врахування є необхідними для розробки ефективних стратегій підтримки психічного здоров’я та профілактики психічних розладів. Взаємодія між психологічними чинниками та зовнішніми умовами визначає загальний рівень психічного здоров’я особистості, що підкреслює важливість комплексного підходу до його збереження та зміцнення.

1.3 Роль способу життя у підтриманні психічного здоров'я особистості

Спосіб життя розглядається в сучасній психологічній науці як інтегративна характеристика життєдіяльності особистості, що охоплює сукупність стабільних поведінкових патернів, звичок, ціннісних орієнтацій, стилів саморегуляції та форм соціальної активності. До його ключових складових належать харчова поведінка, рівень фізичної активності, режим сну й відпочинку, структура міжособистісних взаємин, особливості дозвілля, а також стратегії управління стресом і психоемоційним станом. Спосіб життя виконує роль базового детермінанта психічного здоров’я, оскільки відображає не лише поведінкові практики, а й когнітивні та емоційно-регуляторні установки, які визначають здатність особистості підтримувати психосоціальний гомеостаз [37, 127].

Узгодженість і збалансованість складових способу життя – а не їхня ізольована дія – забезпечують довгострокове збереження психічного здоров’я, зменшуючи ризик розвитку депресивних, тривожних і стрес-індукованих розладів. Таким чином, спосіб життя постає не лише як набір окремих поведінкових звичок, а як цілісна система життєвої організації, що визначає рівень психоемоційної стабільності та життєстійкості особистості.

У сучасній психологічній та медико-психологічній науці сформовано низку концептуальних моделей способу життя, які пояснюють його роль у підтриманні психічного здоров’я та визначають механізми впливу поведінкових звичок на психоемоційний стан. Ці моделі акцентують на взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, що опосередковують стійкість особистості до стресу та її здатність підтримувати психічне благополуччя [41, 321].

Біопсихосоціальна модель, запропонована Дж. Енгелем ще наприкінці XX ст.. Вона виходить із припущення, що здоров’я людини (зокрема психічне) визначається комплексною взаємодією біологічних (генетичних,

нейрофізіологічних), психологічних (когнітивних, емоційних, мотиваційних) і соціальних (сімейних, культурних, екологічних) факторів. Спосіб життя в цій моделі розглядається як динамічна система, що інтегрує вплив усіх трьох складових і безпосередньо впливає на рівень психічного благополуччя [33, 22].

Одна з найпоширеніших моделей у сфері психології здоров'я, що пояснює, чому люди дотримуються або не дотримуються здорового способу життя, модель здорової поведінки була розроблена в 1950-х роках Університетом гігієни США . Основними авторами розробки моделі були Ірвін М. Розенсток, Годфрі М. Хочбаум, С. Стівен Кегельс та Говард Левенталь. Вона передбачає, що поведінкові рішення базуються на когнітивних оцінках індивіда: сприйнятті ризиків, очікуваних вигод, бар'єрів та власної самоефективності. У контексті психічного здоров'я ця модель демонструє, що усвідомлене формування харчових звичок, режиму сну чи фізичної активності прямо залежить від рівня психологічної обізнаності та мотиваційних установок особистості [2, 281].

Модель медицини способу життя, визначає спосіб життя як ключовий інструмент профілактики і лікування як фізичних, так і психічних розладів. Згідно з цією моделлю, шість основних поведінкових доменів (харчування, фізична активність, сон, управління стресом, соціальні зв'язки та уникання токсичних речовин) є головними модифікованими чинниками, що забезпечують стабільність психоемоційного стану та знижують ризик розвитку депресії, тривожності та емоційного вигорання. В.Бродер, лікар кардіолог говорить про те, що модель медицини способу життя є доповненням до традиційної медицини [5].

Модель психосоціальних детермінант здоров'я. Ця модель, що активно досліджується у працях М. Мармота , акцентує на ролі соціальних факторів – таких як рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних зв'язків, доступ до ресурсів і соціальної справедливості – як базових компонентів способу життя, які визначають психічне здоров'я. Низький рівень соціальної

підтримки та хронічний стрес, спричинений соціально-економічною нестабільністю, розглядаються як ключові фактори ризику для психічного здоров’я. Модель надає великого значення пережитому досвіду людини та визнає її як експерта у власному житті, а також спирається на взаємозв'язок між фізичним та психічним здоров'ям, де погіршення одного часто тягне за собою погіршення іншого [9, 645].

Усі ці моделі підкреслюють, що спосіб життя не є статичним набором звичок, а динамічною системою, що формується внаслідок взаємодії психологічних характеристик особистості з соціальним і культурним середовищем. Саме такий системний підхід дозволяє розглядати спосіб життя як один із провідних предикторів психічного здоров’я особистості.

Виходячи з цього, у сучасній науці дедалі більшої уваги набуває аналіз окремих поведінкових доменів способу життя, що мають доказовий вплив на психоемоційний стан і резилієнтність особистості. До таких базових компонентів належать: здорове харчування, регулярна фізична активність, повноцінний сон і режим відпочинку, соціальна інтеракція та підтримка, ефективне управління стресом і психоемоційні практики. Їхня інтеграція формує цілісну модель здорового способу життя, яка розглядається як ключовий ресурс підтримання психічного благополуччя, профілактики емоційного виснаження та підвищення якості життя [13, 17].

Доведено, що збалансоване споживання макро- та мікронутрієнтів підтримує нормальне функціонування центральної нервової системи та регуляцію нейротрансмітерів. Зокрема, дієти, багаті на омега-3 жирні кислоти, вітаміни групи В, магній, цинк і залізо, асоціюються з нижчим ризиком депресивних та тривожних станів [19, 73].

Середземноморська дієта визначається дослідниками як одна з найбільш збалансованих і здорових моделей харчування, що поєднує антиоксидантний потенціал, гнучкість та профілактичний вплив на хронічні захворювання. Її ефективність пов’язують із високим вмістом овочів, фруктів, зелені, клітковини та корисних жирів, зокрема оливкової олії та

жирної риби. Натомість високий рівень споживання ультраоброблених продуктів пов’язаний із підвищенням ризику емоційного виснаження та когнітивного сповільнення [24, 49].

Харчова поведінка є складним інтегративним утворенням, яке охоплює біологічні потреби, психологічні особливості та соціокультурні впливи. Вона визначає не лише споживання їжі як фізіологічний процес, але й відображає емоційний стан, систему цінностей і спосіб регуляції стресу людини. У сучасних дослідженнях харчова поведінка розглядається як важливий маркер психічного здоров’я та фактор ризику розвитку низки розладів, що поєднують соматичні та психологічні прояви. Так Л. М. Абсалямова розглядає харчову поведінку як психобіологічний феномен, у якому поєднуються фізіологічні потреби, емоційні стани та когнітивні установки особистості. На її думку, порушення харчової поведінки зумовлені не лише біологічними, а й психологічними чинниками, зокрема образом тіла, внутрішньоособистісними конфліктами та адиктивними механізм. У працях дослідниці підкреслюється важливість психокорекції, спрямованої на роботу з тілесним «Я-образом», розвиток навичок саморегуляції та формування здорового ставлення до їжі [7, 216].

Регулярна фізична активність виступає потужним протектором психічного здоров’я, адже вона не лише знижує рівень стресу та тривожності, але й сприяє стабілізації емоційного стану, покращенню настрою та підвищенню когнітивної ефективності. Крім того, фізичні вправи регулюють роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що веде до зниження рівня кортизолу та більш ефективної емоційної саморегуляції. У психологічному вимірі регулярні тренування формують відчуття контролю над власним тілом, зміцнюють самооцінку, розвивають вольові якості та сприяють формуванню адаптивних стратегій подолання життєвих труднощів. Саме тому фізична активність розглядається не лише як профілактичний засіб, але й як важливий компонент комплексних програм підтримки та відновлення психічного здоров’я [11, 215].

Актуальні українські дослідження підтверджують взаємозв'язок регулярної фізичної активності та психічного здоров'я. Зокрема, у роботі Сичова С. та Сиротинської О. показано, що систематичні заняття фізичною активністю сприяють зниженню рівня емоційного виснаження та тривожності серед здобувачів вищої освіти [55]. Дослідження Гулі А. та Почерніної М. виявило, що навіть помірне підвищення рівня фізичної активності у студентів асоціюється з покращенням настрою та емоційної стабільності [60, 123]. У свою чергу М. Василенко та Р. Шиллінг підкреслюють важливу роль регулярного руху у збереженні психічного здоров'я та зниженні проявів стресу серед українців у період повномасштабної війни. Ці результати демонструють, що фізична активність є не лише соматичним, а й психогігієнічним чинником, який підтримує адаптаційні ресурси особистості [62, 129].

Сон є базовим фізіологічним процесом, який забезпечує відновлення психічних і когнітивних ресурсів. М. Вокер у своїй праці «Чому ми спимо» підкреслює, що недостатня тривалість або низька якість сну призводять до порушень регуляції емоцій, зниження когнітивної продуктивності та підвищення рівня тривожності. Хронічна депривація сну порушує функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що спричиняє підвищення рівня кортизолу та підсилює реакції на стресові фактори [14].

Регулярний та достатній сон сприяє консолідації пам'яті, оптимізації процесів прийняття рішень і формуванню адаптивних емоційних реакцій. М.Вокер зазначає, що сон виступає ключовим механізмом психологічної резилієнтності, дозволяючи особистості ефективніше справлятися з психоемоційними навантаженнями та запобігати розвитку тривожних і депресивних станів. Таким чином, підтримка регулярного режиму сну є важливим компонентом управління стресом і зміцнення психічного здоров'я, а порушення сну виступає потенційним фактором ризику для психоемоційної нестійкості [14].

Сон є критичною умовою відновлення психічних ресурсів та підтримки психологічного благополуччя, причому якість сну корелює з емоційною регуляцією, когнітивною функціональністю та психічним здоров'ям. Так дослідження, «Вплив якості сну на труднощі з регуляцією емоцій у підлітків: модель ланцюгової медіації» показало, що погана якість сну у підлітків призводить до більшого денного функціонального порушення, збільшення соціального виключення та зниження самоконтролю, що у свою чергу, пов'язано з труднощами в емоційній регуляції [6, 110].

За даними дослідження О. Губської , серед населення, яке перебуває під дією тривалого стресу, спостерігається вкорочення фаз глибокого сну, фрагментація сну, ранні пробудження, що асоціюються з підвищеним рівнем кортизолу як маркером стресу. Отже, належна тривалість і висока якість сну є ключовими факторами збереження психічного здоров'я та ефективної емоційної регуляції. Порушення сну, особливо в умовах тривалого стресу, підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних станів, а також знижує здатність до адаптивного реагування на психоемоційні навантаження [17, 2].

Соціальна підтримка розглядається ВООЗ, як один із найпотужніших захисних факторів психічного здоров'я [3, 8]. Як зазначають Р. Джей Тернер та Р. Браун у посібнику «Соціальна підтримка та психічне здоров'я», наявність стабільних соціальних зв'язків сприяє зниженню рівня стресу, підвищенню психологічної стійкості та загальному психоемоційному благополуччю [10, 176]. Соціальна підтримка може мати різні форми – емоційну, інструментальну, інформаційну та оцінювальну – і впливає на здатність особистості адаптуватися до стресових ситуацій, запобігати депресивним і тривожним станам, а також знижує ризик розвитку психосоціальної дезадаптації. Взаємодія з близьким оточенням активує ресурси психологічної регуляції, сприяє формуванню позитивного самовідчуття та зміцненню соціальної інтеграції. Тоді як ізоляція або самотність посилюють стрес, підвищують ризик суїцидальної поведінки та зловживання психоактивними речовинами. Таким чином, підтримка

соціальних зв’язків і активна взаємодія з оточенням є критично важливими для профілактики психічних розладів та зміцнення психоемоційної стійкості особистості [15, 49].

Управління стресом визначається як сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових стратегій, спрямованих на зменшення негативного впливу стресових факторів та підтримання психоемоційної рівноваги. У контексті способу життя воно виступає одним із ключових механізмів збереження психічного здоров’я, оскільки дозволяє ефективно адаптуватися до викликів середовища та знижує ризик розвитку деструктивних станів [44, 117].

У класичних дослідженнях Г. Сельє було закладено основи вчення про стрес як загальний адаптаційний синдром [52]. В. Кеннон описав реакцію «бийся або тікай», що пояснила базову фізіологічну відповідь організму на стресові стимули [41, 345]. Подальший розвиток концепції здійснили Р. Лазарус і С. Фолкман , які сформулювали когнітивну теорію стресу та ввели поняття «копінг-стратегій» як форм адаптивного або дезадаптивного подолання стресових ситуацій [47, 192].

У сучасному науковому дискурсі однією з найефективніших стратегій подолання стресу вважається майндфулнес-медитація. Вона розглядається як інструмент розвитку психологічної гнучкості, що допомагає людині краще справлятися з емоційними викликами та формувати адаптивні стратегії реагування. Американський професор медицини Дж. Кабат-Зінн у 1970-х роках запровадив майндфулнес у західну медицину, створивши програму «Зниження стресу на основі усвідомленості». Він адаптував буддистські медитативні практики для зменшення стресу та зробив їх доступними для клінічного використання. Дж. Кабат-Зінн визначав майндфулнес як «безоціночну усвідомленість», що виникає від зосередження уваги на теперішньому моменті. Практика довела свою ефективність у зниженні рівня стресу, покращенні емоційного і фізичного здоров’я, зменшенні больових відчуттів та зміцненні імунної системи [34, 177].

Дихальні техніки та прогресивна м’язова релаксація Е. Джейкобсона демонструють позитивний вплив на зменшення тривожності та соматичних симптомів стресу, вони допомагають досягти стану розслаблення розуму та тіла через послідовне напруження та розслаблення м'язів, а також за допомогою технік глибокого дихання. Ці техніки сприяють зниженню рівня стресу, нормалізації серцевого ритму, кров'яного тиску та допомагають навчитися розпізнавати перші ознаки напруги [38, 123].

Вітчизняні науковці також активно досліджують проблему стресу та його подолання. Зокрема, Н. Пов’якель аналізує психологічні механізми саморегуляції у стресових умовах [48, 72]; В. Татенко розробляє підходи до інтеграції особистісних ресурсів у подоланні психологічних криз [57, 174]; Т. Циганчук вивчає питання професійного вигорання та копінг-стратегій у стресогенних середовищах [63, 91]. У роботах Л. Наугольник акцентується увага на психопрофілактиці та психокорекції стресових станів серед молоді та студентів [38, 94].

Сучасний підхід до управління стресом спирається на багаторівневу інтеграцію: від класичних концепцій (Г. Сельє, В. Кеннон, Р. Лазарус, С. Фолкман) до сучасних практик. Практики майндфулнесу, когнітивно-поведінкові стратегії, дихальні та тілесно-орієнтовані техніки, а також розвиток навичок емоційної саморегуляції становлять основу сучасних програм психогігієни та підтримки психічного здоров’я, що знаходить підтвердження і в українському науковому дискурсі [52].

Таким чином, спосіб життя виступає визначальним чинником збереження психічного здоров’я особистості, оскільки інтегрує фізіологічні, психологічні та соціальні складові добробуту. Цілісний підхід, що охоплює харчування, фізичну активність, сон, соціальну підтримку та стратегії подолання стресу, забезпечує формування внутрішньої рівноваги та стійкості до викликів сучасності. Наукові дослідження підтверджують, що саме багатофакторна взаємодія цих компонентів створює оптимальні умови для підтримання ментального благополуччя. Отже, роль способу життя виявляється не лише у профілактиці психічних порушень, але й у підвищенні рівня суб’єктивного благополуччя та гармонійному розвитку особистості.

РОЗДІЛ 2
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ЧИННИКА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

2.1 Поняття та види харчової поведінки особистості

Харчування є однією з базових фізіологічних потреб людини, що забезпечує підтримку життєдіяльності та виживання організму. З розвитком цивілізації доступність продуктів харчування значно зросла, а їхнє різноманіття стало вражати масштабами та формами. У зв'язку з цим у науковому середовищі з'явився інтерес до вивчення закономірностей харчової поведінки людини – причин, механізмів та наслідків процесу споживання їжі.

У межах нашого дослідження було проаналізовано кілька дефініцій поняття «харчова поведінка». Харчова поведінка визначається як багатовимірний феномен, що охоплює вибір продуктів харчування, мотиваційні чинники, особливості харчових практик, дотримання дієт, а також проблематику, пов'язану з харчуванням, включаючи ожиріння, розлади харчової поведінки [43].

Це складна система, що формується під впливом фізіологічних, психологічних, соціальних і генетичних детермінант, які визначають частоту та обсяг прийому їжі, харчові вподобання й особливості вибору продуктів [46, 210].

Таким чином, поняття харчової поведінки охоплює всі аспекти, пов'язані з вибором, споживанням та оцінкою їжі, виходячи за межі задоволення виключно фізіологічних потреб. Воно включає також психологічні, соціальні та культурні фактори, що значною мірою визначають характер харчування індивіда.

Вивченню харчової поведінки, її розладів та порушень присвятили свої роботи багато дослідників, зокрема Х. Долл, Дж. Терренс Уілсон, К. Пайк, С. Дж. Фрайберн, П. Норман, Б. Девіс. Але, незважаючи на те, що накопичено багатий досвід із вивчення харчової поведінки, ця проблема ще не достатньо вивчена [5]. Саме тому у науковому середовищі постала потреба вивчати види та типологізацію харчової поведінки (Додаток А), що дозволяє глибше зрозуміти механізми вибору їжі та їх вплив на здоров'я людини.

Біомедичний підхід до вивчення та типологізації харчової поведінки ґрунтується на аналізі фізіологічних механізмів регуляції споживання їжі та функціонального стану організму. У межах цього підходу харчова поведінка розглядається передусім як біологічно зумовлений процес, спрямований на підтримання гомеостазу, забезпечення організму необхідними нутрієнтами та енергією для нормального функціонування [11, 217].

Центральне місце займає розмежування нормативної та дисфункціональної харчової поведінки.

Нормативна харчова поведінка характеризується адекватним відгуком на фізіологічні сигнали голоду й насичення, збалансованим вибором продуктів харчування та підтриманням оптимальної маси тіла. Така поведінка відповідає біологічним потребам організму та сприяє збереженню фізичного і психічного здоров'я.

Дисфункціональна харчова поведінка визначається як відхилення від фізіологічних норм споживання їжі, що призводить до порушення обміну речовин, енергетичного балансу та соматичного стану. «Довідник з діагностики та систематики психічних розладів» Американської психіатричної асоціації (DSM-V) передбачає такі види порушень харчової поведінки: нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання та інші, які супроводжуються стійкими відхиленнями у сприйнятті сигналів голоду та насичення, зміненим ставленням до їжі та тіла [12, 9].

Біомедичний підхід робить акцент на нейрогуморальних механізмах регуляції апетиту, ролі гормонів (лептину, греліну, інсуліну тощо), генетичних чинниках, а також на соматичних наслідках порушеної харчової поведінки. Важливу роль у цьому контексті відіграє діяльність гіпоталамусу як ключової структури, що координує енергетичний баланс і формує відповідні харчові реакції [23, 29].

Розуміння цих фізіологічних механізмів є необхідним для глибшого аналізу базових процесів, які лежать в основі харчової поведінки людини. Адже їжа виконує не лише життєзабезпечувальну функцію, але й впливає на емоційний стан, задоволення та поведінкові реакції. Саме тому в межах фізіологічного виміру харчової поведінки особливу увагу приділяють таким фундаментальним категоріям, як голод, насичення та апетит, які виступають центральними механізмами регуляції споживання їжі [26, 153].

Голод – сукупність неприємних переживань, які полягають у відчутті порожнечі й спазмів у шлунку та в інстинктивному відчутті необхідності поїсти. Зовнішнім об’єктивним проявом голоду є харчова поведінка, що виражається в пошуку й прийманні їжі; вона спрямована на усунення причин, що викликали стан голоду [32, 425].

Акт приймання їжі, активація при цьому секреції й моторики травного тракту мають сигнальне значення й впливають на харчовий центр, викликаючи так зване первинне або сенсорне насичення. Ці впливи мають значення в короткочасних змінах стану харчового центру, а тривалі зміни залежать від стану метаболізму. Відновлення його після всмоктування в кров і депонування харчових речовин забезпечує вторинне, обмінне або дійсне насичення.

Під поняттям «насичення» розуміється не тільки зняття почуття голоду, але й відчуття задоволення, повноти в шлунку після приймання їжі. Поступово це відчуття вгасає. У насиченні істотну роль відіграють психологічні фактори, наприклад, звичка їсти мало або багато, у певний час і т.д. [39, 207].

Голод є фізіологічним регулятором кількості споживаної їжі. Необхідно відрізняти голод як фізіологічний стан від психологічного акту сприйняття й усвідомлення голоду. Психологічне сприйняття та усвідомлення голоду розкриває поняття «апетит». Апетит виступає у формі свідомого переживання задоволення від майбутньої їжі, позитивним характером емоцій, пов'язаних із прийманням їжі. Апетит не залежить від збереження енергетичної рівноваги, він може підсилюватися або слабшати під впливом різних умовних подразників, хоча може бути і компонентом голоду. Апетит виробляється індивідуально й пов'язаний зі специфікою обміну речовин і дефіцитом тих або інших компонентів їжі; залежить від індивідуальних і групових звичок, особливості національної кухні й продуктів, яким віддається перевага. Вибірковий апетит – це потяг людини до певного роду їжі, частіше того, який містить відсутні в організмі речовини [41, 432].

З позиції біомедичного підходу, типологізація харчової поведінки виконує не лише діагностичну, але й превентивну функцію, оскільки дозволяє ідентифікувати ризики розвитку метаболічних порушень, ожиріння чи психосоматичних станів. Водночас цей підхід закладає основу для розробки інтервенцій, спрямованих на нормалізацію харчових патернів через корекцію фізіологічних механізмів, що регулюють апетит і споживання їжі [54, 167].

Таким чином, біомедичний підхід забезпечує фундамент для розуміння харчової поведінки як базового біологічного процесу, що є необхідною умовою життєдіяльності, а його відхилення розглядаються як об'єктивні показники порушення фізіологічного та психічного здоров'я.

Психологічний підхід до вивчення харчової поведінки ґрунтується на розумінні її як багатовимірного феномену, що виходить за межі лише фізіологічних потреб організму. У цьому контексті харчування розглядається не лише як засіб підтримання гомеостазу, а як складний механізм емоційної регуляції, копінг-стратегія у стресових ситуаціях та форма задоволення

психологічних потреб. Цей підхід акцентує увагу на когнітивних, афективних та поведінкових детермінантах харчових звичок, а також на ролі індивідуального досвіду, особистісних рис і соціокультурних чинників [56, 39].

Серед найпоширеніших типів харчової поведінки, які виокремлюють у межах психологічного підходу, виділяють такі: емоційне харчування, форма поведінки, за якої прийом їжі виконує функцію емоційного заспокоєння або компенсації. Їжа використовується як спосіб зниження напруги, подолання тривоги чи смутку, що призводить до формування стійкого зв'язку між емоційним станом та харчовою реакцією. Така поведінка часто не пов'язана з фізіологічним голодом і може сприяти розвитку переїдання та порушення енергетичного балансу [57, 176].

Залежна (адиктивна) харчова поведінка характеризується компульсивним споживанням певних продуктів, що викликають відчуття задоволення, та зниженням контролю над кількістю та частотою прийомів їжі. Вона має спільні механізми з іншими видами поведінкових залежностей і пов'язана з порушенням дофамінергічної системи винагороди, що зумовлює потребу в постійному «харчовому підкріпленні».

Усвідомлене харчування – це тип поведінки, що базується на уважному ставленні до власних тілесних сигналів (голоду, насичення), відчуттів смаку та запаху їжі, а також на усвідомленні психологічних мотивів споживання. Такий підхід сприяє відновленню гармонійного зв'язку між тілом і свідомістю, зменшенню епізодів переїдання та підвищенню якості життя [48, 69].

Екстернальна харчова поведінка визначається підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів їжі, таких як її вигляд, запах, наявність у навколишньому середовищі або соціальні фактори. У таких випадках рішення про прийом їжі приймається не на основі внутрішніх фізіологічних сигналів, а під впливом зовнішніх тригерів. Це може призводити до систематичного переїдання навіть за відсутності фізичного голоду [49].

Обмежувальна харчова поведінка полягає у свідомому та систематичному контролі кількості споживаної їжі, часто з метою зниження маси тіла або підтримання певного естетичного ідеалу. Незважаючи на потенційно позитивний мотив, надмірні обмеження можуть спричиняти порушення метаболічного балансу, зниження рівня ситості та підвищення ризику компенсаторного переїдання. Така поведінка часто супроводжується когнітивним дисонансом і почуттям провини при «порушенні правил» харчування [51, 162].

Таким чином, психологічний підхід дозволяє розглядати харчову поведінку як динамічну систему, що формується під впливом емоційних станів, когнітивних оцінок та соціальних контекстів. Розуміння цих типів поведінки є важливим для розробки ефективних психокорекційних стратегій, спрямованих на формування здорових харчових звичок та профілактику порушень харчової поведінки.

Соціокультурний підхід розглядає харчову поведінку не лише як індивідуальну реакцію на фізіологічні потреби чи психологічні стани, а як складний соціально обумовлений феномен, що формується під впливом культурних традицій, суспільних норм, економічних умов та процесів соціалізації. У межах цього підходу харчування трактується як форма соціальної практики, яка відображає цінності, ідентичність, статус і належність до певної соціальної групи. Харчові звички, моделі споживання та ставлення до їжі виступають засобами комунікації, символічного самовираження та інтеграції в соціальне середовище. Важливою тезою соціокультурного підходу є твердження про те, що харчова поведінка значною мірою формується в процесі соціального навчання – через сім’ю, систему освіти, медіа та ширший культурний контекст. Саме соціальне середовище задає норми того, «що», «як» і «коли» їсти, а також визначає оцінні категорії на кшталт «здорового», «модного» чи «престижного» харчування [45, 67].

У межах цього підходу дослідники виділяють кілька типів харчової поведінки: традиційна харчова поведінка, ґрунтується на культурно закріплених практиках приготування та споживання їжі, що передаються між поколіннями. Вона тісно пов'язана з етнічною ідентичністю, ритуалами та національними звичаями, забезпечуючи відчуття приналежності до певної культурної спільноти. Традиційні моделі харчування, як правило, орієнтовані на сезонність, локальні продукти та соціальні взаємодії в процесі споживання їжі [39, 207].

Модернізована харчова поведінка відображає вплив глобалізаційних процесів, урбанізації та зміни темпу життя. Її характерними рисами є спрощення харчових практик, переважання швидких і зручних продуктів (fast food), зменшення часу на приготування їжі та зміщення акценту з ритуальної на функціональну роль харчування. Така поведінка часто зумовлюється ринковими механізмами, рекламою та соціальними трендами [49].

Дієтична харчова поведінка формується під впливом соціальних норм, медіа-дискурсу та ідеалів тіла, що домінують у суспільстві. Вона передбачає свідомий вибір певних харчових стратегій (наприклад, вегетаріанство, веганство, кето- або безглютенові дієти) як спосіб самовираження, підтримання здоров'я або відповідності соціальним очікуванням. Така поведінка може виконувати як індивідуально-регулятивну, так і ідентифікаційну функцію, демонструючи цінності та світогляд людини.

Соціокультурний підхід підкреслює, що харчова поведінка є результатом не лише особистісних рішень, а й колективних уявлень про їжу, тілесність і здоров'я. Вона постає як форма соціальної адаптації, що відображає взаємодію індивіда із культурним середовищем, системою цінностей та суспільними очікуваннями. Розуміння цих аспектів є необхідним для розробки ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на зміну харчових звичок, оскільки будь-яка стратегія впливу має враховувати соціальний контекст, у якому формується і реалізується поведінка [44, 111].

Сучасні дослідження харчової поведінки дедалі частіше виходять за межі окремих теоретичних підходів (біомедичного, психологічного чи соціокультурного) і пропонують інтегративні концепції, що враховують взаємодію біологічних, психологічних, соціальних і культурних чинників. Такі комплексні моделі розглядають харчову поведінку як багатовимірний феномен, у якому поєднуються фізіологічні потреби організму, когнітивні процеси, емоційні стани, особистісні установки та соціальні контексти [40, 417].

Однією з ключових ідей цих моделей є класифікація харчової поведінки за рівнем її усвідомленості, адаптивності та відповідності потребам організму, запропоновано виділяти два полярні типи: раціональну та нераціональну харчову поведінку.

Раціональна харчова поведінка передбачає свідомий, обґрунтований вибір продуктів з урахуванням фізіологічних потреб організму, принципів здорового харчування та науково підтверджених рекомендацій. Такий тип поведінки передбачає здатність розпізнавати сигнали голоду й насичення, критично оцінювати вплив харчових звичок на здоров’я та підтримувати енергетичний баланс. Раціональне харчування має не лише фізіологічний вимір, а й когнітивний, оскільки пов’язане з рівнем харчової обізнаності та сформованістю навичок саморегуляції [37, 127].

Нераціональна харчова поведінка, навпаки, характеризується імпульсивністю, хаотичністю та низьким рівнем усвідомленості. Вона може проявлятися у вигляді емоційного або реактивного переїдання, залежності від певних продуктів, переваги смакових уподобань над потребами організму чи невміння регулювати кількість спожитої їжі. Такі патерни часто є наслідком дисфункціональних копінг-стратегій, дефіциту знань або високого рівня стресу. Нераціональні форми харчування можуть бути адаптивними у короткостроковій перспективі (наприклад, як спосіб регуляції емоцій), але в довгостроковій – асоціюються з підвищеним ризиком розвитку порушень харчової поведінки [34, 177].

Ці два типи не існують як взаємовиключні категорії, а радше утворюють континуум, на якому розташовані різні форми харчової поведінки Одна й та сама людина може демонструвати як раціональні, так і нераціональні патерни залежно від життєвої ситуації, емоційного стану чи соціального контексту. Такий підхід дає змогу розглядати харчову поведінку як динамічну систему, що змінюється під впливом широкого спектра біопсихосоціальних факторів [48, 69].

Харчова поведінка є багатовимірним феноменом, що включає фізіологічні, психологічні, соціальні та культурні аспекти споживання їжі. Вона формується під впливом біологічних механізмів голоду, насичення та апетиту, а також когнітивних, емоційних і соціокультурних факторів. Серед видів харчової поведінки виділяють раціональну, що передбачає усвідомлений та збалансований вибір продуктів, та нераціональну, пов’язану з імпульсивністю, емоційним переїданням чи залежністю від певних продуктів. Психологічні та соціокультурні підходи дозволяють враховувати роль емоцій, особистісних рис, соціальних норм і культурних традицій у формуванні харчових звичок. Таким чином, типологізація харчової поведінки дає змогу глибше розуміти механізми вибору їжі та розробляти стратегії профілактики порушень, що впливають на здоров’я людини.

Отже, харчова поведінка є складним багатовимірним феноменом, що поєднує біологічні, психологічні та соціокультурні чинники, які визначають ставлення людини до їжі, її звички та способи регуляції споживання. Вона охоплює не лише фізіологічні потреби, а й емоційні та когнітивні аспекти, відображаючи вплив індивідуального досвіду, соціальних норм і культурних традицій.

У межах наукових підходів – біомедичного, психологічного й соціокультурного – розкриваються різні механізми формування харчової поведінки, від регуляції апетиту до впливу медіа та ціннісних орієнтацій. Важливою є диференціація між раціональними та дисфункціональними її формами, адже порушення балансу між фізіологічними, емоційними та соціальними чинниками призводить до неадаптивних моделей харчування.

2.2 Психологічні передумови та фактори розвитку харчової поведінки

Харчова поведінка людини є багатовимірним феноменом, що виходить за межі суто біологічних або фізіологічних процесів і включає складну взаємодію когнітивних, емоційних, мотиваційних і соціально-психологічних компонентів. Сучасні дослідження підкреслюють, що формування харчової поведінки зумовлене не лише потребами організму в енергії та поживних речовинах, а й індивідуально-психологічними особливостями особистості, її досвідом та емоційними реакціями.

Психологічні передумови харчової поведінки закладаються ще в ранньому дитинстві й тісно пов’язані з особливостями сімейного виховання, ставленням батьків до їжі та їхніми харчовими установками. Саме в сімейному контексті дитина засвоює базові моделі харчування: чи пов’язується прийом їжі з почуттям безпеки, любові й турботи, чи навпаки – з контролем, покаранням або винагородою. Наприклад, практика «заохочення солодощами» або примусу «доїдати до кінця» може надалі призвести до формування неусвідомлених харчових патернів і втрати здатності розпізнавати власні сигнали голоду та насичення [50].

Культурні й соціальні установки також виступають важливим джерелом психологічних передумов харчової поведінки. Через процес соціалізації індивід засвоює уявлення про «правильну» їжу, ідеали тіла, цінність контролю або задоволення, що впливають на подальші стратегії харчування. Наприклад, суспільні очікування щодо «ідеальної фігури» можуть зумовити схильність до обмежувальної поведінки або надмірного контролю за їжею, тоді як у культурах, де їжа асоціюється з турботою та спільністю, формуються більш гнучкі та адаптивні харчові патерни [55].

Значущу роль у становленні та динаміці харчової поведінки відіграє емоційна сфера особистості, яка виступає ключовим регулятором поведінкових реакцій і фізіологічних потреб. Їжа у цьому контексті набуває

не лише біологічної, а й психологічної функції, виконуючи роль інструменту емоційної саморегуляції, засобу зниження рівня стресу, подолання внутрішньої напруги, нудьги чи компенсації афективного дефіциту. Емоційно зумовлене споживання їжі може розглядатися як форма копінг-стратегії, спрямованої на підтримання внутрішньої рівноваги, однак у разі хронічного стресу або низького рівня емоційної компетентності воно часто набуває дезадаптивного характеру [60, 121].

Реакції на стресові стимули є гетерогенними й можуть мати протилежні прояви: у частини індивідів спостерігається гіперфагічна відповідь, що виражається у підвищенні апетиту та тенденції до емоційного переїдання, тоді як в інших формується гіпофагічна модель, яка характеризується зниженням потягу до їжі, обмеженням калорійного надходження та, як наслідок, порушенням енергетичного балансу й метаболічних процесів. Такі реакції є результатом складної взаємодії між нейроендокринними механізмами стресу, когнітивними інтерпретаціями емоційних станів та індивідуальними особливостями емоційної регуляції, що підкреслює центральну роль афективних процесів у формуванні та підтриманні харчових патернів [62, 129].

Вагомий вплив на формування та динаміку харчової поведінки справляють індивідуально-психологічні характеристики особистості, серед яких особливе значення мають рівень імпульсивності, розвиток самоконтролю, емоційна стабільність і стресостійкість. Ці риси визначають здатність індивіда регулювати власні потреби, відтерміновувати задоволення та приймати зважені рішення щодо харчових практик. Дослідження свідчать, що низький рівень саморегуляції, схильність до імпульсивних реакцій і домінування короткочасних мотиваційних імпульсів істотно підвищують ймовірність розвитку компульсивного або екстернального типів харчової поведінки, які характеризуються втратою контролю над обсягом споживаної їжі та підвищеною чутливістю до зовнішніх харчових стимулів. У таких випадках їжа починає виконувати компенсаторну або афективну функцію, що посилює ризик формування дезадаптивних патернів [56, 33].

Натомість високий рівень усвідомленості, здатність до емоційного самоконтролю та сформовані навички регуляції поведінки асоціюються з більш гармонійними й адаптивними моделями харчування. Такі індивіди демонструють схильність до рефлексивного прийняття рішень, гнучкішого реагування на внутрішні та зовнішні стимули, а також вищий рівень стійкості до стресових чинників, що знижує ймовірність використання їжі як засобу емоційної компенсації [58, 63]. Отже, індивідуально-психологічні риси не лише модулюють характер харчових стратегій, але й визначають загальну структуру взаємодії між емоційною сферою, когнітивними процесами та поведінковими реакціями особистості.

Психологічні чинники відіграють ключову роль у формуванні та підтриманні харчової поведінки, визначаючи не лише вибір продуктів та обсяг споживання їжі, але й загальну спрямованість харчових патернів. Вони опосередковують взаємодію між біологічними потребами, соціальними впливами та особистісними особливостями, формуючи унікальну індивідуальну структуру харчової поведінки. Серед найбільш значущих психологічних детермінант виокремлюють емоційну регуляцію, самооцінку та образ тіла, рівень самоконтролю й імпульсивності, а також мотиваційні установки [66, 741].

Один із базових психологічних механізмів, що впливає на харчову поведінку, – це здатність особистості до регуляції емоційних станів. У багатьох випадках їжа виступає не лише засобом задоволення фізіологічних потреб, а й способом подолання негативних емоцій або стресових переживань. Така форма копінгу (емоційного подолання) лежить в основі феномену емоційного переїдання, коли індивід вживає їжу не через голод, а як реакцію на тривогу, смуток, нудьгу або самотність. Хоча подібна стратегія може забезпечити тимчасове полегшення, вона не усуває першопричини стресу й сприяє формуванню дисфункціональних харчових патернів. Дослідження свідчать, що високий рівень емоційної дисрегуляції підвищує ризик розвитку переїдання, компульсивного вживання їжі та ожиріння.

Важливими психологічними детермінантами, що визначають характер харчової поведінки особистості, є рівень самооцінки та уявлення про власне тіло, тобто тілесний «Я-образ». Самооцінка виступає базовим компонентом структури особистості, який опосередковує сприйняття себе, визначає рівень прийняття власного тіла та впливає на емоційне реагування на соціальні норми зовнішності. Негативний образ тіла, сформований під впливом як внутрішніх когнітивних установок, так і зовнішніх соціокультурних чинників, часто призводить до хронічної незадоволеності власною зовнішністю, що, у свою чергу, стає пусковим механізмом для формування обмежувальної або дієтичної харчової поведінки. Остання нерідко набуває крайніх форм і трансформується у клінічні розлади, зокрема нервову анорексію або булімію, які характеризуються патологічним прагненням до контролю маси тіла та викривленим сприйняттям власного фізичного образу [68, 82].

Навпаки, адекватна самооцінка та прийняття власного тіла, які базуються на реалістичному сприйнятті фізичних характеристик і позитивному ставленні до власної тілесності, асоціюються з більш стабільними та здоровими харчовими стратегіями. Такі стратегії характеризуються збалансованістю, гнучкістю та меншим ризиком емоційного або компульсивного переїдання. Дослідження показують, що високий рівень самоприйняття знижує вразливість до зовнішнього тиску соціальних стандартів краси та сприяє формуванню внутрішньої автономії у прийнятті харчових рішень [55].

Зв’язок між образом тіла та харчовою поведінкою має виразне соціокультурне підґрунтя. Сучасні медіа, реклама, мода та культурні уявлення про «ідеальне тіло» створюють потужний нормативний тиск, який сприяє інтеріоризації нереалістичних стандартів зовнішності. Це формує внутрішні очікування та когнітивні схеми оцінювання себе через призму зовнішніх критеріїв, що, в свою чергу, підвищує ризик розвитку нездорових харчових практик. У противагу цьому, підходи, орієнтовані на тілесну

позитивність, усвідомлене ставлення до власного тіла та розвиток самоприйняття, демонструють значний профілактичний потенціал у сфері збереження психоемоційного благополуччя та гармонійної харчової поведінки [40, 418].

Рівень саморегуляції та здатність контролювати імпульси визначають ступінь усвідомленості харчових рішень. Високий рівень самоконтролю дозволяє людині дотримуватися збалансованого режиму харчування, уникати імпульсивних перекусів і краще розпізнавати сигнали голоду та насичення. Натомість імпульсивність часто асоціюється з переїданням, екстернальною поведінкою (реакцією на зовнішні стимули, такі як запах чи вигляд їжі) та схильністю до харчової залежності [4]. Таким чином, розвиток навичок саморегуляції розглядається як один із ключових напрямів психологічної корекції дисфункціональної харчової поведінки.

Мотивація виступає важливим психологічним механізмом, який спрямовує харчову поведінку та визначає її якісні характеристики. Залежно від домінуючих мотиваційних установок можна виокремити різні стилі харчування. Орієнтація на здоров’я стимулює формування раціональної поведінки, що базується на знаннях про харчову цінність продуктів і принципи збалансованого раціону. Якщо домінує мотивація зовнішності, харчування може ставати інструментом досягнення певного ідеалу тіла, що підвищує ризик обмежувальної поведінки. У випадках, коли основною метою є отримання задоволення, харчування набуває гедоністичного характеру, що часто поєднується з емоційними та імпульсивними аспектами [7, 236].

Таким чином, психологічні фактори розвитку харчової поведінки формують складну систему взаємопов’язаних впливів, яка зумовлює індивідуальні відмінності у способах харчування, схильності до порушень та здатності підтримувати здорові харчові стратегії. Їх розуміння є важливим підґрунтям для психологічної діагностики та побудови ефективних інтервенцій у сфері харчової поведінки.

Когнітивні чинники становлять одну з ключових детермінант формування харчової поведінки, оскільки саме через систему уявлень, переконань, інтерпретацій та знань індивід осмислює власні фізіологічні потреби, оцінює їхню значущість та приймає рішення щодо вибору харчових продуктів і регуляції харчових стратегій. Вони не лише забезпечують когнітивне опосередкування процесів харчування, а й визначають індивідуальні особливості ставлення до їжі, структуру мотиваційної сфери та способи задоволення базових потреб. У межах когнітивного підходу харчова поведінка розглядається як результат взаємодії знань, очікувань і смислів, які людина приписує їжі, та інтерпретацій власного досвіду, що формують її ставлення до харчування і визначають схильність до адаптивних або дисфункціональних моделей поведінки [10, 171].

Харчові переконання являють собою відносно стійкі когнітивні структури, які інтегрують особистісний досвід, соціокультурні впливи та інформаційні наративи, формуючи основу для оцінки їжі та прийняття поведінкових рішень. Вони можуть мати як раціональну природу, базуючись на науково обґрунтованих знаннях про фізіологічні потреби організму та принципи здорового харчування, так і ірраціональну, коли ґрунтуються на суб’єктивних переконаннях, культурних стереотипах чи популярних, але науково не підтверджених дієтичних концепціях. Саме ці когнітивні установки часто виступають внутрішніми регуляторами харчової поведінки, зумовлюючи вибір тих чи інших продуктів, частоту прийомів їжі та загальну структуру раціону. Вони здатні підтримувати здорові харчові практики, якщо відповідають реальним потребам організму, або, навпаки, сприяти формуванню неадаптивних стратегій, коли мають викривлений чи спотворений зміст [15, 47].

Важливим аспектом когнітивної регуляції харчової поведінки є когнітивні спотворення, що становлять систематичні помилки мислення та оцінки, які деформують сприйняття їжі, власного тіла та процесу харчування загалом. До найпоширеніших когнітивних викривлень належать

поляризоване мислення, яке зводить харчові продукти до категорій «дозволених» і «заборонених», гіперконтроль, що проявляється у нав’язливому прагненні обмежувати прийом їжі, надмірне узагальнення, коли одиничні епізоди порушення дієти інтерпретуються як повний провал, а також віра у поширені дієтичні міфи. Такі когнітивні конструкції нерідко поєднуються з підвищеною тривожністю щодо ваги та зовнішнього вигляду, що призводить до жорстких обмежувальних стратегій, порушення природних харчових ритуалів і виникнення почуття провини після прийому їжі [19, 74].

Крім того, когнітивні спотворення здатні модулювати емоційне ставлення до харчування, посилюючи реакції на стрес чи негативні переживання і сприяючи формуванню патологічного кола «переїдання – самозвинувачення – подальші обмеження». У результаті харчова поведінка втрачає гнучкість і адаптивність, набуваючи рис жорстко детермінованої системи, яка підтримується не фізіологічними потребами, а когнітивними схемами та упередженнями. Саме тому вивчення когнітивних чинників має ключове значення для розуміння механізмів розвитку як здорових, так і патологічних моделей харчування та створює основу для побудови ефективних психокорекційних стратегій.

Рівень поінформованості про основні принципи харчування є ключовим когнітивним чинником, що визначає характер харчової поведінки. Інформаційна грамотність у сфері нутриціології, яка охоплює знання про роль макро- й мікронутрієнтів, енергетичний баланс і наслідки дефіциту чи надлишку поживних речовин, формує основу для свідомого вибору продуктів і побудови збалансованого раціону [13, 18].

Недостатня обізнаність часто пов’язана з хаотичними харчовими стратегіями, імпульсивним споживанням їжі або довірою до популярних, але науково необґрунтованих дієтичних порад, що підвищує ризик формування дисфункціональних моделей харчування. Натомість високий рівень знань сприяє розвитку критичного мислення щодо харчових міфів, підвищує автономію у прийнятті рішень та зменшує ймовірність неадаптивних

патернів. Таким чином, інформаційна компетентність є не лише когнітивним чинником, а й важливим інструментом профілактики порушень харчової поведінки, створюючи підґрунтя для формування здорових і стабільних харчових практик [28, 47].

Таким чином, когнітивні фактори виступають не лише внутрішнім когнітивним фільтром, через який людина сприймає їжу та приймає рішення щодо харчування, але й потужним предиктором розвитку як адаптивних, так і патологічних харчових стратегій. Вони визначають, наскільки людина здатна критично оцінювати власні харчові звички, опиратися впливу дієтичних міфів і вибудовувати харчову поведінку відповідно до реальних потреб організму.

Соціально-психологічні фактори відіграють визначальну роль у формуванні харчових звичок, оскільки саме соціальне середовище створює контекст, у якому людина засвоює моделі харчування, формує ставлення до їжі та тіла. Починаючи з раннього дитинства, сім’я виступає базовим агентом соціалізації харчової поведінки. Саме в родині закладаються первинні уявлення про те, що, коли і скільки потрібно їсти, які емоції супроводжують прийом їжі, та як їжа пов’язана з турботою чи покаранням. Наприклад, якщо дитину часто заохочують солодощами за гарну поведінку або змушують доїдати все з тарілки, це може сформувати схильність до емоційного переїдання чи втрати здатності орієнтуватися на власні сигнали голоду і насичення [31, 215].

У підлітковому та дорослому віці значний вплив на харчову поведінку справляють соціальні норми, цінності та тренди, поширювані через медіа, рекламу та соціальні мережі. Візуальні образи «ідеального тіла», популяризація дієт чи певних харчових патернів можуть викликати незадоволення власною зовнішністю та стимулювати обмежувальну поведінку або, навпаки, переїдання на тлі заниженої самооцінки . Соціальні мережі також впливають на уявлення про «нормальне» харчування, створюючи ілюзію, що певні стилі життя чи дієти є універсальним стандартом [34, 177].

Важливим є й вплив групових норм. Людина часто підлаштовує власні харчові звички під правила, прийняті в її соціальному колі. Наприклад, серед студентів поширеним є споживання фастфуду як елемент соціальної взаємодії та приналежності до групи, що може сприяти формуванню нераціональних моделей харчування . Аналогічно, у робочому колективі культура перекусів або традиція спільних обідів може формувати певні патерни харчової поведінки незалежно від індивідуальних потреб організму [37, 127].

Таким чином, соціально-психологічні чинники формують потужний контекст, у якому розгортається харчова поведінка людини, впливаючи не лише на її конкретні харчові вибори, але й на ставлення до їжі, тіла та здоров'я загалом. Їхнє значення особливо зростає у сучасному медіасередовищі, де харчування стає не лише фізіологічною потребою, а й соціальним маркером, інструментом самовираження та засобом інтеграції в групу.

2.3 Взаємозв'язок харчових звичок із психоемоційним здоров'ям особистості

Харчові звички є складовою поведінкових патернів людини, що відображають усталені способи вибору продуктів, режиму прийому їжі, розміру порцій, а також ставлення до процесу харчування загалом. Вони формуються під впливом біологічних потреб, соціокультурних норм, сімейних традицій і особистісних установок, стаючи відносно стабільними характеристиками стилю життя. Саме через систему харчових звичок організм отримує необхідні нутрієнти – поживні речовини, серед яких розрізняють макронутрієнти (білки, жири, вуглеводи) та мікронутрієнти (вітаміни, мінерали, мікроелементи) (Табл. 2.1.). Їхня роль не обмежується енергетичним забезпеченням чи пластичними функціями: нутрієнти беруть активну участь у регуляції роботи центральної нервової системи, метаболізмі нейромедіаторів та підтримці психоемоційного гомеостазу [39, 207].

Психоемоційний стан людини значною мірою визначається балансом нейромедіаторів – біохімічних сполук, що забезпечують передачу нервових імпульсів і впливають на настрій, мотивацію, рівень тривожності та здатність до стресостійкості. Серед ключових нейромедіаторів виокремлюють серотонін, дофамін, γ-аміномасляну кислоту (ГАМК), норадреналін тощо. Їхній синтез і функціонування тісно пов'язані з наявністю певних нутрієнтів: наприклад, синтез серотоніну залежить від амінокислоти триптофану, для утворення дофаміну необхідні тирозин, вітамін B6 і залізо, а для активності ГАМК – глутамат та вітаміни групи B. Таким чином, якісний і кількісний склад раціону безпосередньо впливає на нейробіохімічні процеси мозку, що визначають емоційний фон і психологічне благополуччя особистості [36].

У цьому контексті харчові звички виступають не лише поведінковим проявом способу життя, а й механізмом впливу на психічне здоров'я через забезпечення або, навпаки, дефіцит необхідних нутрієнтів. Регулярне споживання збалансованої їжі, багатої на необхідні амінокислоти, вітаміни, мікро- та макроелементи, створює біохімічні передумови для оптимального функціонування нервової системи. Натомість хронічний дефіцит нутрієнтів, зумовлений одноманітним або нездоровим харчуванням, може призводити до дисбалансу нейромедіаторів, що проявляється у зниженні настрою, підвищеній тривожності, когнітивних порушеннях і ризику розвитку афективних розладів [51, 163].

Стан психічного та емоційного здоров'я людини значною мірою визначається рівнем збалансованого надходження необхідних нутрієнтів, які забезпечують оптимальне функціонування центральної нервової системи, беруть участь у синтезі нейромедіаторів і регулюють адаптаційні реакції організму на стрес. Вміст поживних речовин у раціоні впливає не лише на когнітивну продуктивність та нейропластичність мозку, а й на емоційну стабільність, стресостійкість та загальне психологічне благополуччя. Дефіцит або дисбаланс ключових нутрієнтів може спричинити порушення нейрохімічної регуляції, що, у свою чергу, підвищує ймовірність розвитку

депресивних і тривожних станів, змін емоційного фону та зниження адаптаційних можливостей організму [58, 64].

Поліненасичені жирні кислоти омега-3, що містяться у жирній морській рибі, лляному насінні та волоських горіхах, є ключовими структурними компонентами нервової тканини, підтримують цілісність нейрональних мембран, регулюють нейрозапалення та сприяють нейропластичності. Їх достатнє споживання пов’язане зі зменшенням депресивної та тривожної симптоматики й покращенням когнітивних функцій завдяки впливу на серотонінергічну та дофамінергічну передачу. Не менш важливим є магній, який регулює активність нервової системи, впливає на роботу гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та чинить заспокійливу дію через модулювання рецепторів ГАМК; його дефіцит підвищує рівень тривожності та ризик депресії. Вітаміни групи В беруть участь у синтезі ключових нейромедіаторів і забезпечують стабільність емоційного стану та когнітивну ефективність, тоді як триптофан – попередник серотоніну – підтримує емоційну рівновагу та запобігає афективним порушенням. Цинк і залізо беруть участь у нейрональній сигналізації, антиоксидантному захисті, транспортуванні кисню та енергетичному обміні, а їхній дефіцит пов’язаний із підвищеною втомою, зниженням когнітивних функцій і ризиком депресії. Важливу роль відіграють і антиоксиданти (вітаміни С, Е та поліфеноли), які зменшують оксидативний стрес, сприяючи підтримці нейропластичності та емоційної стабільності [63, 91].

Окрему увагу в сучасних дослідженнях приділяють клітковині та пробіотикам, які впливають на психоемоційний стан через кишково-мозкову вісь (Додаток Ж). Формування здорової мікробіоти кишечника має вирішальне значення для синтезу коротколанцюгових жирних кислот і нейромедіаторів, що, у свою чергу, впливає на настрій та стресостійкість. Регулярне споживання овочів, фруктів, квашених продуктів та йогурту сприяє підтриманню балансу мікрофлори та покращенню емоційного стану.

Представлена таблиця демонструє, що нутрієнтний склад раціону має фундаментальне значення для психічного здоров'я та емоційної стабільності. Омега-3, вітаміни групи В, магній, цинк, триптофан і залізо безпосередньо впливають на нейрохімічні процеси, синтез нейромедіаторів і функціонування нервової системи, що визначає рівень настрою, стресостійкість і когнітивні здібності. Клітковина та пробіотики через кишково-мозкову вісь покращують психоемоційний стан, а антиоксиданти зменшують оксидативний стрес і підтримують нейропластичність. Таким чином, збалансоване харчування, багате на зазначені нутрієнти, є важливим чинником профілактики афективних розладів, підвищення емоційної стабільності та збереження когнітивного ресурсу [67, 431].

Харчові звички, як відносно стабільні патерни вибору продуктів, способів їх споживання та ставлення до їжі, виступають важливим предиктором психоемоційного благополуччя людини. Сучасні міждисциплінарні дослідження свідчать про наявність тісного взаємозв'язку між типом харчової поведінки, нутрієнтним статусом організму та станом емоційно-психічного здоров'я. Цей взаємозв'язок має як біохімічну, так і психосоціальну природу: з одного боку, якість харчування впливає на синтез і баланс нейромедіаторів, гормонів та нейротрофічних факторів, а з іншого – харчові патерни формуються під впливом психологічних станів, емоційного досвіду та соціокультурного контексту [71, 71].

У структурі психобіологічних детермінантів харчової поведінки виокремлюють мотиваційні (голод, апетит, винагорода), когнітивно-аферентні (становлення харчових переконань, оцінка тіла) та контекстуальні чинники (соціальні норми, доступність продуктів, стрес-умови). Ці чинники визначають як стійкі «здорові» патерни харчування, так і «нездорові» моделі, що мають прямий і опосередкований вплив на психоемоційний статус індивіда.

Здорові харчові звички характеризуються регулярністю прийомів їжі, помірним розміром порцій, включенням до раціону достатньої кількості

овочів, фруктів, цільнозернових продуктів, риби, бобових і продуктів, багатих на поліненасичені жирні кислоти, вітаміни та антиоксиданти. Таке харчування сприяє підтриманню стабільного рівня глюкози в крові, оптимізує функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та забезпечує організм необхідними нутрієнтами для синтезу серотоніну, дофаміну й γ-аміномасляної кислоти [66, 739].

Дослідження вказують, що дотримання середземноморського типу харчування, який є одним із прикладів здорового раціону, асоціюється зі зниженням ризику розвитку депресивних розладів на 30–40 % та зменшенням рівня тривожності. Це пояснюється як високим вмістом омега-3 жирних кислот та антиоксидантів, так і стабілізувальним впливом на мікробіоту кишечника, що є ключовим елементом кишково-мозкової осі.

На противагу цьому, нездорові харчові звички включають пропуски прийомів їжі, переїдання, надмірне споживання фастфуду, рафінованих вуглеводів, насичених жирів і трансжирів. Такий тип харчування призводить до метаболічних коливань, порушення толерантності до глюкози, хронічного низькорівневого запалення та дисбіозу кишківника – усі ці фактори асоціюються з підвищеним ризиком депресивних та тривожних симптомів . Надмірне споживання цукру призводить до стрімкого підвищення рівня глюкози в крові, за яким швидко настає різке його зниження, що отримало назву гіпоглікемічного відкату. Такий стан супроводжується підвищеною дратівливістю, емоційною нестабільністю та відчуттям втоми. Подібним чином, надлишок трансжирів негативно впливає на цілісність і функціональну організацію нейрональних мембран, унаслідок чого порушується передача нервових імпульсів, що своєю чергою знижує когнітивні можливості та погіршує емоційний стан [63, 91].

Показовим прикладом взаємозв’язку між харчовими звичками та психоемоційним станом є явище емоційного харчування, коли людина вдається до їжі як до способу зменшення внутрішнього напруження чи подолання негативних емоцій. Найчастіше це проявляється у вигляді

переїдання калорійних страв із високим вмістом цукру та жирів у ситуаціях стресу або тривоги. Таке харчування на короткий час активує дофамінергічну систему винагороди, створюючи відчуття полегшення, однак згодом спричиняє коливання рівня глюкози в крові та посилює емоційну нестабільність, що призводить до формування замкненого кола: стрес, переїдання, короткочасне відчуття винагороди, почуття провини. Додатково емоційне харчування часто супроводжується зниженням самооцінки, що може поглиблювати депресивні тенденції та ускладнювати психологічний стан людини [60, 121].

Психоемоційний стан не лише є наслідком харчових звичок, а й чинником їхнього формування. Наприклад, хронічний стрес, депресія чи тривога можуть знижувати рівень мотивації до приготування здорової їжі, спричиняти пропуски прийомів їжі або стимулювати потяг до «комфортної» їжі з високим глікемічним індексом. Такий двонаправлений зв’язок створює складну систему взаємовпливів, у якій психологічні стани та харчова поведінка постійно модифікують одне одного [51, 162].

Таким чином, здорові харчові звички є не лише чинником соматичного благополуччя, а й важливим елементом підтримання психоемоційного здоров’я. Формування регулярного, збалансованого харчування може розглядатися як превентивна стратегія в психогігієні, тоді як корекція нездорових харчових патернів – як складова комплексного підходу до терапії емоційних розладів.

Зв’язок між харчуванням і психічним здоров’ям є комплексним, багаторівневим і інтегративним феноменом, що включає когнітивно-емоційні, біохімічні та поведінкові передумови психічного функціонування. Нутрієнти, що надходять із раціону, формують фундаментальну біохімічну основу нейропсихофізіологічної регуляції, беручи участь у синтезі ключових нейромедіаторів, модулюванні гормональної гомеостазу та забезпеченні клітин метаболічною енергією, необхідною для оптимальної когнітивної та емоційної активності центральної нервової системи. Паралельно харчові

практики виконують роль поведінкового субстрату психоемоційного здоров’я: від імпульсивного або емоційно зумовленого споживання їжі до стратегій усвідомленого та регульованого харчування, вони визначають ефективність когнітивно-емоційної саморегуляції та адаптаційної відповіді на стресові фактори.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ТА ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ОСОБИСТОСТІ

3.1 Організація і методи емпіричного дослідження

Дослідження проводилося з метою виявлення взаємозв'язку між особливостями харчової поведінки жінок та їхнім психологічним благополуччям, а також для визначення впливу адаптивних і неадаптивних форм харчової поведінки на психоемоційний стан особистості.

У дослідженні взяли участь 80 жінок віком від 18 до 70 років, які виявили добровільну згоду брати участь в анкетуванні. Формування вибірки здійснювалося за принципом добровільної участі із дотриманням основних етичних вимог психологічних досліджень – анонімності, конфіденційності, інформованої згоди та добровільності. Кожна учасниця отримала коротку інформацію про мету, зміст і орієнтовну тривалість опитування, а також підтвердила згоду на обробку наданих даних виключно в наукових цілях.

Дослідження проводилося в три етапи.

Перший етап. Організація дослідження та підготовка вибірки.

Метою цього етапу було створення методологічної бази для дослідження взаємозв'язку між харчовою поведінкою жінок і їхнім психічним здоров'ям. Участь у дослідженні взяли 80 жінок віком від 18 до 70 років на добровільних засадах. Було дотримано основних етичних принципів психологічних досліджень – анонімності, конфіденційності та інформованої згоди.

Збір емпіричних даних здійснювався дистанційно через онлайн-платформу Google Forms, що дозволило охопити респонденток із різних регіонів України. Дані автоматично зберігалися в електронній таблиці Excel для подальшої систематизації та первинної обробки. На цьому етапі

проводилися підрахунки індивідуальних і середньогрупових показників, визначення частотних розподілів та базова статистична обробка.

Другий етап. Використання психодіагностичних та харчових методик.

На цьому етапі здійснювалася оцінка психологічного стану та харчової поведінки респонденток. Використовувалися стандартизовані інструменти:

MH4U (Mental Health for You) – тест самодіагностики психічного здоров'я, який дає змогу оцінити рівень психологічного благополуччя, емоційного стану та стресостійкості (Додаток Б).

Методика MH4U (Mental Health for You) є стандартизованим опитувальником самозвіту, спрямованим на оцінку загального рівня психічного здоров'я, емоційного благополуччя та стресостійкості особистості. Вона дозволяє виявити, наскільки людина здатна підтримувати внутрішню рівновагу, зберігати адаптивність у повсякденних стресових ситуаціях і підтримувати позитивний емоційний стан. Цей інструмент широко використовується у психологічних дослідженнях серед не клінічних вибірок – студентів, працюючих осіб, жінок різного віку, представників різних соціальних груп. Його застосування є особливо цінним для виявлення ранніх ознак емоційного виснаження, тривожності, депресивних тенденцій або зниження загальної психологічної стійкості.

Опитувальник MH4U містить сімнадцять тверджень, які описують різні аспекти психічного стану людини – від емоційних до поведінкових та фізіологічних проявів. Респондентам пропонується оцінити частоту переживань, описаних у запитаннях, протягом останніх двох тижнів. Інструкція передбачає вибір однієї з чотирьох відповідей: «ніколи», «в окремі дні», «у більш як половину днів» або «майже кожен день». Кожна відповідь кодується від 1 до 4 балів відповідно до частоти прояву симптому. Після заповнення анкети підраховується сумарний показник, який є індикатором загального рівня психічного здоров'я: високі значення свідчать про емоційну стабільність і гармонійний внутрішній стан, тоді як низькі – можуть сигналізувати про емоційне напруження, втому, депресивні настрої або зниження адаптивних можливостей.

Методика охоплює такі психологічні аспекти, як емоційне самопочуття, рівень тривожності, здатність до саморегуляції, концентрації уваги, соціальне функціонування та загальне задоволення життям. Таким чином, вона дає змогу отримати комплексне уявлення про внутрішній психологічний стан респондента та оцінити його потенціал до збереження психічного благополуччя.

MH4U вирізняється простотою застосування, що робить її придатною для масових опитувань, у тому числі онлайн-формату. У даному дослідженні опитувальник було реалізовано через Google Forms. Отримані відповіді автоматично зберігалися в електронній таблиці Excel, що дозволяло здійснити подальший статистичний аналіз за допомогою програм Excel. Результати опитування стали підґрунтям для проведення кореляційного аналізу, спрямованого на виявлення взаємозв'язку між рівнем психічного здоров'я, типом харчової поведінки, особистісною стійкістю та проявами самоефективності серед жінок віком від 18 до 70 років, які брали участь у дослідженні.

FFQ (Food Frequency Questionnaire) – опитувальник частоти споживання їжі, що дозволяє дослідити структуру та регулярність харчування (Додаток В).

Методика FFQ-30 (Food Frequency Questionnaire, опитувальник частоти споживання їжі) призначена для оцінки частоти споживання основних груп харчових продуктів протягом певного періоду часу, зазвичай трьох місяців. Вона дозволяє отримати комплексну інформацію про харчові звички респондента, визначити переважаючі типи харчування, оцінити збалансованість раціону та дотримання принципів здорового харчування. Опитувальник включає різноманітні продукти, що охоплюють основні харчові групи: зернові та хлібобулочні вироби, м'ясо, рибу й яйця, молочні продукти, овочі та фрукти, а також жири, солодощі та напої.

Респондентам пропонується оцінити частоту споживання кожного продукту за визначеною шкалою, яка варіюється від «ніколи або майже

ніколи» до «два й більше разів на день». Такі відповіді дають змогу кількісно визначити, як часто людина вживає конкретні продукти або групи продуктів, і за потреби перевести їх у числові значення для статистичної обробки, наприклад, у кількість прийомів їжі на тиждень або на день.

Результати методики використовуються для виявлення адаптивних або дезадаптивних тенденцій у харчовій поведінці. Високі показники споживання овочів, фруктів, риби та цільнозернових продуктів свідчать про здоровий тип харчування, тоді як часте вживання солодощів, випічки, обробленого м’яса та підсолоджених напоїв може свідчити про потенційно шкідливі харчові звички. FFQ-30 є валідним інструментом у дієтології, психології та соціальних дослідженнях, дозволяючи досліджувати взаємозв’язок між харчовими звичками та фізичним або психічним здоров’ям, а також оцінювати ефективність програм з покращення харчової поведінки.

MEDAS-14 – скринер дотримання середземноморської дієти, який допомагає визначити ступінь прихильності до принципів здорового харчування (Додаток Г).

Методика MEDAS-14 (Mediterranean Diet Adherence Screener) є стандартизованим інструментом для оцінки рівня дотримання принципів середземноморської дієти – одного з найбільш досліджених і визнаних зразків здорового харчування. Вона розроблена для швидкого та ефективного визначення того, наскільки повсякденні харчові звички респондента відповідають рекомендаціям щодо здорового, збалансованого раціону. Середземноморська дієта характеризується високим вживанням овочів, фруктів, бобових, цільнозернових продуктів, риби та морепродуктів, горіхів і оливкової олії як основного джерела жиру, а також обмеженим споживанням червоного м’яса, оброблених м’ясних виробів, вершкового масла, солодощів і підсолоджених напоїв. Для дорослих, які не мають медичних протипоказань, середземноморська дієта передбачає помірне споживання вина під час їжі.

Опитувальник MEDAS-14 складається з 14 запитань, що охоплюють ключові аспекти харчових звичок, які визначають відповідність середземноморському стилю харчування. Формат відповідей є дихотомічним – «так» або «ні». Кожна відповідь, що відповідає рекомендованим принципам середземноморської дієти, оцінюється одним балом, а відповідь, яка не відповідає принципам, не нараховує балів. Сумарний бал може варіюватися від 0 до 14. Результати інтерпретуються у три рівні дотримання: низький (0–5 балів), що вказує на недостатнє дотримання принципів здорового харчування та наявність дезадаптивних харчових патернів; помірний (6–9 балів), що свідчить про загалом збалансований раціон, але з потребою у корекції окремих звичок; високий (10–14 балів), який відображає адекватну адаптивну харчову поведінку та високу прихильність до середземноморського типу харчування, що позитивно впливає на фізичне й психічне здоров'я.

Методика MEDAS-14 використовується як у клінічних, так і в наукових дослідженнях, оскільки дозволяє швидко оцінити якість харчування та виявити потенційні ризики, пов'язані із незбалансованим раціоном. Вона ефективна для скринінгу великих груп населення, а також для індивідуальної оцінки харчових звичок у контексті профілактики серцево-судинних захворювань, метаболічних розладів та психосоматичних проблем. MEDAS-14 також застосовується для оцінки ефективності програм зі зміни харчової поведінки, дозволяючи порівнювати результати до і після втручання, а також для аналізу взаємозв'язку між дотриманням середземноморської дієти та показниками психічного здоров'я, когнітивної функції або ризику розвитку хронічних захворювань.

Завдяки своїй простоті, надійності та валідності, MEDAS-14 є зручним інструментом для дослідників і практикуючих спеціалістів у галузях дієтології, нутриціології, психології та медицини. Вона дозволяє не лише кількісно оцінити рівень дотримання середземноморської дієти, а й формувати рекомендації для корекції харчових звичок, спрямовані на підвищення адаптивності харчової поведінки та зміцнення загального здоров'я.

DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) – Голандський опитувальник харчової поведінки, що виявляє емоційні, зовнішні та обмежувальні аспекти харчових звичок (Додаток Д).

Методика DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire, Голландський опитувальник харчової поведінки) призначена для кількісної оцінки психологічних аспектів харчової поведінки людини. Вона дозволяє виявити, які чинники – емоційні, зовнішні або когнітивні – переважно визначають спосіб споживання їжі у респондента, і наскільки ці чинники можуть впливати на формування адаптивних або дезадаптивних харчових патернів.

Опитувальник розроблено Й. ван Стрейєном та співавторами і містить 33 твердження, об’єднані у три шкали. Емоційна харчова поведінка (Emotional Eating) відображає схильність до споживання їжі у відповідь на негативні емоційні стани, такі як стрес, тривога або сум. Зовнішня харчова поведінка (External Eating) характеризує реакцію на зовнішні стимули – запах, вигляд або доступність їжі – незалежно від фізіологічного голоду. Обмежувальна харчова поведінка (Restrained Eating) описує свідоме обмеження прийому їжі з метою контролю маси тіла або зовнішнього вигляду.

Респондент оцінює кожне твердження за п’ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 відповідає «ніколи», а 5 – «дуже часто». Для кожної шкали підраховується середній бал, який визначається як сума балів за відповідні твердження, поділена на кількість пунктів у шкалі. Високий середній бал свідчить про вираженість певного типу харчової поведінки, низький – про більш контрольовані та адаптивні харчові звички. Типові діапазони інтерпретації складають: 3,5–5,0 бала – високий рівень прояву певного типу поведінки; 2,5–3,4 бала – середній; 1,0–2,4 бала – низький.

Методика DEBQ широко застосовується у психологічних та нутріціологічних дослідженнях для діагностики дезадаптивних харчових патернів, а також для аналізу когнітивно-поведінкових та емоційних механізмів харчування. У межах досліджень психічного здоров’я DEBQ

дозволяє оцінити взаємозв’язок між харчовими звичками та психологічними станами, такими як стрес, тривога або депресивні симптоми, що робить її цінним інструментом для комплексного аналізу харчової поведінки та її впливу на загальний психофізіологічний стан людини.

Статистична обробка даних здійснювалася із використанням програми Microsoft Excel. На цьому етапі було проведено кореляційний аналіз для виявлення взаємозв’язків між показниками харчової поведінки та психічного здоров’я, а також порівняльний аналіз, який дав змогу оцінити різницю в показниках між групами респондентів із різним рівнем дотримання здорових харчових звичок. Крім того, застосовувалися методи описової статистики для визначення середніх значень, стандартних відхилень та розподілу даних, що дозволило побудувати загальну картину харчових патернів і їхніх характеристик у вибірці.

На заключному етапі проводився кореляційний та порівняльний аналіз отриманих даних для виявлення взаємозв’язку між психічним здоров’ям та харчовою поведінкою жінок. Використовувалися методи описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, частотні розподіли), параметричний аналіз (коефіцієнт Пірсона) та непараметричний аналіз (коефіцієнт Спірмена). Також застосовувався t-критерій Стьюдента для багатогрупових порівнянь та графічна візуалізація даних у вигляді діаграм.

Цей етап дозволив виявити закономірності у харчовій поведінці та її вплив на психічне здоров’я респонденток, окреслити групи ризику з дезадаптивними харчовими патернами та сформувати підґрунтя для рекомендацій щодо покращення адаптивності харчової поведінки та підтримки психофізіологічного здоров’я.

3.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Аналіз результатів дослідження взаємозв’язку між характеристиками харчової поведінки та рівнем психічного здоров’я у жінок дорослого віку

дозволяє оцінити, як особливості харчових звичок впливають на емоційний стан, стресостійкість та загальне психологічне благополуччя.

Першою застосованою методикою в дослідженні став тест *MH4U (Mental Health for You)* – стандартизований інструмент самодіагностики психічного здоров'я, який дає змогу комплексно оцінити рівень психологічного благополуччя, емоційної стабільності та здатність до саморегуляції. Цей інструмент дозволяє виявити прояви тривожності, депресивних настроїв, емоційного виснаження, а також оцінити загальний рівень адаптивності особистості у стресових ситуаціях, що є важливою базою для подальшого аналізу взаємозв'язку між харчовою поведінкою та психічним здоров'ям. Результати дослідження представимо у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Показники діагностики психічного благополуччя респондентів

Рівень психічного благополуччя	**Бал MH4U**	**Відсоток**
I (низький)	0–34	71,25 %
II (високий)	34–68	28,75 %
Всього		100 %

Для більш наочного відображення розподілу рівнів психічного благополуччя серед респондентів доцільно показати результати на круговій діаграмі (Рис. 3.1.). Це дозволить одразу оцінити співвідношення між учасниками з низьким і високим рівнем психічного благополуччя, наочно продемонструвати частки кожної категорії та спростити сприйняття основних тенденцій у вибірці.

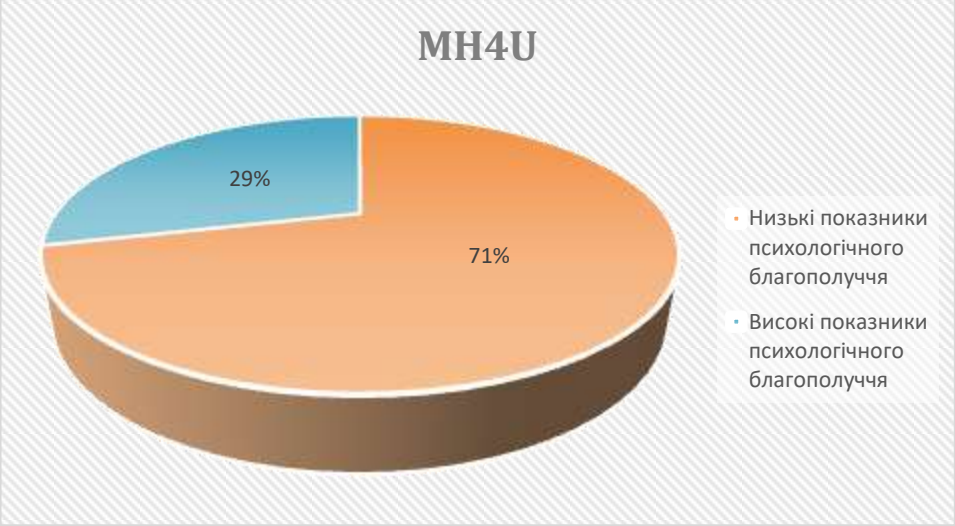


Рисунок 3.1 – Наочне представлення показників психічного благополуччя респондентів

Проведене дослідження із застосуванням методики MH4U (Mental Health for You) дозволило комплексно оцінити психічне благополуччя 80 жінок дорослого віку та визначити рівень їхньої емоційної стабільності, здатності до саморегуляції та психологічної стійкості у стресових ситуаціях. Отримані результати показали, що переважна частина учасниць 71,25 % – має низький рівень психічного благополуччя (0–34 бали), що свідчить про підвищену емоційну напруженість, наявність тривожності, ознак стресу та потенційних депресивних тенденцій. Такі дані можуть свідчити про потребу у підтримці психологічного здоров’я, розвитку адаптивних стратегій саморегуляції та підвищенні стійкості до стресових чинників.

Водночас 28,75 % продемонстрували високий рівень психічного благополуччя (34–68 балів), що характеризується гармонійністю внутрішнього стану, стабільною емоційною регуляцією та здатністю ефективно протистояти стресовим впливам. Наявність такої групи свідчить про різноманітність психічного стану серед жінок дорослого віку та про те, що певна частина респонденток зберігає високий рівень адаптивності й самоефективності навіть у сучасних умовах підвищеного психоемоційного навантаження.

Отримані дані дають змогу не лише кількісно оцінити загальний рівень психічного здоров'я, але й встановити основу для подальшого аналізу взаємозв'язку між харчовою поведінкою та психічним здоров'ям.

Наступною методикою, застосованою в межах дослідження, став *Опитувальник частоти споживання їжі (FFQ-30, Food Frequency Questionnaire).* Цей інструмент дозволяє оцінити регулярність і структуру харчування респондентів протягом певного періоду часу, зазвичай трьох місяців. FFQ-30 забезпечує комплексну інформацію про споживання основних груп продуктів – від овочів, фруктів, зернових та молочних виробів до м'яса, риби, солодощів та напоїв.

Використання цього опитувальника дозволяє не лише кількісно оцінити частоту споживання різних харчових продуктів, а й виявити адаптивні та дезадаптивні харчові патерни, що можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я. Результати FFQ-30 створюють можливість для подальшого аналізу взаємозв'язку між харчовими звичками та рівнем психічного благополуччя, визначеним за допомогою MH4U, а також для порівняння з показниками дотримання принципів здорового харчування за методикою MEDAS-14. Представимо їх в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Результати частоти споживання їжі

Рівень харчової поведінки	**Бал FFQ-30**	**Відсоток**
Низький	<110	27,5 %
Середній	110–130	45,0 %
Високий	>130	27,5 %
Всього		100 %

Для більш наочного представлення результатів дослідження доцільно використати діаграму (Рис. 3.2.), оскільки вона дозволяє швидко оцінити співвідношення респондентів з різним рівнем харчової поведінки та наочно побачити домінуючі тенденції. Така візуалізація спрощує сприйняття інформації та підкреслює основні закономірності у вибірці.

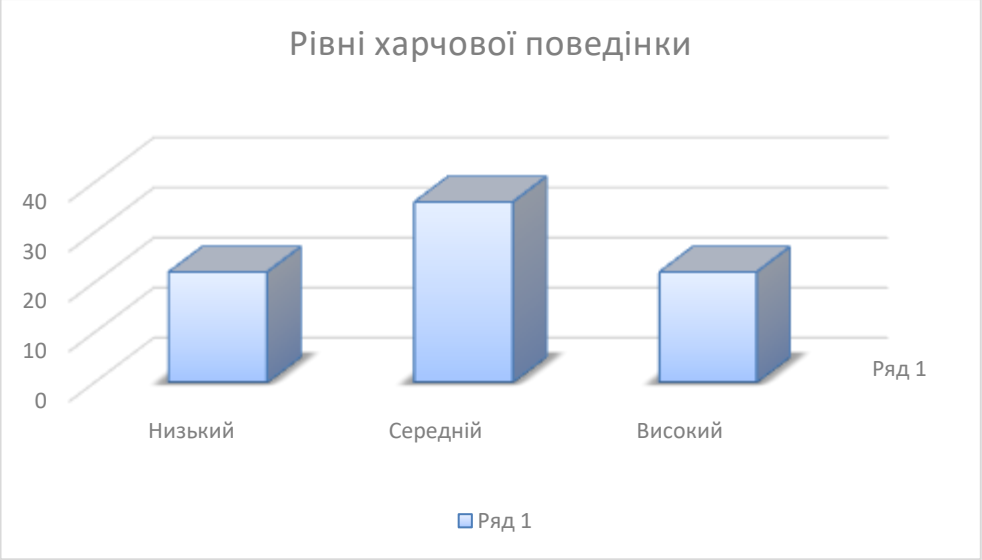


Рисунок 3.2 – Рівні харчової поведінки респондентів

Відзначимо, що результати дослідження за методикою FFQ-30 свідчать про значну різноманітність харчових звичок серед респондентів. Серед 80 учасників 27,5 % демонструють низький рівень збалансованості харчування. Для цієї групи характерне часте споживання солодощів, випічки, напоїв із цукром та обробленого м'яса при недостатньому вживанні овочів, фруктів, риби та цільнозернових продуктів. Такий тип харчової поведінки вказує на дезадаптивні тенденції у харчуванні, що можуть негативно впливати на фізичне здоров'я, сприяючи розвитку метаболічних порушень, та знижувати рівень психічного благополуччя.

Середній рівень збалансованості харчування спостерігається у 45 %. У цій групі респонденти поєднують здорові продукти, такі як овочі, фрукти, молочні продукти та риба, із менш корисними продуктами – солодощами, жирною їжею та обробленим м'ясом. Такий тип харчової поведінки свідчить про часткове дотримання принципів здорового раціону. Для учасників цієї групи доцільні рекомендації щодо збільшення частки корисних продуктів і одночасного обмеження шкідливих, що сприятиме покращенню загального фізичного та психічного стану.

Високий рівень адаптивної харчової поведінки зафіксовано у 27,5 % респондентів. Ця група регулярно вживає овочі, фрукти, цільнозернові

продукти та рибу, при цьому помірно споживає солодощі, жирні продукти та напої з цукром. Такий тип харчування відповідає здоровому стилю харчової поведінки, який, як показують численні дослідження, сприяє підтримці психічного благополуччя, високої стресостійкості та фізичного здоров'я. Результати демонструють, що дотримання адаптивного раціону є важливим чинником підтримки емоційної стабільності та загальної гармонії внутрішнього стану.

Третьою методикою, використаною в дослідженні, став MEDAS-14 (Mediterranean Diet Adherence Screener) – стандартизований скринер для оцінки ступеня дотримання принципів середземноморської дієти. Цей інструмент дозволяє визначити, наскільки повсякденні харчові звички респондента відповідають рекомендаціям здорового та збалансованого раціону, що включає високий вміст овочів, фруктів, бобових, цільнозернових продуктів, риби, горіхів та оливкової олії, а також обмежене споживання червоного м'яса, оброблених м'ясних виробів, солодощів та підсолоджених напоїв. MEDAS-14 є ефективним інструментом для швидкого скринінгу харчових патернів у великих групах населення і дозволяє оцінити рівень прихильності до здорового способу харчування, що важливо для аналізу зв'язку між харчовими звичками та психічним і фізичним здоров'ям. Отримані дані з MEDAS-14 стануть підставою для подальшого аналізу адаптивності харчової поведінки серед респондентів. Результати представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Розподіл респондентів за рівнем дотримання середземноморської дієти (MEDAS-14)

Рівень дотримання	Бал MEDAS-14	Відсоток
Високий	10–14	8,75 %
Середній	6–9	70 %
Низький	0–5	21,25 %
Всього		100 %

Для більш наочного відображення результатів доцільно показати їх на круговій діаграмі (Рис. 3.3.). Це дозволить швидко оцінити частку респондентів із високим, середнім і низьким рівнем прихильності до середземноморської дієти та наочно продемонструвати переважні тенденції харчової поведінки у вибірці.

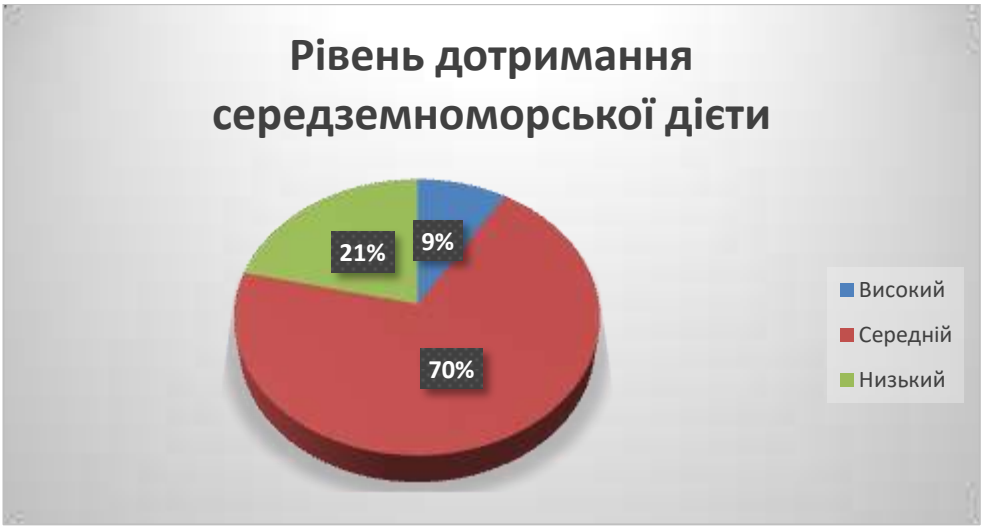


Рисунок 3.3 – Рівень дотримання середземноморської дієти серед респондентів

Відзначимо, що результати скринера MEDAS-14 свідчать про переважання середнього рівня дотримання принципів середземноморської дієти серед респондентів. Так, 70 % учасників демонструють середній рівень (6–9 балів), що свідчить про загалом збалансований раціон, проте з потребою у корекції окремих харчових звичок. Ця група респондентів вживає овочі, фрукти, рибу та цільнозернові продукти, але одночасно споживає помірну кількість солодощів, випічки та жирів, що може впливати на оптимальне фізичне і психічне здоров’я.

Низький рівень дотримання середземноморської дієти спостерігається у 21,25 % вибірки. Для цієї категорії характерне недостатнє споживання здорових продуктів – овочів, фруктів, риби та цільнозернових продуктів, а також надмірне вживання продуктів із високим вмістом цукру, солей і жирів. Така харчова поведінка може свідчити про дезадаптивні тенденції, що негативно впливають на фізичне самопочуття та психічне благополуччя.

Високий рівень дотримання середземноморської дієти (10–14 балів) спостерігається лише у 8,75 % вибірки. Для цієї групи характерна регулярна присутність у раціоні овочів, фруктів, бобових, риби та цільнозернових продуктів, помірне споживання тваринних жирів і солодощів. Такий тип харчової поведінки відповідає адаптивному, здоровому стилю харчування і є потенційно сприятливим для підтримки високого рівня психічного благополуччя та фізичного здоров'я.

Таким чином, результати MEDAS-14 свідчать, що більшість респондентів потребує певної корекції харчових звичок для досягнення оптимального рівня здорового харчування. Водночас невелика частка учасників демонструє високий рівень адаптивної харчової поведінки, що може слугувати орієнтиром для розробки рекомендацій щодо покращення раціону у вибірці.

Останньою методикою в дослідженні став Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ), який використовується для комплексної оцінки характеру харчових звичок та виявлення психологічних детермінантів споживання їжі. Цей стандартизований інструмент дозволяє визначити три основні типи харчової поведінки: емоційне харчування, зовнішнє харчування та обмежувальне харчування. DEBQ дає змогу оцінити, наскільки психологічні фактори впливають на частоту і характер прийому їжі, а також виявити потенційні ризики розвитку дезадаптивних харчових патернів. Результати цієї методики стануть підґрунтям для подальшого аналізу взаємозв'язку між психічним здоров'ям та харчовою поведінкою респондентів. Представимо результати у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Характер харчових звичок респондентів

Рівень прояву	Емоційне	Зовнішнє	Обмежувальне
Високий	0	1,3%	0
Помірно високий	13,8%	3,8%	7,5%

Продовження таблиці 3.4

Середній	37,5%	25%	65%
Низький	48,8%	70%	27,5%

Для більш наочного відображення результатів доцільно представити їх на діаграмі, адже візуалізація дозволяє миттєво оцінити співвідношення респондентів за різними рівнями прояву кожного типу харчової поведінки. Стовпчикова діаграма допоможе порівняти шкали між собою, показати домінуючі тенденції та спростити сприйняття основних закономірностей у вибірці (Рис. 3.4.).



Рисунок 3.4 – Характер харчових звичок респондентів

Відзначимо, що результати Голландського опитувальника харчової поведінки демонструють різні тенденції серед респондентів у трьох шкалах. Щодо емоційного харчування, більшість респондентів 48,8 % має низький рівень прояву цього типу поведінки, що свідчить про відносну здатність контролювати споживання їжі у стресових або емоційно насичених ситуаціях. Помірно високий рівень емоційного харчування відзначено у 13,8 %, тоді як середній рівень прояву цієї шкали спостерігається у 37,5 %. Високих показників емоційного харчування серед вибірки не виявлено, що свідчить про відсутність масових дезадаптивних патернів у цій сфері.

Зовнішнє харчування характеризується домінуванням низького рівня серед респондентів – 70 %, тобто більшість учасників не реагує надмірно на зовнішні стимули, такі як запах, вигляд або реклама їжі. Помірно високий рівень зовнішнього харчування зафіксовано лише у 3,8 %, високий рівень – у 1,25 % респондентів, а середній рівень спостерігається у 25 % осіб. Це вказує на те, що зовнішні фактори не є основним тригером харчових звичок для більшості вибірки.

Щодо обмежувальної поведінки, середній рівень прояву цього типу спостерігається у 65 % респондентів, що свідчить про прагнення більшості учасників контролювати споживання їжі та дотримуватися певних правил харчування. Помірно високий рівень обмежувальної поведінки відзначено у 7,5 %, низький – у 27,5 %, а високий рівень не зафіксовано. Це дозволяє припустити, що свідомий контроль за прийомом їжі у більшості респондентів помірний і не призводить до крайніх форм обмежень або зривів.

Таким чином, аналіз результатів DEBQ показує, що у вибірці переважають адаптивні харчові патерни: низький рівень емоційного та зовнішнього харчування поєднується із середнім контролем обмежувальної поведінки. Це свідчить про загальну здатність респондентів регулювати споживання їжі та зберігати баланс між емоційними, зовнішніми і когнітивними факторами харчової поведінки, що може позитивно впливати на психічне та фізичне здоров’я.

Для проведення кореляційного аналізу у нашому дослідженні доцільно співвіднести результати психічного благополуччя респонденток за тестом MH4U із показниками харчової поведінки, отриманими за допомогою FFQ-30, MEDAS-14 та DEBQ. Мета такого аналізу – визначити, які саме аспекти харчових звичок (частота споживання продуктів, дотримання принципів середземноморської дієти або схильність до емоційного, зовнішнього чи обмежувального харчування) пов’язані з рівнем психічного здоров’я, та оцінити силу і напрямок цих зв’язків. Це дозволить виявити, чи певні харчові патерни сприяють адаптивному психологічному функціонуванню, чи

навпаки – можуть бути чинником підвищеної тривожності, стресостійкості та емоційного виснаження.

Щодо вибору методу кореляційного аналізу, враховуючи, що більшість ваших показників мають порядкову або умовно-кількісну шкалу (бал MH4U, бали FFQ-30, MEDAS-14, середні бали DEBQ), доцільно застосувати коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ). Цей метод дозволяє оцінити моніторингові зв'язки між змінними без припущення про нормальний розподіл даних, що робить його придатним для психологічних та харчових індикаторів. Для перевірки взаємозв'язку між рівнем психічного здоров'я і адаптивністю харчової поведінки (MEDAS-14, FFQ-30) та проявами емоційного, зовнішнього і обмежувального харчування (DEBQ) також можна використати кореляцію Спірмена.

Кореляційний аналіз дозволить виявити закономірності між психологічними та харчовими показниками, окреслити групи ризику та підкреслити, які харчові патерни пов'язані з більш високим або низьким рівнем психічного благополуччя у жінок дорослого віку. Це стане підґрунтям для практичних рекомендацій щодо корекції харчових звичок із метою підтримки психічного здоров'я.

Розпочнемо з методики MH4U та FFQ (Формула 3.2.).

Коефіцієнт $r = -0.28$ свідчить про негативний, помірно виражений зв'язок між рівнем психічного благополуччя (MH4U) та показниками харчової поведінки (FFQ-30).

Це означає, що: у респондентів із нижчим рівнем психічного здоров'я частіше спостерігаються порушення харчової поведінки; емоційні та стресові фактори можуть зумовлювати переїдання, нерегулярність харчування або залежність від їжі як способу зниження психологічного напруження.

Наступною методикою для виявлення зв'язку між змінними буде MH4U і MEDAS-14 (Формула 3.3.).

Отже, коефіцієнт Спірмена = 0.87 – це сильна пряма кореляція між психічним благополуччям (MH4U) і дотриманням середземноморської дієти

(MEDAS-14). Чим вищі бали MH4U (краще психічне здоров'я), тим краще респондентки дотримуються принципів середземноморської дієти. Це може свідчити про позитивний зв'язок між здоровою харчовою поведінкою та психічним благополуччям.

Останній зв'язок, який ми будемо знаходити це MH4U і DEBQ.

r = 0,81 – це сильна пряма кореляція між психічним благополуччям (MH4U) та загальними балами DEBQ.

Отже, чим вищий рівень психічного здоров'я пов'язаний із більш високими балами DEBQ, що може свідчити про зв'язок між харчовою поведінкою (зокрема емоційним та зовнішнім харчуванням) і психологічним станом.

Тож зведемо всі дані у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Кореляційний зв'язок між рівнем психічного здоров'я та харчовими звичками

MH4U	**Зв'язок**
FFQ	−0,28
MEDAS-14	0.87
DEBQ	0,81

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити взаємозв'язки між рівнем психічного благополуччя респонденток (MH4U) та різними показниками харчової поведінки, включаючи FFQ-30, MEDAS-14 та DEBQ. Коефіцієнт Спірмена для MH4U та FFQ-30 склав −0,28, що свідчить про негативний, помірно виражений зв'язок. Це означає, що у респонденток із нижчим рівнем психічного здоров'я частіше спостерігаються порушення харчової поведінки, зокрема нерегулярність прийому їжі, переїдання або використання їжі як способу зниження психологічного напруження.

Розрахунок кореляції між MH4U та MEDAS-14 показав сильну пряму залежність (r = 0,87), що вказує на те, що респондентки з вищим рівнем психічного здоров'я більш усвідомлено дотримуються принципів

середземноморської дієти. Аналогічно, кореляція між MH4U та DEBQ склала 0,81, що також свідчить про тісний прямий зв'язок: високий рівень психічного здоров'я асоціюється із більш високими балами DEBQ, які відображають схильність до емоційного та зовнішнього харчування.

Отримані результати підкреслюють, що рівень психічного здоров'я респонденток пов'язаний із їх харчовими звичками: порушення харчової поведінки частіше зустрічаються серед осіб із нижчим психічним здоров'ям, тоді як дотримання здорових харчових патернів та усвідомлене харчування спостерігається у респонденток із вищим психічним здоро'ям. Таким чином, підтверджується припущення, що саморегульована харчова поведінка, яка характеризується усвідомленим ставленням до прийому їжі, відсутністю емоційних або зовнішніх тригерів у виборі їжі та помірністю у харчуванні, сприяє збереженню психічного здоров'я, підвищує рівень емоційної стабільності, психологічного благополуччя та стресостійкості. Натомість дисрегульована харчова поведінка, що проявляється у схильності реагувати на емоційні стани або зовнішні подразники через їжу, асоціюється з погіршенням психічного здоров'я, підвищенням рівня тривожності, напруження та емоційного виснаження.

Ці дані дозволяють стверджувати про важливість інтегрованого підходу до підтримки психічного здоров'я та формування адаптивних харчових звичок серед дорослого населення.

3.3 Розробка психопрофілактичних рекомендацій щодо збереження психічного здоров'я особистості

Психічне здоров'я є основою загального благополуччя людини, її здатності до самореалізації, ефективної соціальної адаптації та продуктивної діяльності. У сучасному світі, де темп життя постійно зростає, а стресові ситуації стали невід'ємною частиною повсякденності, збереження психічного здоров'я набуває особливої актуальності. Психопрофілактика – це комплекс

заходів, спрямованих на запобігання розвитку психічних порушень та збереження психологічного ресурсу особистості.

Збереження психічного здоров'я особистості вимагає системного підходу, який включає своєчасне виявлення ризиків, формування адаптивних навичок, профілактику психоемоційного вигорання та розвиток соціально-психологічних компетенцій. Одним із найефективніших методів підтримки психічного благополуччя є психопрофілактика (Додаток З).

Розробка психопрофілактичних рекомендацій (Таблиця 3.6.) починається з аналізу факторів, що впливають на психічне здоров'я. До них належать як внутрішньоособистісні характеристики, так і зовнішні впливи середовища. Внутрішні фактори включають психологічну стійкість, рівень тривожності, емоційну регуляцію, здатність до самоконтролю та рефлексії, особистісні цінності та мотивацію. Зовнішні фактори – це соціальне середовище, умови праці та навчання, сімейні відносини, соціально-економічна стабільність, доступ до ресурсів психічної підтримки. Для ефективного впровадження психопрофілактичних заходів необхідно враховувати комплексну взаємодію цих чинників, оскільки психічне здоров'я є результатом балансу між внутрішніми ресурсами та зовнішніми вимогами.

Таблиця 3.6 – Психопрофілактичні рекомендації

Напрям психопрофілактики	**Конкретні рекомендації**	**Очікуваний ефект**
Адаптивна поведінка та харчові звички	Дотримання принципів здорового харчування, складання індивідуального раціону, регулярне споживання необхідних макро- та мікроелементів	Покращення когнітивних функцій, стабілізація емоційного стану, підвищення стресостійкості
Емоційна регуляція та управління стресом	Техніки медитації та релаксації, дихальні практики, когнітивно-поведінкова самопідтримка	Зниження тривожності та симптомів депресії, підвищення самооцінки, розвиток стресостійкості

Продовження таблиці 3.6.

Фізична активність	Регулярна фізична активність відповідно до віку та фізичних можливостей	Зміцнення психічного та фізичного здоров'я, покращення настрою, зниження емоційного вигорання
Соціальна підтримка	Активна взаємодія з родиною, друзями, колегами; участь у групових тренінгах та спільнотах	Підвищення соціальної стійкості, зниження ризику емоційного виснаження, зміцнення відчуття безпеки
Управління часом та ресурсами	Планування режиму дня, встановлення пріоритетів, чергування роботи та відпочинку, використання тайм-менеджменту	Зниження хронічного стресу та багатозадачності, запобігання професійному вигоранню
Психолого-інформаційна грамотність	Участь у семінарах та тренінгах, навчання методам самопідтримки, критичний аналіз інформації	Усвідомлення психологічних потреб, підвищення здатності до самопідтримки, захист психічного простору
Індивідуальний підхід	Врахування вікових, гендерних, фізичних та професійних особливостей особистості	Підвищення ефективності заходів психопрофілактики, максимальне використання внутрішніх ресурсів

Одним із ключових напрямів психопрофілактики є формування адаптивних поведінкових стратегій та здорових харчових звичок. Як показують сучасні дослідження, включаючи результати проведеного кореляційного аналізу, психічне здоров'я тісно пов'язане зі стилем харчування. Саморегульована харчова поведінка, зокрема дотримання принципів здорового харчування, середземноморської дієти та регулярне споживання необхідних макро- і мікроелементів, сприяє стабілізації емоційного стану, покращує когнітивні функції та підвищує стресостійкість. Тому однією з основних психопрофілактичних рекомендацій є формування свідомого ставлення до харчування, розробка індивідуальних планів збалансованого раціону та навчання принципам раціонального харчування.

Другим важливим компонентом психопрофілактики є розвиток навичок емоційної регуляції та управління стресом. До цього належать техніки саморефлексії, медитації, дихальні практики, когнітивно-поведінкові методи контролю негативних думок і емоцій. Особливо важливо навчити особистість розпізнавати ознаки психоемоційного перевантаження, напруження та тривоги, щоб своєчасно застосовувати методи самопідтримки та релаксації. Рекомендації з психопрофілактики повинні включати регулярну фізичну активність, яка є доказаним фактором підтримки психічного здоров'я, зменшення симптомів депресії та тривоги, а також сприяє підвищенню самооцінки та загального емоційного тонусу.

Не менш важливим є соціальний компонент психопрофілактики. Підтримка соціальних зв'язків, участь у спільнотах за інтересами, ефективна комунікація та розвиток навичок емпатії сприяють формуванню соціальної стійкості. Соціальна підтримка зменшує ризик емоційного виснаження, підвищує відчуття безпеки та задоволеності життям. Розробка рекомендацій у цьому напрямі передбачає пропозиції щодо підтримки контактів із родиною, друзями та колегами, а також активну участь у групових заняттях, тренінгах та психологічних програмах розвитку.

Психопрофілактика також включає навчання особистості ефективному плануванню часу, встановленню пріоритетів та управлінню ресурсами. Організація режиму дня, поєднання роботи, навчання та відпочинку, уникнення хронічного перевантаження та багатозадачності – це необхідні умови підтримки психічного здоров'я. Рекомендації мають містити практичні поради щодо чергування активності та відпочинку, використання технік тайм-менеджменту, планування регулярних перерв і відпочинку для запобігання професійному вигоранню.

Важливим елементом психопрофілактичних заходів є також формування психолого-інформаційної грамотності. Освітні програми, тренінги та семінари з питань психічного здоров'я дозволяють особистості усвідомлювати власні психологічні потреби, розпізнавати ознаки стресових

станів, вивчати методи самопідтримки та звертатися по допомогу при необхідності. У сучасних умовах, коли вплив інформаційного середовища зростає, здатність критично оцінювати інформацію та захищати свій психічний простір є важливим профілактичним чинником.

При розробці психопрофілактичних рекомендацій слід також враховувати індивідуальні особливості особистості, вікові та гендерні характеристики, стан фізичного здоров'я та професійну діяльність. Індивідуальний підхід дозволяє підвищити ефективність профілактичних заходів, уникнути ризику формування непродуктивних моделей поведінки та забезпечити максимальне використання внутрішніх ресурсів особистості для підтримки психічного благополуччя.

Важливо, що психопрофілактика має системний і комплексний характер. Вона включає не лише заходи профілактики стресу, тривожності та депресії, а й формування здорових звичок харчування, фізичної активності, розвитку соціальних та когнітивних компетенцій. На практиці це реалізується через поєднання індивідуальних консультацій, групових тренінгів, освітніх програм, створення сприятливого соціального середовища та впровадження адаптивних стратегій поведінки.

У законодавчому та нормативному аспекті психопрофілактичні заходи підтримуються нормативними актами України. Так, Закон України «Про охорону психічного здоров'я» передбачає створення умов для збереження психічного здоров'я та надання психосоціальної підтримки. Рекомендації можуть включати поради щодо доступу до психологічних служб, участі у програмах збереження психічного здоров'я, інформаційно-просвітницьку діяльність та підвищення компетентності у сфері психічного благополуччя.

Реалізація цих рекомендацій на рівні індивідуальної практики та організаційного середовища дозволяє створити умови для збереження психічного здоров'я, підвищення стресостійкості та адаптивності особистості. Психопрофілактика стає не лише засобом запобігання психічним розладам, а й механізмом розвитку внутрішніх ресурсів, зміцнення когнітивних та емоційних здібностей.

ВИСНОВКИ

В ході написання кваліфікаційної роботи ми дійшли наступних висновків.

Психічне здоров’я особистості є одним із найважливіших показників її гармонійного розвитку та ефективного функціонування у соціумі. Воно визначається не лише відсутністю психічних розладів, а передусім наявністю внутрішньої рівноваги, емоційної стійкості, здатності до саморегуляції, самореалізації та конструктивної взаємодії з навколишнім світом. Психічне здоров’я розглядається як динамічна система, що формується під впливом поєднання внутрішніх ресурсів особистості та зовнішніх соціальних умов.

Підтримання психічного здоров’я вимагає цілісного підходу, який охоплює не лише психологічну роботу над собою, а й дотримання збалансованого способу життя, здорового харчування, фізичної активності та емоційної грамотності. Значну роль у цьому процесі відіграють позитивне соціальне оточення, міжособистісна підтримка, сприятливі умови праці й навчання.

Харчова поведінка виступає важливим компонентом способу життя, який тісно пов’язаний із психічним благополуччям людини. Вона охоплює фізіологічні потреби, емоційні реакції, когнітивні процеси та соціальні впливи, формуючи комплексну систему звичок і моделей поведінки, що визначають рівень адаптації особистості до навколишнього середовища та її здатність до саморегуляції. Усвідомлений підхід до харчування передбачає не лише вибір якісних продуктів і дотримання режиму прийому їжі, але й врахування емоційних і мотиваційних чинників, що впливають на прийняття рішень щодо раціону.

Регулярне дотримання принципів збалансованого харчування та адекватне надходження макро- і мікроелементів сприяє стабілізації емоційного стану, підвищенню когнітивних функцій, поліпшенню

концентрації та пам’яті, а також розвитку стресостійкості. Формування позитивних харчових звичок впливає на загальний психологічний комфорт, допомагає зменшити ризик тривожних і депресивних станів та підвищує здатність до ефективної взаємодії з соціальним оточенням.

Натомість дисфункціональні харчові звички, такі як переїдання, пропуск прийому їжі або надмірне споживання продуктів із низькою харчовою цінністю, можуть посилювати рівень тривожності, емоційного виснаження, дратівливості та знижувати загальний психічний потенціал особистості. Така поведінка часто стає реакцією на стресові або емоційні чинники, що створює порочне коло, в якому психологічний дискомфорт стимулює неправильне харчування, а воно, у свою чергу, погіршує психічний стан.

Проведено емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення взаємозв’язку між харчовою поведінкою та психічним здоров’ям жінок дорослого віку, яке охопило 80 учасниць віком від 18 до 70 років. У ході дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, серед яких MH4U для оцінки психічного благополуччя, FFQ-30 для аналізу частоти споживання їжі, MEDAS-14 для визначення ступеня дотримання принципів середземноморської дієти та DEBQ для виявлення психологічних детермінантів харчової поведінки. Статистична обробка даних здійснювалася з використанням методів описової та кореляційної статистики, що дозволило оцінити рівень психічного благополуччя, виділити адаптивні та дезадаптивні харчові патерни, а також виявити закономірності у взаємозв’язку між харчовими звичками та психологічним станом респонденток.

Результати дослідження показали, що більшість учасниць (71,25 %) мають низький рівень психічного благополуччя, що характеризується підвищеною емоційною напруженістю, тривожністю та зниженням стресостійкості, тоді як 28,75 % демонструють високий рівень адаптивності та емоційної стабільності. Аналіз харчової поведінки виявив, що 27,5 % респонденток мають низький рівень збалансованості харчування, 45 % –

середній, а 27,5 % – високий, що свідчить про різні ступені адаптивності харчових звичок. Переважна більшість учасниць дотримується середземноморської дієти на середньому рівні (70 %), тоді як високий рівень адаптивної харчової поведінки спостерігається лише у 8,75 % випадків. DEBQ показав, що респонденти переважно контролюють емоційне харчування, хоча спостерігаються помірні прояви зовнішніх та обмежувальних типів харчової поведінки. Отримані дані свідчать про наявність взаємозв'язку між харчовими патернами та психічним станом, підкреслюючи важливість корекції харчових звичок як засобу підтримки психічного здоров'я та розвитку адаптивних стратегій саморегуляції.

Взаємозв'язок між рівнем психічного здоров'я респонденток і їх харчовими звичками – проявляється у різній силі та напрямку кореляційних зв'язків. Так, негативний помірно виражений зв'язок між MH4U та FFQ-30 ($r = -0,28$) вказує, що у жінок із нижчим рівнем психічного здоров'я частіше спостерігаються порушення харчової поведінки, зокрема нерегулярне харчування, переїдання або використання їжі як засобу зниження психологічного напруження. Натомість сильна пряма кореляція MH4U і MEDAS-14 ($r = 0,87$) свідчить, що високий рівень психічного здоров'я асоціюється з усвідомленим дотриманням принципів середземноморської дієти, а значення $r = 0,81$ для MH4U і DEBQ підкреслює тісний зв'язок між психічним станом і схильністю до емоційного та зовнішнього харчування.

Результати дослідження демонструють, що адаптивні харчові патерни та здорові звички підтримують психічне здоров'я, тоді як порушення харчової поведінки можуть бути пов'язані зі зниженим психічним здоров'ям. Це підтверджує важливість комплексного підходу до формування здорових харчових звичок та підтримки психічного стану дорослих жінок, що може стати підґрунтям для практичних рекомендацій у сфері харчування та психологічного здоров'я.

Розроблені психопрофілактичні рекомендації мають комплексний характер і спрямовані на підтримку та зміцнення психічного здоров'я

особистості. Їх доцільність полягає у поєднанні формування здорових харчових звичок, розвитку навичок емоційної регуляції та управління стресом, регулярної фізичної активності, підтримки соціальних контактів та ефективного планування життя. Використання цих рекомендацій сприяє стабілізації емоційного стану, підвищенню стресостійкості, зміцненню когнітивних і соціальних компетенцій, а також розвитку внутрішніх ресурсів особистості. Впровадження таких заходів створює умови для збереження психічного благополуччя, самореалізації та ефективної соціальної адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 47% українців повідомляють про високий рівень стресу – результати дослідження. *Для кожної дитини*, 2025. URL : https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/47-per-cent-of-ukrainians-report-high-stress-levels

2. Fischler C. Food, self and identity. *Social Science Information*. № 27 (2), 1988. С. 275–292. URL : https://surl.li/jyjcva

3. Gompf H. S., Anaclet, C. The neuroanatomy and neurochemistry of sleep-wake control. *Current Opinion in Physiology*, 2020. № 15. P. 7-14. URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32647777/

4. Healing Amidst Conflict: Ukrainian Psychologists on the Frontlines of Mental Health, 2025. URL : https://surl.li/wjiywd

5. Kirsch D. Stages and architecture of normal sleep. In A.F. Eichler (Ed.). *UpToDate*. 2021. URL : http://112.2.34.14:9095/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep

6. Rozin, P. The meaning of food in our lives: A cross-cultural perspective on eating and well-being. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, №37, 2005. P. 107–112. URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16246277/

7. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. с. 398. URL : https://surl.li/rrvawg

8. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 25. С. 19-33. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_25_4

9. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології : монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків : Вид-во НУЦЗУ, 2017. 777 с.

10. Бацилєва О.В., Пузь І. В., Гресько І. М. Особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження. *Psychological journal,* №6, 2018. С. 167-182. URL : https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/373/246

11. Броваренко С.Р. Порушення харчової поведінки та методи психотерапії для його подолання. *The 2nd International scientific and practical conference «Scientific research: modern challenges and future prospects» (September 23-25, 2024) MDPC Publishing,* Munich, Germany. 2024. С. 213-218. URL : https://surl.lu/wqnduh

12. Василевська О.І. Психічне здоров'я особистості як соціально-психологічне явище. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія : Психологічні науки. 2016. № 3(2). С. 7–11.

13. Великодна Є., Романенко М. Філософське осмислення проблеми здоров'я особистості в інформаційно-освітньому просторі в контексті масмедійного впливу. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. «Філософія. Педагогіка»* № 2 (3) 2022. С. 14-19. URL : file:///C:/Users/innal/Downloads/63-Article%20Text-128-2-10-20230616.pdf

14. Вокер М. Чому ми спимо. Користаємо з усіх можливостей сну та сновидінь. Львів : Вид-тво «Старого Лева», 2022. 472 с. URL : https://surl.li/wxdodr

15. Волошина Ю. Особистісне зростання як чинник психологічного благополуччя фахівців харчової промисловості. *Вісник післядипломної освіти: зб.наук. пр. Сер.Соціальні та поведінкові науки.* Серія : Управління та адміністрування, 2024. С. 44-54. URL : https://ojs.uem.edu.ua/index.php/spn/article/view/718/1508

16. Голярдик М. Теоретичні аспекти дослідження стресорів у юнацькому віці. *Психологічні науки*. №1 (12), 2019. С. 67-82. URL : https://periodica.nadpsu.edu.ua/index.php/psy_zbirnyk/article/view/138/118

17. Губська О.Ю. Діагностика та лікування розладів сну, спричинених стресом: результати нового дослідження. *Неврологія*. № 6 (542), 2023. С. 2. URL : https://surl.li/ugugoq

18. Елліс А. Як зберегти емоційне здоров'я за будь-яких обставин. Київ : Сварог, 2023. 248 с.

19. Забіяченко Н.О. Розвиток самооцінки як чинник розладів харчової поведінки у жінок. *Наука і молодь – 2022: пріоритетні напрями глобалізаційних змін* : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених (м. Київ, 17 травня 2022 р.). Київ : Навчально-науковий інститут менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти», 2022 С. 72-76. URL : https://surl.li/kqsqbv

20. Калініченко Є. Важливість сну для ментального здоров'я. Як поліпшити якість сну? *Фізична культура, спорт та фізична терапія,* №5, 2024. с. 166-175. URL : https://surl.li/vvbffy

21. Калошин В. Ф. Як долати стрес у педагогічній діяльності: *Практична психологія та соціальна робота.* 2004. №9. с.60-66.

22. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни : навч.-методичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 124 с. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf

23. Каргіна Н. В. Гедоністичне та евдемоністичне розуміння психологічного благополуччя: переваги й недоліки. *Теорія і практика сучасної психології.* 2019. № 4. Т. 1. С. 27–31. DOI : https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.4-1.5

24. Кашлюк Ю.І. Психологічне здоров'я і психологічне благополуччя особистості як складові задоволеності життям. *Психологічний часопис*, №3, 2017. С. 47-56. URL : https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/600791

25. Киселевська, С. М., Россипчук, І. О., Човнюк, Ю. В.,Антонюк, О. А. Фізична активність студентів вищих навчальних закладів (ВНЗ) столиці України як засіб подолання екзаменаційних стресів. *Physical Education Theory and Methodology*, (12), 2008. с. 10–12. URL : https://tmfv.com.ua/journal/article/view/477

26. Кічук А. Феноменологія психологічного здоров'я особистості: деякі теоретичні аспекти дослідження. *Психологічні науки.* №1 (12), 2019. С. 147-158. URL : file:///C:/Users/innal/Downloads/lisoln,+10_%20(1).pdf

27. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. НК 025:2021. 1670 с. URL : https://surl.li/gprqyr

28. Костюк, Д., Костюк, В. Психічне та психологічне здоров'я особистості: поняття, зміст та критерії. *Вісник Національного університету оборони України*, 2019. 50 (2). С. 45–50. DOI : https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-2-45-50

29. Котигорошко В. Гуманістична психологія: Третя Сила в Психології. *Теорії психології, Гуманістична психологія* (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл), 2024. URL : https://www.gasformind.com/humanistychna-psykholohiya/

30. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / за ред. І. Я. Коцана. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009 316 с.

31. Лахмай О.С., Сімко Р.Т. Психологічні чинники формування харчової поведінки особистості. *The XII International Scientific and Practical Conference «Modern education – accessibility, quality, recognition and problems*», March 25-27, 2024. С. 211-214. URL : https://surl.li/qtchai

32. Лепканич А., Миронюк І. Сучасні підходи до формування здорових моделей харчування молоді, яка навчається [*Modern Approaches to the Formation of Healthy Eating Habits of Young People that are Studying].Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: zborník z medzinárodnej konferencie. Ružomberok,* 2022. С. 424-429.

33. Макаренко О. Психологічні аспекти подолання стресу. *Соціальна психологія.* 2010. № 2. С. 18–27. URL : https://surl.lt/ozxkmq

34. Маланьїна Т.М. До проблеми психологічного здоров'я. *Серія: психологічні науки.* Випуск 128, 2015. С. 176-179. URL : https://files.core.ac.uk/download/pdf/33692876.pdf

35. Міров Д. Р. Психічне здоров'я: поняття та структура. *Актуальні проблеми особистісного зростання (збірник наукових праць)*. №5, 2019. С. 90-91. URL : https://eprints.zu.edu.ua/29605/1/Mirov%20Dmitro.pdf

36. МКХ-10-АМ. Десяте видання, 2017. URL : https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/naczionalnyj-klasyfikator-nk-025.pdf

37. Назар Ю.О. Посттравматичне зростання в контексті моделей благополуччя особистості. *Психологія особистості,* Випуск 48. 2023. С. 126-130. URL : http://habitus.od.ua/journals/2023/48-2023/22.pdf

38. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с. URL : https://surl.lu/iaaypy

39. Никоненко, О., Іском, А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*. Вип. 4(72), 2023. С. 202–211. DOI : https://doi.org/10.31732/2663-2209-2023-72-202-211

40. Осадча Н.В. Чинники розладів харчової поведінки . *The 10th International scientific and practical conference «Scientific achievements of contemporary society» (May 1-3, 2025) Cognum Publishing House, London, United Kingdom.* 2025. С. 411-421. URL : https://surl.li/kfokze

41. Основи соціальної психології : підручник для закладів вищої освіти / укл. П. П. Горностай, М. М. Слюсаревський, В. О. Татенко, Т. М. Титаренко, Н. В. Хазратова та ін. ; за ред. М. М. Слюсаревського. Київ : Талком, 2018. 580 с.

42. Павелків Р.В. Вікова психологія : підручник. Вид. 2-е, стер. Київ : Кондор, 2015. 469 с.. URL : https://surl.li/ueqhnd

43. Павлюк А. Рівень тривожності зростає, але відчуття сенсу в житті зберігається: дослідження добробуту українців. 2024. URL : https://surl.li/nosgte

44. Павлюк М.М., Шепельова М.В. Сучасні психологічні технології надання психологічної допомоги сім'ям постраждалих у подоланні складних життєвих обставин : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 124 с.

45. Панченко О.А., Кабанцева А.В., Сердюк І.А. Стрес в умовах воєнного стану та його наслідки для психічного здоров'я молоді. *Науковий вісник Ужгородського національного університету,* Серія Психологія. Випуск 3, 2025. С. 65-69. URL : https://surl.li/sctkfm

46. Пашко Т. А. Сприймання образу власного тіла дівчатами юнацького віку з різним типом харчової поведінки. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2020. № 5 (336), С. 206-219.

47. Педагогіка здоров'я як основа розвитку потенціалу особистості / за ред. В.А. Гладуш, Н.В. Зимівець, З.П. Бондаренко, Л.М. Ніколенко та ін. Дніпро : ЛІРА, 2020. 384 с. URL : https://surl.li/gjsgpx

48. Пов'якель Н. І. Концептуальне обґрунтування моделі саморегуляції професійного мислення практичного психолога. *Зб. наук. пр.: філософія, соціологія, психологія. Прикарпатський ун-т ім. Василя Стефаника.* Івано-Франківськ, 2001. Вип. 6, ч. 1. С. 66-79.

49. Практика Mindfulness від Джона Кабат-Зінна, яка допомагає у подоланні стресу. 2023. URL : https://surl.li/kawqcn

50. Прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона). URL : https://studfile.net/preview/12450024/page:7/

51. Работа Т. Здоров’я як системне поняття: критерії психологічного здоров’я. *Психологічний часопис*. №3, 2017. С. 159-165. URL : https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/78/45

52. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. 2022. URL : https://surl.li/ologxh

53. Реакція «бий або біжи»: як організм реагує на загрозу. URL : https://mozok.ua/anxietydisorder/article/4278-reaktcya-bij-abo-bzhi-yak-organzm-reagu-na-zagrozu

54. Соціокультурні детермінанти розвитку психології особистості в Україні : монографія / укл. В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023, 296 с.

55. Спіцина В. Зв'язок між харчуванням та ментальним здоров'ям: Як правильне харчування впливає на депресію та тривожність. 2024. *Блог*. URL : https://surl.li/yaajqt

56. Ставицька С.О. Генеза духовної самосвідомості юнацтва. Автореф. дис. на здоб. наук. ст. докт. псих. каук. 19.00.07 – Педагогічна та вікова психологія. Київ, 2012. с. 44. URL : https://surl.li/kaqrua

57. Татенко В.О. Сучасна психологія: теоретично-методологічні проблеми : навч. посіб. / укл. В.О. Татенко. Київ : Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2009. 288 с.

58. Терлецька Л., Василенко Ю. Взаємозв’язок між психічним здоров’ям та особистісним розвитком у студентської молоді. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*, 2024. Вип. 1(19), С. 61–65. DOI : https://doi.org/10.17721/BPSY.2024.1(19).10

59. Титаренко Т.М., Ларіна Т.О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека, 2009. 104 с. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9065/1/Zhiznestoykost_lichnosti.pdf

60. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров’я людини / за ред. І.В. Толкунової. Київ : 2018. 156 с. URL : https://surl.li/pyfupb

61. Фомич, М. Теоретичні концепції психічного здоров’я особистості в психологічній науці. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. 49(1), С. 103–109. DOI : https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-49-1-103-109

62. Фотинюк, В. Г. Теоретичні основи вивчення поняття здоров'я та здорового способу життя як загальнолюдських цінностей. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова.* Випуск 3, 2021. С. 128-131. URL : file:///C:/Users/innal/Downloads/Nchnpu_015_2021_3_28.pdf

63. Цимбалюк С. Сучасні підходи до характеристики терміна «здоров’я». *Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць* № 4 (36), 2016. С. 88–94. URL : https://files.core.ac.uk/download/pdf/229334423.pdf

64. Чепелєва Н.В. Розуміння та інтерпретація життєвого досвіду як чинник розвитку особистості : монографія / за ред. Н.В. Чепелєвої. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 276 с.

65. Ріфф К. Шкала психологічного благополуччя. URL : https://www.eztests.xyz/tests/personality_ryff/

66. Шаронова, І. Психічне здоров’я особистості як предмет психологічного дослідження. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, Вип. 20. С. 738-745. DOI : https://doi.org/10.32626/2227-6246.2013-20.%p

67. Шебанова, В. І., Łodygowska, Е. Викривлення стратегій харчової поведінки як адаптаційно-компенсаторний процес тілесності та специфічне новоутворення. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 2018, (41). С. 423–442 DOI : https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-41.423-442

68. Шпак Д.О. ДО Питання про співвідношення понять «психічне здоров'я», «психічне благополуччя», «психологічне здоров'я особистості». *Journal of modern psychology* № 3 (34), 2024. С. 79-86. URL : https://surl.li/yaajqt

69. Що важливо знати про психічне здоров'я? 2023. URL : https://phc.org.ua/news/scho-vazhlivo-znati-pro-psikhichne-zdorovya

70. Ярема Н.Ю. Психологічне здоров'я особистості. *Юридична психологія*, № 2, 2015. С. 106-115. URL : file:///C:/Users/innal/Downloads/urpp_2015_2_11.pdf

71. Яременко О.О., Левін Р.Я. Ідеологія і основні принципи теорії формування здорового способу життя. *Соціологія,* 2005. С. 61-74. URL : https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2005/07/61-75__no-2-3__vol-7__2005__UKR.pdf

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця – Типи харчової поведінки особистості та можливі наслідки для психічного здоров'я

Тип харчової поведінки	**Наукові підходи до вивчення харчової поведінки**	**Характеристика**	**Можливі наслідки для психічного здоров'я**
Нормативна (адаптивна)	Медико-біологічний	Збалансоване харчування відповідно до фізіологічних потреб, відчуття голоду та насичення збережені.	Стабільний емоційний стан, низький рівень тривожності, позитивний образ тіла, профілактика розладів.
Дисфункціональна (анорексія, булімія, переїдання)	Медико-біологічний	Відхилення від фізіологічної норми: або надмірне обмеження їжі, або неконтрольовані епізоди переїдання.	Високий ризик депресії, тривоги, обсесивно-компульсивних симптомів, розладів харчової поведінки.
Емоційне харчування (компульсивне)	Психологічний	Використання їжі як способу регуляції емоцій (стрес, нудьга, смуток) незалежно від фізичного голоду.	Підвищена тривожність, ризик залежності від їжі, депресивні стани, зниження самооцінки.
Залежна харчова поведінка	Психологічний	Схожа на адиктивну поведінку: сильний потяг до їжі, толерантність, синдром відміни.	Високий ризик депресії, тривожних розладів, залежної поведінки, проблеми з контролем імпульсів.
Усвідомлене харчування	Психологічний	Увага до сигналів тіла, смаків, відчуття голоду й насичення; відсутність автоматизму в харчуванні.	Покращення емоційної регуляції, зниження тривожності, підвищення задоволення тілом, профілактика РХП.
Обмежувальна	Психологічний	Суворий контроль за їжею, страх набрати вагу, часті дієти.	Тривожні та обсесивно-компульсивні симптоми, ризик анорексії/булімії, зниження самооцінки.
Екстернальна	Психологічний	Харчування під впливом зовнішніх сигналів (вигляд, запах, соціальні обставини) без відчуття голоду.	Імпульсивність, порушення зв'язку «голод–насичення», ризик переїдання, формування звички до автоматизму.

Традиційна	Соціокультурний	Харчування відповідно до культурних традицій та сімейних звичок.	Позитивна ідентичність, соціальна належність; ризик закріплення нездорових моделей через сімейні сценарії.
Модернізована (фастфуд)	Соціокультурний	Переважання швидкої, калорійної, малопоживної їжі як частини сучасного стилю життя.	Ризик емоційного переїдання, залежності від їжі, підвищена імпульсивність і стрес.
Дієтична (за соціальними нормами)	Соціокультурний	Дотримання харчових моделей, зумовлених соціальними трендами (веганство, кето, безглютенові дієти).	Може підвищувати контроль і самооцінку, але у випадку нав'язливості – ризик орторексії, тривожності.
Раціональна	Комплексний	Свідомий вибір продуктів, дотримання принципів здорового харчування, врахування сигналів тіла та емоцій.	Позитивний образ тіла, стабільний емоційний фон, профілактика депресії та тривожності.
Нераціональна (емоційне, хаотичне, імпульсивне)	Комплексний	Відсутність структури харчування, їжа як реакція на емоції або імпульси, часті переїдання чи пропуски прийомів.	Підвищений ризик депресії, тривоги, залежності, зниження самооцінки, порушення харчової поведінки.

Додаток Б

MH4U Тест самодіагностики психічного здоров'я

Інструкція: дайте відповіді на запитання варіантами: ніколи; в окремі дні; у більш як половину днів; майже кожен день.

Опитувальник

72. Протягом останніх двох тижнів, як часто ви відчували наступні симптоми: Почувалися знервовано, тривожно або на межі
73. Не могли позбавитись або контролювати хвилювання
74. Хвилювалися надто сильно про різні речі
75. Вам було складно розслабитись
76. Були неспокійні настільки, що не могли всидіти на місці
77. Легко дратувалися чи нервувалися
78. Відчували страх, що може статися щось жахливе
79. Не відчували інтересу й задоволення від справ
80. Відчували пригнічення, сум і безнадію
81. Мали складнощі із засинанням, сном або спали забагато
82. Почувалися втомлено або не мали енергії
83. Не мали апетиту або переїдали
84. Почувалися погано щодо себе: вважали себе невдахою, або ніби ви занапастили себе й свою сім'ю
85. Вам було складно концентруватися на заняттях, таких як читання газети чи перегляд фільму
86. Говорили або рухались повільно настільки, що на це звертали увагу інші. Або навпаки, були непосидючі й неспокійні, та рухались значно більше, ніж зазвичай
87. Мали думки про те, що вам краще було би померти, або завдати собі шкоду
88. Якщо ви мали будь-які з проблем, перелічених у цьому опитувальнику, наскільки через них вам було складно працювати, займатися домашніми справами, спілкуватися з іншими людьми?

Опитувальник психічного здоров'я MH4U (Mental Health for You)

Опитувальник MH4U призначений для оцінки загального рівня психічного здоров'я та благополуччя особистості. Він охоплює основні компоненти психічного стану, що відображають емоційне самопочуття, рівень стресу, тривожності, симптоми депресії, задоволеність життям і соціальне функціонування.

Структура методики:

Опитувальник складається з 17 тверджень, що відображають різні аспекти психічного стану. Респондентам пропонується оцінити, наскільки часто протягом останніх двох тижнів вони відчували або поводилися певним чином.

Шкала відповідей:

Оцінювання здійснюється за шкалою від 1 до 4 балів:

Ніколи – 1 бал

В окремі дні – 2 бали

У більш як половину днів – 3 бали

Майже кожен день – 4 бали

Інтерпретація результатів:

Сумарний бал обчислюється шляхом додавання оцінок за всіма пунктами.

— **Високі показники** свідчать про вищий рівень психічного благополуччя, емоційної стабільності, гармонійності внутрішнього стану.

— **Низькі показники** можуть вказувати на наявність емоційного напруження, ознак тривожності, стресу чи депресивних тенденцій.

Отримані результати можуть бути проаналізовані як загальний індекс психічного здоров'я, а також диференційовано за окремими підшкалами (наприклад, «емоційне благополуччя», «стрес», «психологічна адаптація»), якщо це передбачено конкретною версією опитувальника.

Методика MH4U є стандартизованим інструментом самозвіту, широко застосовується у психологічних дослідженнях для експрес-оцінки психічного здоров'я у не клінічних вибірках (зокрема студентів, працівників, жінок тощо).

Додаток В

Опитувальник частоти споживання їжі (FFQ-30)

Інструкція:

Нижче подано перелік груп продуктів. Вкажіть, як часто ви зазвичай споживаєте кожен із них за останні 3 місяці.

Позначте одну відповідь для кожного пункту:

1 – ніколи або майже ніколи
2 – рідше ніж 1 раз на місяць
3 – 1–3 рази на місяць
4 – 1–2 рази на тиждень
5 – 3–6 разів на тиждень
6 – 1 раз на день
7 – 2 і більше разів на день

I. Зернові та хлібобулочні вироби

1. Хліб білий (пшеничний)
2. Хліб житній або цільнозерновий
3. Каші (гречана, вівсяна, пшоняна, рисова тощо)
4. Макаронні вироби
5. Солодка випічка, печиво, тістечка

II. Молочні продукти

6. Молоко або кефір
7. Йогурт (натуральний або з добавками)
8. Сир твердий
9. Творог (сир кисломолочний)
10. Масло вершкове

III. М’ясо, риба та яйця

11. М’ясо червоне (свинина, яловичина, баранина)
12. Птиця (курка, індичка)
13. Ковбасні вироби, сосиски, шинка
14. Риба (нежирна, варена або запечена)
15. Жирна риба (лосось, скумбрія, оселедець)
16. Яйця

IV. Овочі та бобові

17. Овочі свіжі (огірки, помідори, салат, капуста тощо)
18. Варені або тушковані овочі
19. Картопля (варена, пюре, запечена)
20. Картопля фрі або смажена
21. Бобові (квасоля, горох, сочевиця, нут)

V. Фрукти та ягоди

22. Свіжі фрукти (яблука, груші, цитрусові тощо)
23. Банани
24. Ягоди свіжі або заморожені
25. Сухофрукти

VI. Жири, солодощі та напої

26. Рослинна олія (соняшникова, оливкова тощо)
27. Сало, жир для смаження
28. Цукор, варення, мед, солодкі сиропи
29. Солодкі напої (сік, лимонад, газовані напої)
30. Кава або чай із цукром

Опитувальник частоти споживання їжі (Food Frequency Questionnaire, FFQ-30)

Методика FFQ-30 (Food Frequency Questionnaire) призначена для оцінки частоти споживання основних груп харчових продуктів протягом певного періоду часу. Вона дає змогу виявити характер харчових звичок респондента, визначити домінуючі типи харчування, ступінь збалансованості раціону та дотримання принципів здорового харчування.

Структура методики:

Опитувальник містить **30 пунктів**, які охоплюють основні групи продуктів:

— зернові та хлібобулочні вироби,
— м’ясо, рибу, яйця,
— молочні продукти,
— овочі та фрукти,
— жири, солодощі, напої тощо.

Кожен пункт відображає певний продукт або групу продуктів.

Процедура та обробка результатів:

Дані опитування дають змогу кількісно оцінити частоту споживання окремих продуктів і груп, а також сформувати індекс збалансованості харчування. У разі потреби частотні відповіді можуть бути перетворені в умовні числові значення (кількість прийомів їжі на тиждень або день) для подальшої статистичної обробки.

Інтерпретація результатів:

— Високі показники частоти споживання овочів, фруктів, риби, цільнозернових продуктів вказують на адаптивний (здоровий) тип харчової поведінки.
— Висока частота споживання солодощів, випічки, оброблених м’ясних виробів, напоїв із цукром свідчить про дезадаптивні тенденції в харчовій поведінці.

Методика FFQ-30 є валідним інструментом оцінки раціону, широко використовується в дієтологічних, психологічних і соціальних дослідженнях для вивчення зв’язку між харчовими звичками та фізичним або психічним здоров’ям.

Додаток Г

MEDAS-14 (Скринер дотримання середземноморської дієти)

Інструкція:

Будь ласка, познач «Так» або «Ні» для кожного твердження.

Відповідай відповідно до звичних харчових звичок за останній місяць.

За кожну відповідь, що збігається з принципами середземноморської дієти, нараховується **1 бал**.

1. Якщо ви набрали вагу, ви їсте менше, ніж зазвичай?
2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?
3. Чи часто ви відмовляєтеся від запропонованої їжі чи напоїв через те, що турбуєтеся про свою вагу? 4. Чи стежите ви за тим, що саме їсте?
5. Ви навмисне вживаєте продукти, які сприяють схудненню?
6. Якщо ви з'їли занадто багато, чи їсте ви менше, ніж зазвичай, наступні дні?
7. Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати?
8. Як часто ви намагаєтеся не їсти між прийомами їжі, тому що стежите за своєю вагою?
9. Як часто ввечері ви намагаєтеся не їсти, тому що стежите за своєю вагою?
10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?
11. Чи є у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?
12. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?
13. Чи є у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?
14. Чи є у вас бажання поїсти, коли вам самотньо?
15. Чи є у вас бажання їсти, коли вас хтось підводить?
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху? 17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли наближається щось неприємне?
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?
19. Чи є у вас бажання їсти, коли справи йдуть проти вас?
20. Чи є у вас бажання їсти, коли ви налякані?
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані?
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені?
23. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нудно?
24. Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай?
25. Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай?
26. Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачої їжі, чи є у вас бажання це з'їсти?
27. Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу?
28. Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне? 29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне?
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти?
31. Чи можете ви встояти перед смачною їжею?
32. Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять?
33. Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти?

Сумарний бал: **0–14**.

— 0–5 – низький рівень дотримання середземноморської дієти
— 6–9 – помірний рівень
— 10–14 – високий рівень

Питання

1. Чи використовуєте ви оливкову олію як основне джерело жиру для приготування їжі?
2. Чи споживаєте ви ≥ 4 столові ложки (≈ 40 мл) оливкової олії на день (включно з приготуванням та заправками)?
3. Чи вживаєте ви ≥ 2 порції овочів на день (включно з гарнірами та салатами)?
4. Чи вживаєте ви ≥ 3 порції фруктів (включно зі свіжими соками) щодня?
5. Чи споживаєте ви < 1 порції червоного м'яса, ковбас, сосисок чи гамбургерів на день?
6. Чи споживаєте ви < 1 порції вершкового масла, маргарину чи вершків на день?
7. Чи споживаєте ви < 1 порції солодких напоїв (газованих, соків із цукром) на день?
8. Чи споживаєте ви ≥ 7 келихів вина на тиждень (помірне вживання алкоголю — тільки для тих, хто не має медичних протипоказань)?
9. Чи споживаєте ви ≥ 3 порції бобових (квасоля, сочевиця, горох, нут) на тиждень?
10. Чи споживаєте ви ≥ 3 порції риби або морепродуктів на тиждень?
11. Чи вживаєте ви < 2 разів на тиждень солодощі або кондитерські вироби (печиво, тістечка, цукерки)?
12. Чи споживаєте ви горіхи (мигдаль, волоські горіхи, фісташки тощо) ≥ 3 разів на тиждень?
13. Чи віддаєте перевагу курці, індичці або кролику замість яловичини, свинини чи ковбасних виробів?
14. Чи споживаєте ви стра́ви, приготовані з овочів, бобових або круп ≥ 2 разів на тиждень (наприклад, овочеві рагу, супи, тушковані бобові)?

Оцінювання:

— Кожна відповідь, що відповідає «здоровому» варіанту (згідно з принципами середземноморської дієти), = **1 бал**.
— Загальна кількість балів = **0–14**.
— Вищий бал = краща прихильність до середземноморської дієти.

Скринер дотримання середземноморської дієти (MEDAS-14)

Методика MEDAS-14 (Mediterranean Diet Adherence Screener) призначена для оцінки рівня дотримання принципів середземноморського типу харчування. Вона використовується для визначення якісного складу раціону та ступеня відповідності харчових звичок здоровому, збалансованому стилю харчування, рекомендованому у профілактиці метаболічних, серцево-судинних і психосоматичних розладів.

Структура методики:

Опитувальник складається з 14 пунктів, які охоплюють основні компоненти середземноморської дієти:

— споживання оливкової олії як основного джерела жиру;
— кількість порцій овочів і фруктів;
— споживання бобових, риби, цільнозернових продуктів, горіхів;
— обмеження червоного м'яса, солодощів, солодких напоїв;
— помірне споживання вина під час їжі тощо.

Формат відповіді та оцінювання:

Кожне запитання передбачає дихотомічну відповідь (*так/ні*). За кожну відповідь, що відповідає рекомендованим принципам середземноморського харчування, респондент отримує 1 бал; якщо звичка не відповідає критеріям – 0 балів.

Інтерпретація результатів:

Загальний бал може варіюватися від 0 до 14.

— Високий рівень дотримання (10–14 балів) – свідчить про здоровий, збалансований тип харчової поведінки, характерний для середземноморської дієти, що позитивно впливає на фізичне й психічне здоров'я.
— Середній рівень (6–9 балів) – відображає помірну відповідність основним принципам дієти; раціон загалом збалансований, але потребує корекції окремих звичок.
— Низький рівень (0–5 балів) – недостатнє дотримання принципів здорового харчування, що може бути пов'язано з дезадаптивними харчовими патернами.

Застосування:

Скринер MEDAS-14 рекомендований для експрес-оцінки якості харчування у клінічних і наукових дослідженнях. У контексті даного дослідження він використовується для визначення адаптивності харчової поведінки та подальшого аналізу її зв'язку з показниками психічного здоров'я.

Додаток Д

Голландський опитувальник харчової поведінки

(Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) створений для виявлення обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення опитувальника було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням та супроводжуючим його ожирінням.

Текст відповідей

- **ніколи**
- **рідко**
- **іноді**
- **часто**
- **дуже часто**

1. Якщо ви набрали вагу, ви їсте менше, ніж зазвичай?
2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?
3. Чи часто ви відмовляєтеся від запропонованої їжі чи напоїв через те, що турбуєтеся про свою вагу?
4. Чи стежите ви за тим, що саме їсте?
5. Ви навмисне вживаєте продукти, які сприяють схудненню?
6. Якщо ви з'їли занадто багато, чи їсте ви менше, ніж зазвичай, наступні дні?»
7. Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати?
8. Як часто ви намагаєтеся не їсти між прийомами їжі, тому що стежите за своєю вагою?
9. Як часто ввечері ви намагаєтеся не їсти, тому що стежите за своєю вагою?
10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?
11. Чи є у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?
12. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?
13. Чи є у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?
14. Чи є у вас бажання поїсти, коли вам самотньо?
15. Чи є у вас бажання їсти, коли вас хтось підводить?
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху?
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли наближається щось неприємне?
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?
19. Чи є у вас бажання їсти, коли справи йдуть проти вас?
20. Чи є у вас бажання їсти, коли ви налякані?
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані?
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені?
23. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нудно?
24. Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай?
25. Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай?
26. Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачої їжі, чи є у вас бажання це з'їсти?
27. Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу?
28. Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне?

29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне?
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти?
31. Чи можете ви встояти перед смачною їжею?
32. Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять?
33. Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти?

Структура опитувальника

DEBQ складається з **33 тверджень**, які об'єднані у **3 шкали**:

Шкала	**Суть**	**Кількість питань**
1. **Емоційне переїдання (Emotional Eating)**	Їжа як реакція на емоції (стрес, тривогу, сум, тощо)	13
2. **Зовнішнє переїдання (External Eating)**	Їжа під впливом зовнішніх стимулів (запах, вигляд їжі, реклама)	10
3. **Обмежувальна поведінка (Restrained Eating)**	Контроль, дієти, стримування апетиту	10

Варіанти відповідей і бали

Зазвичай застосовується **п'ятибальна шкала Лайкерта**:

Варіант відповіді	**Бал**
1 – ніколи	1
2 – рідко	2
3 – іноді	3
4 – часто	4
5 – дуже часто	5

(В окремих перекладах може бути від 0 до 4 — головне, щоб інтерпретація зберігалась пропорційно.)

Підрахунок результатів

1. **Підсумуйте бали окремо для кожної шкали.**
2. **Поділіть на кількість питань у цій шкалі** – щоб отримати **середній бал**.

Наприклад:

Шкала	**Кількість питань**	**Сума балів**	**Середній бал (результат)**
Емоційне	13	45	45/13 = **3,46**
Зовнішнє	10	32	32/10 = **3,2**
Обмежувальне	10	20	20/10 = **2,0**

Інтерпретація результатів

Середній бал	**Рівень прояву поведінки**
1.0–2.0	низький
2.1–3.0	середній
3.1–4.0	помірно високий
4.1–5.0	високий

Високий показник на певній шкалі означає, що саме цей тип харчової поведінки домінує.

Наприклад:

— високий емоційний → схильність заїдати емоції;

— високий зовнішній → сильна реакція на вигляд/запах їжі;

— високий обмежувальний → тенденція до дієт, контролю, але й ризик зривів.

Голландський опитувальник харчової поведінки (– Dutch Eating Behavior Questionnaire)

Методика **DEBQ (Голландський опитувальник харчової поведінки)** призначена для **виявлення та кількісної оцінки трьох типів харчової поведінки**, які мають психологічне підґрунтя. Опитувальник дає змогу проаналізувати, які саме чинники – емоційні, зовнішні чи когнітивні — визначають спосіб харчування респондента.

Структура методики:

Опитувальник розроблено Й. ван Стрейєном (J. van Strien) та співавторами. Він містить **33 твердження**, що об’єднані у **три шкали**:

1. **Емоційна харчова поведінка (Emotional Eating)** – відображає схильність до споживання їжі у відповідь на негативні емоційні стани (стрес, тривогу, сум, роздратування).
2. **Зовнішня харчова поведінка (External Eating)** – характеризує реакцію на зовнішні подразники, такі як запах, вигляд або доступність їжі, незалежно від фізіологічного голоду.
3. **Обмежувальна харчова поведінка (Restrained Eating)** – описує свідоме обмеження прийому їжі з метою контролю маси тіла або зовнішнього вигляду.

Формат відповідей:

Респондент оцінює кожне твердження за **п’ятибальною шкалою Лайкерта**:

1 — ніколи;

2 — рідко;

3 — іноді;

4 — часто;

5 — дуже часто.

Оцінювання та інтерпретація результатів:

Для кожної шкали підраховується **середній бал** (сума балів за відповідні твердження, поділена на кількість пунктів у шкалі).

— **Високі показники** за шкалою свідчать про вираженість відповідного типу харчової поведінки (наприклад, висока емоційна реактивність на їжу).

— **Низькі показники** — про адаптивніші, контрольовані харчові звички.

— **Типові діапазони інтерпретації:**

— **3,5–5,0 бала** — високий рівень прояву певного типу харчової поведінки;

— **2,5–3,4 бала** — середній рівень;

— **1,0–2,4 бала** — низький рівень.

Застосування:

Опитувальник **DEBQ** широко використовується у психологічних і нутриціологічних дослідженнях для **діагностики дезадаптивних харчових патернів**.

У межах даного дослідження методика застосовується для **оцінки емоційних та когнітивно-поведінкових механізмів харчування** й подальшого аналізу їхнього взаємозв’язку з показниками психічного здоров’я за опитувальником **MH4U**.

Додаток Ж

Таблиця. Основні нутрієнти та їхній вплив на психічне здоров'я

Нутрієнт / компонент	Основні джерела	Вплив на психічне здоров'я
Омега-3 жирні кислоти	Жирна морська риба (лосось, скумбрія), лляна олія, волоські горіхи	Забезпечують структурну цілісність нейрональних мембран, регулюють нейрозапалення та підтримують нейропластичність; сприяють зниженню депресивної та тривожної симптоматики, покращують когнітивні функції через вплив на серотонінергічну та дофамінергічну передачу.
Вітаміни групи B (B6, B9, B12)	Цільнозернові, листові овочі, бобові, яйця	Забезпечують біосинтез нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну), підтримують стабільність емоційного стану, когнітивні функції та рівень енергії; дефіцит асоціюється з депресивними проявами, когнітивним спадом і хронічною втомою.
Магній	Горіхи, насіння, зелені овочі, бобові	Регулює активність нервової системи, впливає на роботу гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, чинить заспокійливу дію через модулювання рецепторів ГАМК; його дефіцит підвищує рівень тривожності, дратівливості та ризик депресії.
Цинк	М'ясо, гарбузове насіння, бобові	Бере участь у нейрональній сигналізації, регуляції настрою та антиоксидантному захисті клітин мозку; дефіцит підвищує вразливість до депресії та знижує ефективність антидепресивної терапії.
Триптофан	Індичка, яйця, банани, сир	Є попередником синтезу серотоніну, що визначає емоційний стан та відчуття благополуччя; недостатнє споживання знижує рівень серотоніну та підвищує ризик афективних розладів.
Клітковина	Овочі, фрукти, цільнозернові, бобові	Сприяє формуванню здорової мікробіоти кишечника, стимулює утворення коротколанцюгових жирних кислот, які впливають на нервову систему через кишково-мозкову вісь, покращуючи настрій і стресостійкість.
Пробіотики	Квашені овочі, йогурт, кефір, кімчі	Підтримують баланс кишкової мікрофлори, беруть участь у синтезі нейромедіаторів (серотоніну, ГАМК), зменшують рівень кортизолу та покращують емоційну стабільність.
Залізо	М'ясо, бобові, зелені овочі	Забезпечує транспорт кисню та енергетичний обмін у нейронах; його нестача призводить до гіпоксії мозку, хронічної втоми, зниження концентрації уваги й когнітивної продуктивності.
Антиоксиданти (вітаміни C, E, поліфеноли)	Фрукти, ягоди, зелений чай	Зменшують оксидативний стрес, що відіграє ключову роль у патогенезі депресивних станів; зменшення оксидативного пошкодження підвищує нейропластичність і сприяє емоційній стабільності.

Додаток З

Таблиця. Комплексна модель психопрофілактики психічного здоров'я особистості

Рівень психопрофілактики	Основна мета	Психологічні заходи	Методи реалізації	Очікуваний результат
Первинна (загальна профілактика)	Запобігання виникненню психоемоційних порушень	Формування стресостійкості, розвиток емоційного інтелекту, популяризація здорового способу життя	Тренінги саморегуляції, уроки психологічного здоров'я, інформаційні кампанії	Зниження рівня тривожності, підвищення психоемоційної стабільності
Вторинна (раннє виявлення ризиків)	Виявлення осіб із підвищеним ризиком психоемоційних розладів	Діагностика рівня стресу, тривожності, самооцінки	Психодіагностичні методики (тести Спілбергера, Лірі, Копінга), індивідуальні консультації	Своєчасна корекція психоемоційного стану, запобігання розвитку невротичних станів
Третинна (корекційна та відновна)	Зменшення наслідків психічних порушень, підтримка осіб у стані вигорання	Психокорекційна робота, розвиток навичок самодопомоги	Індивідуальні та групові терапевтичні сесії, арт-терапія, тілесно-орієнтовані практики	Відновлення психічної рівноваги, підвищення адаптивності, профілактика рецидивів
Соціально-організаційний рівень	Формування сприятливого психологічного клімату в колективі	Розвиток культури взаємопідтримки, толерантності, емпатії	Тімбілдінг, психологічні тренінги, супервізії для працівників	Підвищення рівня соціальної підтримки, зниження конфліктності
Освітньо-просвітницький рівень	Підвищення психологічної грамотності населення	Інформування про принципи психічного здоров'я	Семінари, лекції, вебінари, медіапроєкти	Усвідомлення важливості психогігієни, зниження стигми щодо звернення по допомогу