

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,

остаточна версія



/Підпис студента/

МЕТЕЛЬСЬКА Ірина Юріївна

**ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ
В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ. КРОС-СЕКЦІЙНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Спеціальність 053 «Психологія»

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

**Кафедра клінічної
психології**

Науковий керівник

Плевачук Оксана Юріївна
к.мед.н., доцент кафедри
психіатрії, психології та
сексології ЛНМУ ім. Данила
Галицького, лікар-психіатр,
лікар-психотерапевт

/Підпис наукового керівника/

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

**Пояснювальна записка до
магістерської роботи**

Магістр
(освітній ступінь)

на тему: **«ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ
В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ. КРОС-СЕКЦІЙНЕ
ДОСЛІДЖЕННЯ»**

Виконала: студентка 6 курсу,
Групи ЗПК 22/М
спеціальності: 053. Психологія
Метельська І. Ю.

Керівник:
Плевачук О.Ю.

Рецензент:
(прізвище та ініціали)

Метельська І.Ю. Назва магістерського проекту: «Особливості харчової поведінки населення в умовах війни в Україні: кросс-секційне дослідження». Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» /

І.Ю.Метельська/ Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. мед. наук Плевачук О.Ю. – Львів: УКУ, 2024. – 50 с.

Анотація: Тема дипломної роботи: " Особливості харчової поведінки населення в умовах війни в Україні: кросс-секційне дослідження ". Робота складається з трьох розділів, кожен з яких містить від двох до сімох підрозділів. Список літератури містить 61 джерело. Робота містить 50 сторінок.

Робота присвячена вивченню особливостей харчової поведінки населення в умовах війни в Україні.

Під час війни зміни у звичному перебігу життя, важка втрата, обстріли та складні економічні умови спричиняють високий рівень стресу, депресії та тривоги серед населення. Зміни в харчових патернах, що пов'язані зі змінами в психоемоційному стані можуть викликати додатковий стрес, знижуючи загальну стійкість людини та сприяючи розвитку неінфекційних захворювань. Це підкреслює важливість вивчення задля подальших інтервенцій, пов'язаних з раціоном задля загальної психологічної стійкості.

Метою є дослідження соціально-демографічних характеристик, психоемоційного стану, дієти та харчової поведінки когорти українців які перебували в Україні в часі війни, а також перевірка взаємозв'язку між психологічним стресом, психоемоційними розладами та апетитом і здоровим харчуванням.

Об'єктом є харчова поведінка в умовах стресу.

Предмет – особливості харчової поведінки населення в умовах війни в Україні.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літератури, онлайн-опитування, яке включало збір соціально-демографічних даних, оцінку інтенсивності стресу за шкалою сприйняття стресу, симптомів тривожності, симптомів депресії, а також опитувальник особистісних рис та харчової

поведінки. Для обробки даних використані математично-статистичні методи.

Висновок: Результати дослідження показують, що рівень стресу, тривоги та депресії серед українців значно зріс у порівнянні з довоєнними показниками, причому кількісні зміни в харчовій поведінці пов'язані з вираженістю психоемоційних розладів. Виявлено, що емоційна стабільність зменшує негативний вплив стресових факторів війни на психоемоційний стан та харчову поведінку. Це підкреслює важливість розвитку навичок емоційної регуляції та стійкості в умовах війни.

Ключові слова: стрес, депресія, тривога, харчова поведінка, апетит, стресове харчування, війна в Україні, війна, харчові звички.

Abstract.

Our study is dedicated to examining of the eating behavior characteristics of the population during the war in Ukraine and is designed as a cross-sectional study. During the war, changes in the usual course of life, severe loss, shelling, and difficult economic conditions cause high levels of stress, depression, and anxiety among the population. Changes in eating patterns associated with changes in psycho-emotional state can cause additional stress, reducing a person's overall resilience and emphasizing the importance of diet interventions.

The aim is to investigate the socio-demographic characteristics, psycho-emotional state, diet, and eating behavior of a cohort of Ukrainians who were in Ukraine during the war, as well as to examine the relationship between psychological stress, psycho-emotional disorders, and appetite and healthy eating. The object is eating behavior under the stress during war. The subject is the peculiarities of the eating behavior of the population during the war in Ukraine. Research methods: theoretical analysis of the literature, an online survey that included the collection of socio-demographic data, assessment of stress intensity using the Perceived Stress Scale, anxiety symptoms, depression symptoms, as well as a personality traits and eating behavior questionnaire. Mathematical and statistical methods were used for data processing.

Conclusion: study results show that the levels of stress, anxiety, and depression among Ukrainians have significantly increased compared to pre-war indicators, with changes in appetite associated with psycho-emotional disorders. It was found that emotional stability reduces the negative impact of war-related stress factors on psycho-emotional state and eating behavior, emphasizing the importance of developing emotional regulation and resilience skills during the war.

Keywords: stress, depression, anxiety, eating behavior, appetite, stress eating, war in Ukraine, war, eating habits.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
 РОЗДІЛ І.	
ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ	
1.1. Актуальні проблеми психічного здоров'я українців, пов'язані з досвідом переживання війни.....	11
1.2. Харчова поведінка як складова психічного здоров'я	12
1.3. Особливості харчової поведінки в умовах неконтрольованого стресу.....	13
1.4. Вивчення роль особистісних рис, як медіатора на суб'єктивний досвід стресових подій.....	17
1.5. Теоретична модель дослідження.....	
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І.....	
 РОЗДІЛ ІІ.	
МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	
2.1. Опис групи і методик дослідження.....	
2.2. Організація та етапи проведення дослідження.....	
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІ.....	
 РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ – АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ДАНИХ	
3.1. Характеристика вибірки учасників дослідження за показниками депресії, тривоги і впливу стресу.....	
3.2. Характеристика особливостей харчової поведінки населення в умовах війни в Україні.....	

3.3.	Результати дослідження зв'язку тяжкості психоемоційних розладів українців та змінами харчової поведінки.....
3.4	Результати дослідження впливу особистісних рис на зв'язок між суб'єктивним досвідом війни та харчовою поведінкою.....
3.5	Результати дослідження впливу особистісних рис на зв'язок між суб'єктивним досвідом війни та харчовою поведінкою.....
3.6	Обговорення результатів
3.7	Обмеження дослідження
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III.....
	ВИСНОВКИ
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ
	ДОДАТКИ

ВСТУП

Війна в Україні породила ряд викликів, що вимагають належного наукового розгляду. Люди протягом тривалого періоду переживали непередбачувану загрозу для свого життя, змушені були залишити свої домівки та зазнавали втрат.

Зміни у звичному перебігу життя, важка втрата, обстріли та складні економічні умови спричиняють високий рівень стресу, депресії та тривоги серед населення (Kugarov, Danyliuk, 2023).

Особливим є стрес, який виникає в умовах військових конфліктів, де ситуації можуть бути несподіваними, тривалими та нестабільними, а ресурси для управління стресом обмежені: людина відчуває стрес, але не може ефективно контролювати або змінювати фактори, які викликають цей стрес. Неконтрольованість і непередбачуваність були запропоновані як центральні терміни в розумінні неадаптивних наслідків стресу (Koolhaas, Bartolomucci, 2011)

Дослідження показали, що стрес пов'язаний із порушенням сну, пам'яті, навчання та уваги, а також викликає негативний вплив на імунну та серцево-судинну системи (Harke, 2013).

В той же час стрес може впливати на здоров'я непрямым чином, зокрема, змінюючи харчову поведінку. (Gemesi, Holzmann, Kaiser, 2022). В свою чергу зміна харчових патернів у ситуаціях стресу (недоїдання, переїдання тощо) може діяти як додатковий стресовий фактор, знижуючи загальну стійкість людини (Cotter & Kelly, 2018) та викликаючи почуття провини, яке може з'явитися через усвідомлення нездоровості свого раціону (Fraun, Livshits, & Knäuper, 2018).

Дослідження показують, що споживання під час стресу і тривоги продуктів бідної на поживні речовини їжі може сприяє розвитку низки неінфекційних захворювань, включаючи серцево-судинні захворювання та деякі види раку (Block, Grier, Childers, Davis, Ebert, 2011). Таким чином, порушення регуляції споживання їжі може мати довгострокові наслідки для здоров'я, що робить боротьбу зі змінами апетиту та споживанням їжі надзвичайно важливою.

Об'єкт – харчова поведінка в умовах стресу.

Предмет – особливості харчової поведінки населення в умовах війни в Україні.

Мета – дослідити соціально-демографічні характеристики, психоемоційний стан, дієту та харчову поведінку когорти українців які перебували в Україні в часі війни, а також перевірити взаємозв'язок між психологічним стресом, психоемоційними розладами та апетитом і здоровим харчуванням.

Завдання:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз літератури з питання харчової поведінки в умовах неконтрольованого стресу та військових конфліктів.
2. Виокремити аспекти взаємозв'язку між психоемоційним станом, пов'язаним з суб'єктивним досвідом проживання війни та харчовою поведінкою
3. Побудувати теоретичну модель
4. Розробити та реалізувати дослідження
5. Проаналізувати та підсумувати результати дослідження.

Маємо на меті перевірити наступні **гіпотези**:

1. існує зв'язок між тяжкістю психоемоційних розладів українців та змінами харчової поведінки;
2. психоемоційний стан і рівень стресу впливає на харчові патерни (недоїдання-переїдання), а також на привабливість і споживання "їжі для заспокоєння";
3. особистісні риси можуть впливати на зв'язок між суб'єктивним досвідом війни та харчовою поведінкою.

Очікується, що суб'єктивний досвід війни буде пов'язаний із змінами у харчовій поведінці, а вплив на цю взаємодію може вказувати на роль особистісних рис.

Методи дослідження.

Це дослідження було розроблене як онлайн-опитування, яке проводилося через 2 роки після початку повномасштабного вторгнення і включало збір соціально-демографічних даних, оцінку інтенсивності стресу за шкалою сприйняття стресу (PSS-10), тривожності за шкалою загального тривожного розладу (GAD-7) та симптомів депресії за шкалою PHQ-9. Особистісні риси були оцінені за допомогою короткого п'ятифакторного опитувальника особистості – TIPI-UKR, а харчова поведінка за допомогою опитувальника частоти споживання їжі (FFQ; Winkler & Döring, 1995). Математично-статистичні: програма статистичної обробки SPSS.

Наукова новизна роботи полягає у систематизації та узагальненні наукових досліджень стосовно впливу психоемоційного стану, спричиненого війною, на харчову поведінку та роль особистісних рис в цьому процесі.

Практична значущість: отримані результати можуть бути використані для розробки програм з публічного здоров'я для забезпечення належного харчування та роботи з корисними стратегіями подолання надмірного і тривалого стресу від війни.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ

1.1. Актуальні проблеми психічного здоров'я українців, пов'язані з суб'єктивним досвідом війни

Конфлікти та військові дії мають серйозний вплив на всі аспекти життя людей і суспільства. Вони впливають на психічне здоров'я тих, хто в них бере участь, а також на всю спільноту, що стає учасником цих подій. Супроводжуючі стрес, депресія та тривога можуть серйозно підірвати фізичне та емоційне благополуччя, внутрішні стосунки та повсякденне функціонування суспільства. Тривога і стрес є очікуваними наслідками травматичних подій, які впливають на якість і безпеку життя людини. (Helpman, Besser, Neria, 2015).

Існуюча наукова література свідчить, що війна має значний негативний вплив на цивільне населення, яке бере в ній участь, викликаючи тривогу (Farhood, Dimassi, and Lehtinen, 2006), стресові розлади (Kashdan, Morina, Priebe, 2009), депресію (Frounfelker, Gilman, Betancourt, 2018).

Дані дослідження, опубліковані в журналі Lancet свідчать про те, що через 12 місяців після російського вторгнення в Україну у 2022 році поширеність симптомів стресу, тривоги серед дорослого населення України досягла драматично високого рівня: 93% опитаних людей стикалися принаймні з однією з вимірних проблем психічного здоров'я на помірному або важкому рівні. Для порівняння, лише 20,8-27,7% респондентів повідомили про діагностовані проблеми з психічним здоров'ям до вторгнення. (Lushchak, Velykodna, Bolman, Strilbytska, Berezovskyi, Storey, 2024).

Люди, які змушені були покинути рідні домівки у зв'язку з загрозою і пережили вимушені переїзди, зміни у звичному способі життя, зіткнулись з необхідністю розлуки з родичами та друзями є ще більш вразливою групою, схильною до вищих показників психологічного дистресу та тривожних розладів. Вимушений переїзд значно збільшив відсоток осіб з високим рівнем стресу до 25,5% для внутрішньо переміщених осіб проти 19% для людей, які не переміщались ((Lushchak, Velykodna, Bolman, Strilbytska, Berezovskyi, Store 2024).

1.2. Харчова поведінка як складова психічного здоров'я.

Харчова поведінка - це сукупність вподобань та звичок людини, які пов'язані з їжею. «Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу», - Л. М. Абсалямова. Сюди відносяться смакові вподобання, час та режим прийому їжі, дотримання певних дієт та заборон. (Абсалямова, 2017).

Харчові звички та вибір продуктів харчування є не просто результатом впливу класу, культури, засобів масової інформації, статі чи гормонів, але й результатом індивідуальних намірів та волі людини (Liu, Xie, 2007).

Індивідуальні фактори включають вік, освіту та психологічні характеристики (Axelson, 1986.). З'являється все більше доказів того, що споживання їжі впливає на наше самопочуття. Найчастіше в цій галузі повідомляється про вплив вуглеводної їжі на настрій. (Christensen, Pettijohn, 2001). Деякі психологічні дослідження показали, що споживання вуглеводів пов'язане з покращенням настрою (Benton, Donohoe, 1999, Prasad, 1998)

Вплив дієти на стрес є привабливою темою в дослідженнях поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Люди використовують їжу не тільки для харчування, але й для подолання стресу та напруги (Wardle, Steptoe, Oliver, & Lipsey, 2000). У літературі вибір їжі розглядався як інструмент або свідомо стратегія модифікації настрою (Folkman, & Lazarus, 1980).

Wurtman RJ і Wurtman JJ розробили гіпотезу про те, що вуглеводи можуть полегшити депресію (Wurtman, R. J., & Wurtman, J. J., 1989). Коли людей, які страждають на ожиріння з потягом до вуглеводів, запитували, чому вони найчастіше перекушують продуктами, багатими на вуглеводи, причиною, швидше за все, було те, що ці продукти змушували їх почуватися спокійнішими, а не втамовували голод. Результати досліджень про вплив негативного настрою на харчування часом важко інтерпретувати через суперечливі дані щодо взаємозв'язку настрою та харчової поведінки. Зв'язок є в обидві сторони:

споживання їжі змінюється під впливом негативного настрою, як і споживання певних продуктів може призводити до погіршення настрою. У цих дослідженнях часто повідомляється про зв'язок між стресом і споживанням вуглеводів. (Liu, Xie, 2007).

Дослідження яке оцінювало зв'язок між сприйняттям стресу, депресії та частотою споживання їжі серед студентів коледжів семи міст Китаю виявило, що частота споживання свіжих фруктів зворотно та достовірно корелювала з відчуттям стресу. Аналогічно, було виявлено значну зворотну кореляцію між споживанням свіжих фруктів і симптомами депресії, тоді як між споживанням готової їжі або хрустких солоних перекусів і депресією спостерігалася позитивна кореляція. (Liu, Xie, 2007).

Канадське дослідження громадського здоров'я (Canadian Community Health Survey, CCHS у п'яти хвилях з 2000 по 2009 рік (n = 296 121 осіб у віці 12 років і старше) виявило, що більше споживання фруктів і овочів пов'язано з меншою ймовірністю депресії, психологічного дистресу, розладів настрою та тривожності - Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує щонайменше 400 г фруктів та овочів на день як цільовий показник споживання для всього населення.

Результати, отримані на основі численних перехресних вибірок, свідчать про те, що люди з більш якісним харчуванням менш схильні до депресії або депресивних симптомів. Це дослідження має важливі наслідки для громадського здоров'я, особливо враховуючи, що багато людей не дотримуються рекомендацій щодо споживання фруктів і овочів. Автори також зазначають, що механізм взаємозв'язку між якістю харчування та психічним здоров'ям потребує додаткового вивчення (Leslie , Carruthers, Daphne , Korczak, Karen , Taylor, & Ian Colman (2012)

1.3. Особливості харчової поведінки в умовах стресу

Термін "стрес" стосується процесів, пов'язаних зі сприйняттям, оцінкою та реагуванням на шкідливі події або подразники (Fink, 2010)

В той же час в своєму дослідженні «Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept» автори відмічають, що зі збільшенням кількості публікацій у галузі дослідження стресу, традиційне використання поняття "стрес" має значні проблеми. Використання терміну «стрес до станів, що варіюються від навіть найлегшої складної стимуляції до сильно аверсивних станів», на погляд дослідників, є недоречним (Koolhaas, Bartolomucci, 2011)

Аналіз фізіологічної реакції під час фізичних вправ підтверджує думку про те, що величина нейроендокринної реакції відображає метаболічні та фізіологічні потреби, необхідні для поведінкової активності. Автори пропонують обмежити термін "стрес" до умов, коли вимоги навколишнього середовища перевищують природні регуляторні можливості організму, зокрема, в ситуаціях, що включають непередбачуваність і неконтрольованість.

Гострий стрес активує адаптаційні реакції, але тривалий стрес призводить до "зношування" (алостатичного навантаження) регуляторних систем, що спричиняє біологічні зміни, які послаблюють пов'язані зі стресом адаптаційні процеси і підвищують сприйнятливність до захворювань (McEwen, 2004) Чим триваліша та інтенсивніша стресова ситуація, тим нижче відчуття майстерності та адаптивності, а отже, тим сильніша стресова реакція та ризик стійкого порушення гомеостазу (McEwen, 2004) .

На рівні нейроциркуляції хронічний стрес може впливати на мезолімбічну дофамінергічну систему та інші ділянки мозку, задіяні в ланцюгах стресу/мотивації. Разом вони можуть синергічно посилювати чутливість до винагороди, харчові вподобання, бажання і пошук гіперсмачних продуктів, а також індукувати метаболічні зміни, які сприяють збільшенню ваги і жирової маси тіла (Yau, Potenza, 2013).

Як згадувалось вище, стрес - це виклик природному гомеостазу організму; у свою чергу, організм може реагувати на стрес фізіологічною реакцією, щоб відновити рівновагу, втрачену під впливом стресора. Одним з таких гомеостазів, який порушується, є харчова поведінка (Yau, Potenza , 2013).

Зміни в харчовій поведінці та споживанні їжі можуть варіюватися від

повної втрати апетиту до значного збільшення споживання їжі (Araiza & Lobel, 2018). Фізіологічні аспекти харчової поведінки вивчаються давно, і інформацію частіше отримують на моделях тварин, яких годують стандартною лабораторною їжею. В той же час результати експериментів були досить суперечливими. Тварини, яких годували однією прісною їжею, надали докази як гіперфагії, спричиненої гострим стресом, так і гіпофагії (Morley, Levine, Rowland, 1983).

У людей спостерігаються аналогічні індивідуальні відмінності у реакції на споживання їжі - приблизно 40% збільшують і 40% зменшують споживання калорій під час стресу, тоді як приблизно 20% людей не змінюють харчову поведінку під час стресових періодів (Torres, Nowson, 2007). Інші дослідження наводять схожі цифри: під час стресових періодів біля 30% людей зменшує споживання їжі, тоді як більшість людей значно збільшує її споживання (Epel та ін., 2004, Adam & Epel, 2007).

Переїдання може мати серйозні наслідки, зокрема ожиріння та пов'язані з ним захворювання, такі як цукровий діабет 2 типу, серцево-судинні захворювання (Ruhm, 2012) і навіть когнітивні порушення та підвищений ризик розвитку деменції (Kerwin et al., 2011).

Їжа, яку переїдають у стресових умовах, як правило, дуже смачна, тобто викликає гедоністичне задоволення і, як правило, висококалорійна, наприклад, з високим вмістом цукру та/або жирів. (Tomiyama та ін., 2011). Експерименти, що моделюють стрес-індуковану їжу у тварин, продемонстрували, що під час стресу гризуни зазвичай споживають менше їжі, якщо тільки вона не є дуже смачною, а в випадку наявності смачної їжі (сало та цукор) споживання значно збільшується (Bazhan, Zelena, 2013). Експерименти, проведені на людях, також показали, що учасники, які перебувають у стресових умовах, споживають більше смачної їжі, ніж учасники, які перебувають у вільних від стресу умовах (Epel et al., 2001, Tomiyama et al., 2011, Zellner et al., 2006).

Стрес неодноразово асоціювався зі зменшенням споживання здорової їжі та збільшенням споживання нездорової (Carson, 2015; Hill та ін., 2022). Багато досліджень були зосереджені на дезадаптивній поведінці, такій як "їжа для

комфорту", яка передбачає споживання висококалорійних продуктів з високим вмістом цукру або жиру. Автори Finch & Tomiyama дослідили зв'язок між стресом і "комфортним харчуванням" у вибірці з 2 379 молодих дорослих жінок. Вони виявили, що кількість несприятливих життєвих подій, пережитих за попередній рік, і психологічний стрес, про який вони самі повідомляли протягом попереднього місяця, позитивно корелювали з комфортним харчуванням, яке визначалося тим, як часто учасниці повідомляли, що їдять, коли відчують стрес, сум, тривогу, занепокоєння (Finch, Tomiyama, 2015).

Крім того, що стрес асоціюється зі збільшенням нездорового харчування, багато досліджень також показали, що існує взаємозв'язок між стресом і зменшенням споживання здорової їжі. (Groesz та ін., 2012) виявили, що стрес асоціюється зі зменшенням споживання поживних продуктів, таких як фрукти та овочі. Ці дослідження є особливо важливими в більш широкому контексті досліджень стресу і харчування, оскільки вони припускають, що зв'язок між стресом і харчуванням може полягати не в більшому споживанні їжі як такому, а у вибіркового споживанні, коли перевага надається калорійним, солодким продуктам з високим вмістом жиру.

Споживання смачної їжі, в свою чергу, пов'язане з підвищеною сенсibilізацією мереж винагороди в мозку (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Baler, 2011), що робить очікуване споживання тієї самої або подібної їжі стає дедалі більш підкріплювальним. Гострий і хронічний стрес також пригнічує функціонування префронтальної кори (Arnsten, 2009), частини мозку яка відповідає за саморегуляцію імпульсивної, корисної поведінки, наприклад, переїдання (Heatherton & Wagner, 2011). По суті, під час стресу смачна їжа стає одночасно все більш корисною, і перед нею особливо важко встояти. З точки зору енергетичного балансу (Rosenbaum, Leibel, & Hirsch, 1997), повторювані випадки вживання їжі для подолання зі стресом, швидше за все, призведе до надмірного збільшення ваги та ожиріння. Поширеність ожиріння зростає у всьому світі, що призводить до серйозних наслідків, таких як цукровий діабет 2 типу та серцево-судинні захворювання. Емоційний стрес вважається однією з основних причин

розвитку ожиріння у людей.

1.4. Роль особистісних рис у суб'єктивному досвіді переживання стресових подій

Сприйняття та оцінка стресу залежать від конкретних аспектів зовнішніх або внутрішніх стимулів, що його викликають, і можуть бути пом'якшені або опосередковані особистісними рисами, що сприяють переживанню дистресу (Yau, Potenza 2013)

Дезадаптивні реакції на стрес були пов'язані з факторами ризику психічних розладів, включаючи депресію і тривогу (Bale, 2006). Оскільки існує значна міжіндивідуальна варіація психолобіологічних реакцій на стрес, фактори, які впливають на реактивність людини, можуть також впливати на її схильність до цих розладів (Childs, White, & de Wit, 2014).

Особистість може впливати на реакцію на стрес кількома способами. Особистісні риси можуть впливати на те, як люди сприймають певну ситуацію або на те, як вони справляються зі стресом і відновлюються після нього (Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993).

Наприклад, високий рівень емоційної стабільності може допомагати людині краще адаптуватися до стресу і сприймати його менш інтенсивно. З іншого боку, низький рівень емоційної стабільності може призвести до більшої схильності до стресу і переживання його як більш травматичного. Екстраверсія також може впливати на спосіб сприйняття стресу та взаємодію з ним. Екстравертні особистості можуть шукати підтримку від інших під час стресових ситуацій, що може допомогти їм краще впоратися з ними. З іншого боку, замкнуті особистості можуть відчувати більшу тривогу та неспроможність управляти стресом через менш активний пошук підтримки.

Фізична реакція на стрес має багатовимірний характер; вплив стресу активує симпатичну нервову систему та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову систему, викликаючи гормональні, серцево-судинні та емоційні реакції. (Strutton,

Pelton, Lumpkin, (1995). Не до кінця зрозуміло, як ці компоненти пов'язані між собою оскільки лише в небагатьох дослідженнях вимірювали кілька компонентів одночасно в одних і тих же суб'єктів (Gerra та ін., 2001; Schommer та ін., 2003). Що стосується особистості, існуючі дані свідчать про те, що гормональні, серцево-судинні та емоційні реакції на психосоціальний стрес можуть бути передбачені різними факторами, що не перетинаються. Наприклад, сильну реакцію кортизолу на стрес передбачають високим перфекціонізмом і низьким прагненням до новизни, емоційним інтелектом і самооцінкою (Kirschbaum et al, 1995; Pruessner та ін., 1997; Oswald та ін., 2006; Миколайчак та ін., 2007; Тирка та ін., 2007; Віртц та ін., 2007).

Негативний настрій після стресу прогнозували високий рівень нейротизму і низьким рівнем пошуку новизни та емоційного інтелекту (Bolger, 1990; Bolger and Zuckerman, 1995; Mikolajczak та ін., 2007; Тирка та ін., 2007; Шнайдер та ін., 2011). А нещодавній мета-аналіз досліджень, які оцінювали психосоціальні фактори та фізіологічні реакції на стрес (Chida and Hamer, 2008) дійшов висновку, що такі психологічні риси як наприклад, емоційний інтелект, відкритість, самоповага, захищають від великих гормональних стресових реакцій, тоді як рівень нейротизму обернено прогнозували серцево-судинні реакції. Стаття в щорічному огляді клінічної психології описує ще кілька загальних моделей механізмів, що лежать в основі зв'язків між особистістю і психічним здоров'ям: (Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006).

- *модель поведінки щодо здоров'я* припускає, що особистість впливає на щоденні звички, що мають відношення до здоров'я (наприклад, куріння, дієта, фізичні вправи) та інші медичні практики (наприклад, медичний скринінг).

- *модель інтерактивної модерації стресу* визначає *фізіологічні*, а не поведінкові механізми. Ця точка зору припускає, що особистість впливає на оцінку потенційно стресових життєвих обставин, а також на реакцію на них. Оцінка і копінг впливають на фізіологічні реакції на стрес (тобто нейроендокринні реакції, функціонування та запалення, серцево-судинні реакції), які, в свою чергу, сприяють розвитку захворювання (Schneiderman et al. 2005).

Модель модерації стресу також визначає вплив особистості на оцінку, подолання та фізіологічну реактивність як важливий механізм, але пропонує додатковий шлях у процесі стресу. Як і в міжособистісному підході, особистість розглядається як така, що впливає на вплив потенційних стресорів на індивіда (наприклад, міжособистісний конфлікт) і на ступінь використання міжособистісних ресурсів, що зменшують стрес (наприклад, соціальна підтримка). Через свої рішення вступати в одні ситуації, а в інші - ні, реакції, які вони ненавмисно викликають у інших людей, а також навмисною зміною соціальних ситуацій, люди впливають на міжособистісні контексти, з якими вони стикаються (Buss 1987). Таким чином, особистість може впливати на частоту, величину і тривалість впливу стресових факторів у повсякденному житті, а також а також на доступність соціальних ресурсів, що зменшують стрес. Цей механізм впливу збільшує внесок особистості в реактивність до повсякденних стресорів (Bolger & Schilling 1991, Bolger & Zuckerman 1995).

- *Моделі конституціональної схильності* описують непричинний зв'язок між особистістю та здоров'ям. З цієї точки зору, генетичний або інший конституційний фактор, що лежить в основі фактор зумовлює як фізіологічну вразливість до хвороб, так і поведінкові, емоційний та когнітивний фенотип особистості. Однак особистісні характеристики і хвороба є причиною не пов'язаними між собою ефектами цього основного фактору. У моделі поведінки під час хвороби особистість впливає на сприйняття та увагу до нормальних фізіологічних відчуттів, маркування таких відчуттів як симптоми хвороби, повідомлення про симптоми та використання медичної допомоги - але не на саму хворобу (Williams, 2004). Однак автори зазначають що, жодна з цих моделей не дає повного уявлення про потенційний зв'язок між особистістю та здоров'ям.

Індивідуальні відмінності в негативному афекті, такому як тривога і смуток, займають помітне місце в дослідженнях особистості та психічного здоров'я, хоча ця тема часом була суперечливою. Найчастіше це явище називають невротизмом або негативною афективністю, цю особистісну характеристику зазвичай визначають як "схильність до переживання, дистрес" (Smith, & MacKenzie, 2006).

Існують важливі відмінності між хронічними негативними емоціями та емоційними розладами (Cohen & Rodriguez 1995). Однак, люди з клінічно діагностованими тривожними або депресивними розладами мають високі показники за шкалами негативної афективності або невротизму (Clark et al. 1994), а високий рівень цієї риси пов'язані з підвищеним ризиком подальшого розвитку тривоги та розладів настрою.

Особистість відноситься до "психологічних якостей, які сприяють формуванню стійкої та відмінної моделі почуттів, мислення та поведінки людини" (Cervone and Pervin, 2013,), а отже, до "індивідуальних відмінностей, або вимірів, за якими люди відрізняються один від одного" (Barenbaum and Winter, 2008, с. 7). У наукових дослідженнях риси особистості можуть використовуватися як предиктори або результати (змінні дослідження, що становлять основний інтерес), як медіатори або модератори, або просто як важливі контрольні змінні при вивченні взаємозв'язків між іншими конструктами.

1.5. Теоретична модель дослідження

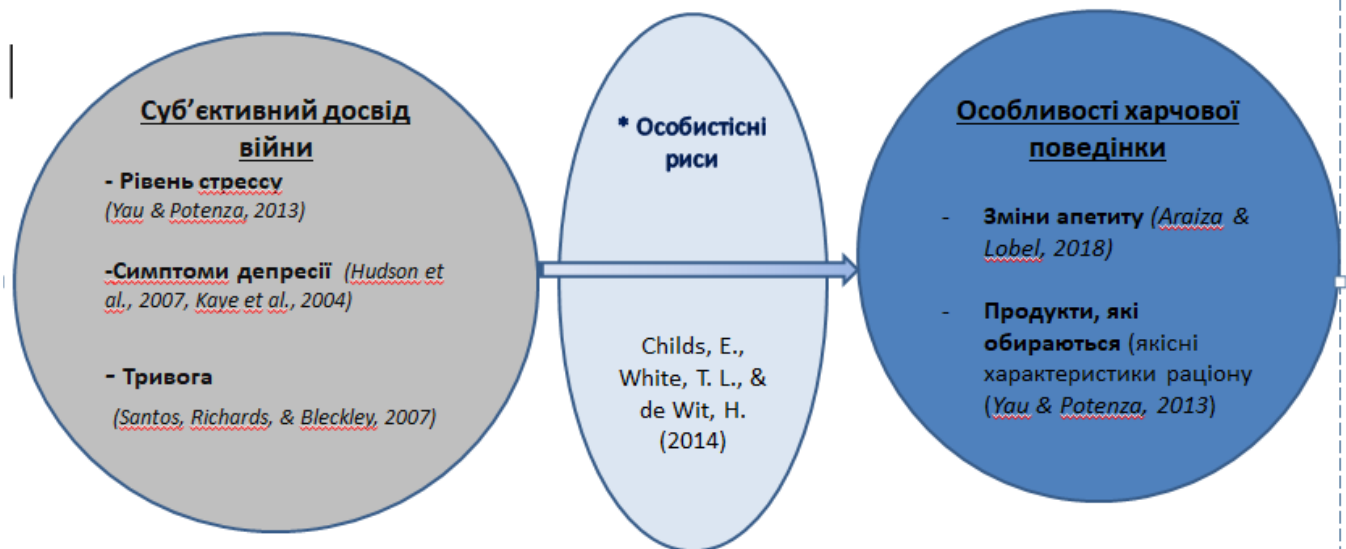


Рис. 1.1 Блок схема теоретичної моделі

Очікується, що суб'єктивний досвід війни буде пов'язаний із змінами у харчовій поведінці (недоїдання-переїдання), а також на привабливість і

споживання "їжі для заспокоєння"), а вплив на цю взаємодію може вказувати на роль особистісних рис.

Висновки до розділу I

Війна і конфлікти мають серйозний вплив на психічне здоров'я українців, спричиняючи стрес, депресію та тривогу, що в свою чергу може призвести до серйозних порушень фізичного та емоційного благополуччя, а також до проблем у повсякденному функціонуванні суспільства.

Стрес може впливати на харчову поведінку людини, викликаючи як збільшення, так і зменшення апетиту. Відчуття стресу може призвести до збільшення споживання висококалорійної та менш здорової їжі, такої як солодощі та їжа з високим вмістом жиру, та водночас до зменшення споживання здорової їжі, такої як фрукти та овочі.

Існує двосторонній взаємозв'язок між якістю харчування та психічним здоров'ям. Зв'язок між частотою і типом споживання їжі, відчуттям стресу і депресією свідчить про те, що дієтичне втручання може розглядатися як стратегія, інтегрована в програму психологічної профілактики серед звичайного населення.

Асоціації стресу з харчовою поведінкою спостерігаються досить послідовно, з деякою варіативністю, зумовленою індивідуальними відмінностями. Більшість людей переживають негативні життєві події, однак вплив цих подій залежить від таких факторів, як особистість, ресурси подолання та підтримка. У численних добре спланованих проспективних дослідженнях було виявлено зв'язок між кількома особистісними характеристиками та подальшими результатами фізичного і психічного здоров'я

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика методик дослідження

I. Рівень стресу був оцінений за допомогою **Шкали сприйняття стресу (PSS-10)** - опитувальника, що складається з десяти пунктів і має оцінку від 0 до 40 балів. (Вельдбрехт, Тавровецька, (2022) Кожного респондента просили оцінити частоту перелічених почуттів і думок, які він спостерігав протягом останнього місяця, використовуючи стандартну шкалу Лайкерта від "ніколи" (0) до "дуже часто" (4). Сума балів від 0 до 13 вважалася низьким рівнем стресу, 14-26 - помірним, а 27-40 - високим рівнем стресу.²² Альфа Кронбаха для PSS-10 була оцінена на рівні 0,881.

II. Симптоми тривоги вимірювались за допомогою опитувальника **«General Anxiety Disorder-7» - GAD-7** (Williams N. The GAD-7 questionnaire. *Occup Med.* 2014; 64: 224.) Цей опитувальник, що складається з семи пунктів, визначає стан психічного здоров'я респондента протягом попередніх двох тижнів. Респондент мав оцінити, наскільки він або вона відчували себе нервовим, тривожним, нездатним контролювати хвилювання, легко дратівливим і боявся, що щось може статися, як "зовсім не відчував", "протягом декількох днів", "більше половини днів" або "майже кожен день". Загальні бали від 0 до 21 були розподілені наступним чином: 0-4 - відсутність або мінімальна тривожність, до 10 - легка тривожність, до 15 - помірна тривожність, 16 і вище - сильна тривожність.

III. для вимірювання *симптомів депресії* була використана скринінгова шкала **«Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, Williams, 2001)** Опитувальник здоров'я пацієнта-9 включає 9 запитань, кожне з яких відповідає одному симптому депресії та передбачає чотири варіанти відповідей від (1) ніколи до (4) майже щодня, які були перекодовані в діапазоні від 0 до 3 балів. Таким чином, сумарна оцінка за опитувальником може коливатися від 0 до 27 балів.

IV. особистісні риси оцінювались за допомогою *адаптованої і валідизованої методики ТІРІ (10- пунктового опитувальника рис особистості*, розробленого С.Гослінгом, П.Ренфру і В.Свонном (Klimanska, Haletska, Ukrainain adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi (tipi-ukr). . Десятифакторний особистісний опитувальник (ТІРІ) - це короткий інструмент, призначений для оцінки особистісних вимірів п'ятифакторної моделі (FFM). Він був спеціально розроблений, щоб забезпечити короткий варіант оцінки в ситуаціях, коли використання більш комплексних інструментів FFM є ускладненим, для прикладу дослідження зі значною кількістю шкал. ТІРІ складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється від 1 (повністю не згоден) до 7 (повністю згоден). Кожен вимір фактора "Великої п'ятірки" (Е-екстраверсія, А-згоду, С-сумлінність, ЕС-емоційна стабільність та О-відкритість) представлений двома пунктами, і при підрахунку балу за цим виміром (тобто середнього балу за двома пунктами) один пункт повинен бути перекодований (наприклад, за 7-бальною шкалою оцінка "7" перетворюється на "1", і навпаки). Пункти зі зворотним кодуванням: 2, 4, 6, 8, 10. Чим вищий бал, тим вищий рівень ознаки

V. Споживання їжі, оцінювали за допомогою *опитувальника частоти споживання їжі (FFQ; Winkler & Döring, 1995, 1998)*, що дозволило оцінити частоту споживання різних груп продуктів за 6-бальною шкалою від (1) майже щодня до (6) ніколи. Шкала перекладена українською мовою. Ми оцінювали загальний рівень здорового харчування за допомогою індексу здорового харчування (ІЗХ), який розраховується на основі частоти споживання 15 груп продуктів ("м'ясо", "ковбаси", "риба", "картопля", "макаронні вироби", "рис", "сирі овочі", "варені овочі", "свіжі фрукти", "шоколад", "тістечка", "солоні закуски", "цільнозерновий хліб", "чорний хліб", "кукурудзяні пластівці", "мюслі", "яйця"; (Winkler & Döring, 1995). Бали варіюються від 0 до 30. Показники від 0 до 13 відповідають нездоровому харчуванню, 14-15 вказують на нормальність харчування людини, а 16-30 балів є свідченням того, що харчування людини в цілому здорове (Winkler & Döring, 1995

2.2. Дизайн та організація дослідження

Онлайн-опитування було визнано найбільш підходящим інструментом для цього дослідження, щоб охопити людей по всій країні. Опитування включало збір соціально-демографічних даних (вік, стать, освіта, попереднє поточне місце проживання, а також рівень задоволеності поточним місцем проживання, соціальний стан) та 5 валідованих анкет для самозвіту для вимірювання рівня стресу, тривоги та депресії, а також оцінки особистісних рис і патернів харчування.

Дизайн і процедура.

Опитування поширювалося онлайн з 18 березня 2024 року по 18 квітня 2024 року. Ми провели онлайн-опитування зосередившись на самозвітах учасників про психологічне благополуччя (ознаки депресії, тривоги, стресу), апетит, зміни в споживанні кількості їжі протягом 2-х років війни, зміни у вазі та вибір їжі.

Опитування починалося зі вступу, в якому містилася інформація про дослідника, мету опитування, а також інформація про конфіденційність. Учасники не отримували жодних заохочень.

На першій сторінці опитування всі учасники дали згоду на участь у цьому дослідженні, поставивши галочку у відповідному полі. Далі 10 питань було присвячено ряду демографічних та соціальних показників: ми зібрали демографічні дані, включаючи вік (чотири варіанти відповідей), стать (три варіанти відповідей), рівень освіти (п'ять варіантів відповідей), попередній тип житла (п'ять варіантів відповідей) і поточний (п'ять варіантів відповідей), тривалість перебування в місці безпосередніх бойових дій (чотири варіанти відповідей), а також задоволеність поточними умовами життя (п'ять варіантів відповідей), також учасники повідомили про зміни в кількості споживання їжі та зміни в апетиті і вазі.

В кінці анкети учасники отримали контактні дані служб психологічної підтримки на випадок, якщо під час опитування у них виникне дистрес, а також рекомендації щодо тарілки здорового харчування згідно Гарвардській моделі.

В дослідженні взяли участь 123 особи, віком від 18 років, з яких 95 осіб жіночої статі, 28 – чоловічої (Рис.2.1).

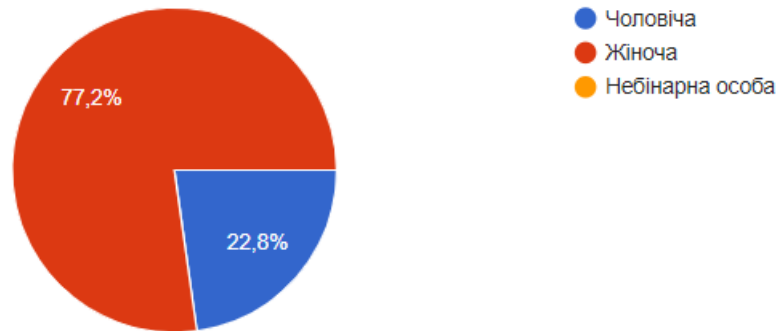


Рис.2.1. Розподіл учасників дослідження згідно статі

Переважає більшість учасників були високоосвіченими, про що свідчить наявність вищої освіти: 70 % магістрів. 24%- бакалаврів і 6% мають науковий ступень.

Таблиця 2.1.

Розподіл учасників дослідження згідно віку

Вік, років	Відсоток респондентів
18-30	26 %
31-45	66 %
46-60	5,7%
60 і більше	2,4%

Опитування було анонімним. Перед кожним запитанням ми вказували інструкції щодо особливостей заповнення кожного опитування. До критеріїв включення увійшли громадяни України віком від 18 років, які перебували в Україні будь-який проміжок часу після початку повномасштабного вторгнення (24.02.2022). До критеріїв виключення – особи, які проживають за кордоном і не мали досвіду війни, також не громадяни України.

Отримавши та опрацювавши дані, ми провели математично-статистичний аналіз. Ми здійснили, дисперсійний, кореляційний та регресійний аналізи.

Сильними сторонами ми вважаємо те, що тема харчової поведінки, є актуальною та малодослідженою в Україні, дослідження проводиться в часі війни. Також цікавим є те, що ми досліджуємо модеруючий вплив особистісних рис.

Висновки до розділу II

Ми здійснили теоретичний огляд застосованих нами методик, до яких належать PHQ-9, GAD-7, PSS, TIPI-10, FFQ

Ми побудували дизайн дослідження та сформувавши основні етапи нашого дослідження, враховуючи ключові критерії включення та виключення, а також виклики і сильні сторони

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ – АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ДАНИХ

3.1. Характеристика вибірки учасників дослідження за показниками психоемоційних розладів депресії, тривоги та впливу стресу.

Первинними результатами був суб'єктивний досвід війни, а саме сприйняття учасниками психологічного стресу та тяжкість психоемоційних розладів; остання змінна включала два компоненти: (1) рівень депресії та (2) рівень тривоги.

Депресія. Середнє значення рівня депресії згідно шкали PHQ-9 склало 9,9 балів (в середньому 10,1 балів у жінок і 9,4 балів у чоловіків).

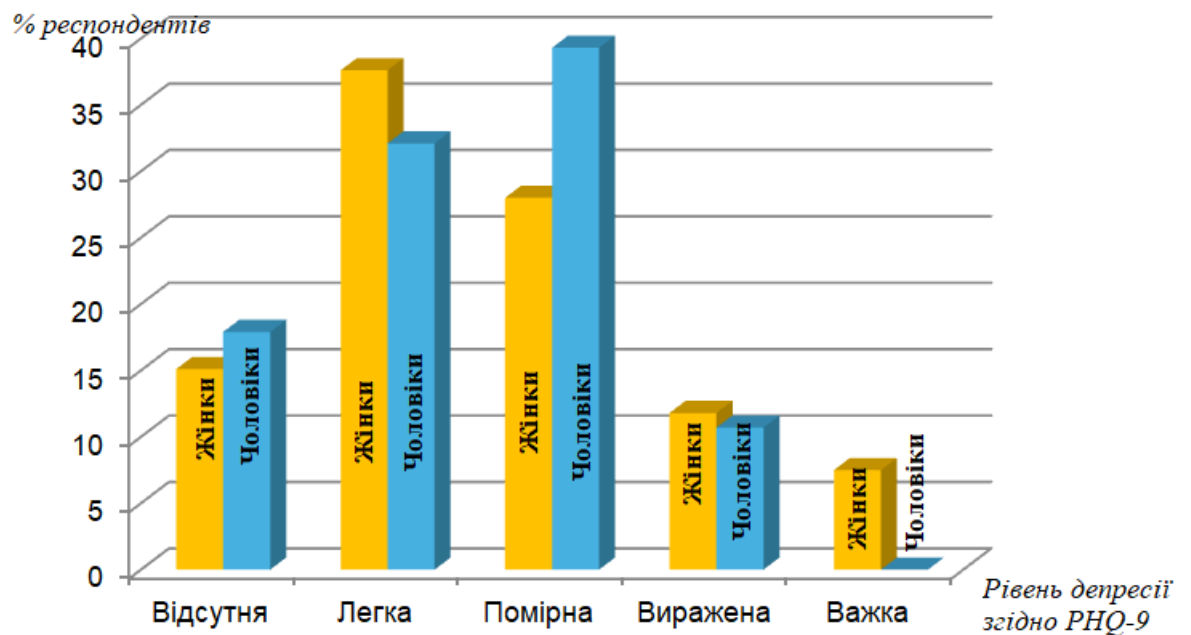


Рис.3.1. Гендерний розподіл учасників дослідження згідно визначеному рівню депресії

Для порівняння з довоєнними показниками ми використали дані Національного дослідження STEPS в Україні, проведеного в липні-листопаді 2019 року Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міністерством охорони здоров'я України та громадськими організаціями; воно включає дані понад 4500 учасників з усіх регіонів України (Національне дослідження STEPS в Україні, 2019

<https://www.phc.org.ua/naukovadiyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-neinfekciynikh-zakhvoryuvan/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini>]).

Показники, отримані в нашому дослідженні, значно перевищують показники, отримані в українців у довоєнний період. Відповідно, війна, вимушене переселення, зміни в рівні доходу могли призвести до погіршення показників психоемоційного стану українців.

Загальнонаціональне дослідження STEPS (2019) показало, що кожний 8-й дорослий в Україні (12,4%) повідомляв про симптоми, які відповідають клінічному діагнозу депресії, наше дослідження виявило, що симптоми депресії вираженого і важкого ступеню мають щонайменше 46% респондентів.

Важка депресія виявлялась лише у жінок (рис. 3.1). Ці дані відповідають також даним дослідження проведеного в березні 2024р в рамках Всеукраїнської програми ментального здоров'я у межах ініціативи першої леді України О. Зеленської (<https://gradus.app/uk/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/>), де порівняно з чоловіками серед жінок було зафіксовано ознаки більшої кількості негативних станів.

Стрес. У вибірці отримані оцінки PSS в інтервалі від 14 до 30 балів із середнім 23,5 ($\pm 3,8$). Сума балів від 0 до 13 вважалася низьким рівнем стресу, і в цю групу не попало жодного респондента, 14-26 - помірним, а 27-40 – високим. Найбільше стрес відчувала вікова група 46-60 років (середній показник по цій віковій групі 26 (3,2) балів, в інших вікових групах середній показник 23 (3,8) . Статистично значущої різниці в показниках залежності стресу від віку і статі ми не знайшли, але помітна тенденція до того, що жінки відчують стрес більше, це також корелює з даними вищезгаданого дослідження Gradus.

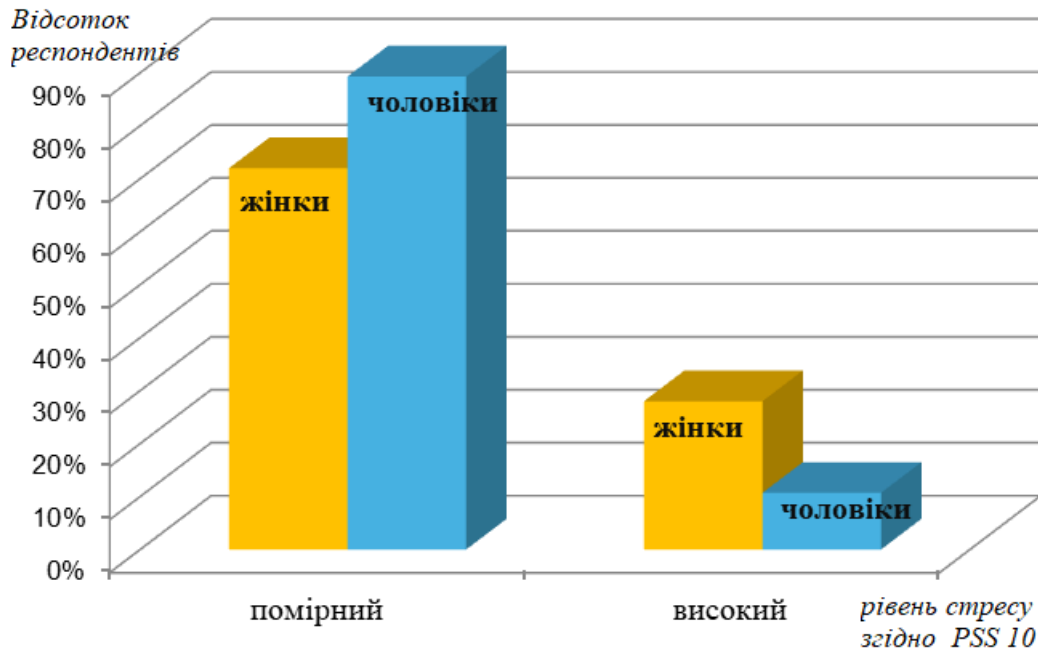


Рис.3.2. Гендерний розподіл учасників дослідження згідно визначеному рівню стресу

Тривога. Загальна кількість балів від 0 до 21 були розподілені таким чином: до 5 - відсутність або мінімальна тривожність, 5-9 легка, 10 – 14 помірна тривожність, 15 – 21 - сильна тривога. Показник 10 балів було рекомендовано для виявлення людей, які можуть мати тривожний розлад, що потребує подальшої діагностики (Williams, 2014)

Середнє значення для вибірки склало 7,2 (+- 4,3) : у жінок 7,5 у чоловіків 6,1

Таблиця 3.1

Розподіл учасників дослідження згідно рівням тривоги по шкалі GAD-7

	Рівень тривоги			
	мінім.	середній	Помірний	Високий
СТАТЬ				
жіноча	33,3 %	34,4 %	24,7 %	7,5 %
чоловіча	42,9 %	35,7 %	17,9 %	3,6 %
ВІК				
18-30	41,9 %	32,3 %	19,4 %	6,5 %

31-45	30 %	37,5 %	26,3 %	6.3 %
46-60	57,1%	28,6 %	0	14,3
60 і більше	66,7 %	0	33,3 %	0

Інтерпретуючи ці результати, необхідно враховувати, що на момент участі в дослідженні переважна більшість респондентів переживали досвід війни більше 2-х років. Це може означати, що у них було достатньо часу, щоб подолати період гострого стресу і адаптуватись до нових умов життя. Цим частково можна пояснити невисоке середнє значення тривоги, порівняно з даними за 2022р. Можна відмітити залежність тривоги від віку і статі, а саме тенденцію до зростання з віком резильєнтності, а також вищу схильність до тривожних переживань у жінок.

Ми зібрали додаткову демографічну інформацію про житлову ситуацію учасників (Таблиця 3.2). Отже, **значний відсоток людей (43,9 %) вимушено змінили місце проживання**, з яких 8 % переїхали з великих міст та обласних центрів на невеликі міста та села. При цьому переважна більшість респондентів (77%) загалом задоволені своїм теперішнім місцем проживання, що може виступати додатковим фактором стійкості.

Таблиця 3.2.

Розподіл учасників дослідження згідно типу місцевості проживання

Тип місцевості	До 24.02.2022	Станом на зараз
Обласний центр та м.Київ	86,2 %	78%
Місто, яке не є обласним центром (більше 100тис. мешк.)	8,1%	8,9 %
Невелике місто (до 100тис.мешк) і сільська місцевість	6 %	14 %

Значна частина респондентів – 44 % повідомляють про зменшення рівня доходу у зв'язку з війною, в порівнянні з довоєнним рівнем, що може бути додатковим фактором погіршення психоемоційного стану

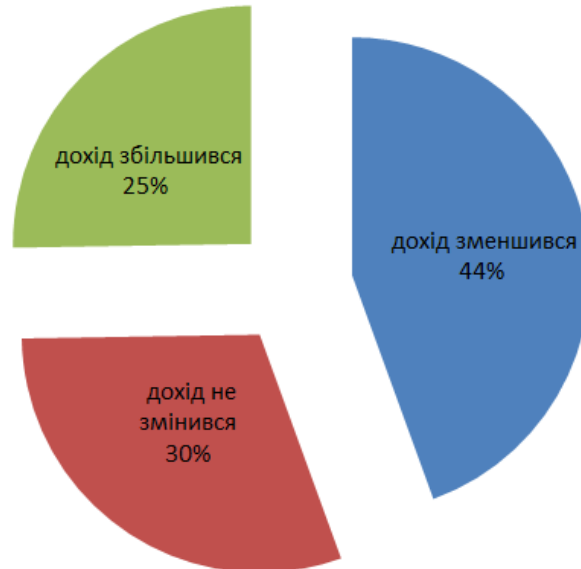


Рис.3.3. Розподіл учасників дослідження згідно змін у рівні ДОХОДУ в порівнянні з довоєнним часом

3.2 Характеристика особливостей харчової населення в умовах війни в Україні.

За результатами нашого дослідження, 50,4% українців спостерігають зміни в апетиті протягом останніх двох років, з них 33,4 % відмічають збільшення в загальному споживанні їжі і 7% відмітили, що в часі війни вони стали їсти менше ніж зазвичай.

В той же час близько 50% респондентів відмітили, що їхній апетит не змінився і вони їдять стільки ж, як раніше. Цьому показнику резилієнтності могли посприяти фактори, які допомагають людям краще впоратись зі стресом без значних змін в поведінці від ефективних копінг стратегій і до індивідуальних відмінностей реакції на стрес.

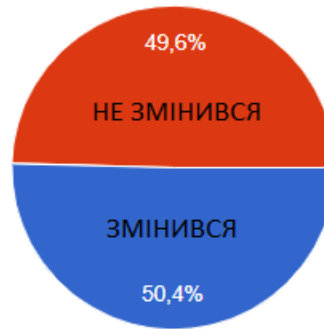


Рис.3.4. Розподіл учасників дослідження згідно змін апетиту за останні 2 роки

Відмінність результатів нашого дослідження від попередніх (див. с.16) можна пояснити різними характеристиками стресорів, з якими стикаються люди, в тому числі тривалістю експозиції до стресора, різними стратегіями копіngu, які використовуються, а також їхнім загальним станом здоров'я та психологічною стійкістю.

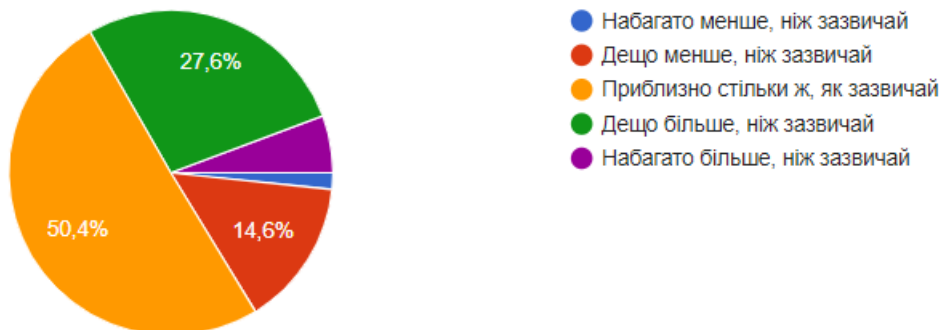


Рис.3.5. Розподіл учасників дослідження згідно змін у харчовій поведінці за останні 2 роки (кількісно)

3.3 Результати дослідження зв'язку тяжкості психоемоційних розладів українців та змінами харчової поведінки

Першою гіпотезою дослідження була теза, згідно якої існує зв'язок між тяжкістю психоемоційних розладів українців та змінами харчової поведінки. Для того щоб виявити зв'язки між рівнями депресії, тривоги, стресу та змінами в апетиті і кількості споживання було проведено кореляційний аналіз за допомогою критерію Пірсона.

Були виявлені сильні кореляції між психоемоційними проявами учасників, тобто стресом, депресією та тривогою. Як і передбачалося, вираженість змін апетиту була пов'язана з вираженістю стресу, депресії та тривоги .

Сила кореляційного зв'язку між:

1. Вираженістю змін апетиту та:

- рівнем депресії $r=0,641$ ($p=0,000$);

- рівнем тривоги $r=0,483$ ($p=0,000$)

- рівнем стресу $r=0,293$ ($p=0,001$);

Інші зв'язки, в тому числі між психоемоційними розладами та частотою споживання деяких груп продуктів виявились статистично не значущі. Таким чином вищі рівні стресу , тривоги та депресії пов'язані з більш значним підвищенням або зниженням апетиту.

3.4 Результати дослідження впливу психоемоційного стану на харчові патерни.

Для перевірки **другої гіпотези**, а саме того, що психоемоційний стан і рівень стресу впливає на харчові патерни (недоїдання-переїдання), а також на привабливість і споживання висококалорійних продуктів з високим вмістом цукру або жиру (comfort food) було проведено регресійний аналіз. Результати регресійного аналізу показали, що підвищений рівень стресу та негативний психоемоційний стан асоціюються з підвищеною схильністю до недоїдання -переїдання. Було виявлено наступні значення коефіцієнтів регресії (R^2) з рівнем значущості 0,000:

а) Вираженість змін апетиту та рівень сприйнятого стресу по шкалі PSS 10: **$R^2 = 0,076$**

Це значення R^2 показує, що виявлений у респондентів рівень стресу пояснює приблизно 7.6% варіацій у зміні апетиту. Хоча кореляція між стресом і змінами апетиту є, вона відносно слабка

б) Вираженість змін апетиту та рівень депресія PHQ-9: $R^2 = 0,401$. Це значення R^2 вказує, що рівень депресії пояснює приблизно 40.1% варіацій у зміні апетиту. Це досить сильна кореляція, що свідчить про те, що депресія значно впливає на зміни апетиту.

в) Вираженість змін апетиту та рівень тривоги по шкалі GAD-7 , $R^2 = 0,228$. Це значення R^2 показує, що рівень тривоги пояснює приблизно 22.8% варіацій у зміні апетиту. Це середня кореляція, що вказує на помірний вплив тривоги на зміни апетиту.

Друга частина гіпотези пов'язана з впливом психоемоційного стану на споживання «їжі для заспокоєння». Згідно низки досліджень до цієї категорії відносять висококалорійні продукти з високим вмістом цукру та жиру. По використаній нами шкалы FFQ, це наступні категорії продуктів: чіпси, горішки та солоні перекуси, тістечка та торти, шоколад і шоколадні цукерки. Аналіз не виявив статистично значущих зв'язків між рівнем стресу, тривоги або депресії та частотою споживання вказаних продуктів.

Описані результати частково підтверджують другу гіпотезу, що психоемоційний стан (стрес, депресія, тривога) впливає на харчові патерни. Особливо значний вплив має депресія, що сильно корелює зі змінами апетиту. Стрес та тривога також впливають на харчові патерни, але в меншій мірі. Це свідчить про те, що психологічні стани дійсно можуть впливати на те, як людина споживає їжу, змінюючи її апетит та харчову поведінку.

3.5 Результати дослідження впливу особистісних рис на зв'язок між суб'єктивним досвідом війни та харчовою поведінкою.

Гіпотеза 3 полягала в тому, що особистісні риси можуть впливати на зв'язок між суб'єктивним досвідом війни та харчовою поведінкою.

Єдина особистісна риса, яка показала статистично значущі зв'язки як з психоемоційним станом, так і з харчовою поведінкою – це емоційна стабільність. На противагу нейротизму вона вказує здатність до емоційної адаптації, ефективного подолання стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі негативних переживань. Високий рівень емоційної стабільності означає здатність контролювати стрес без відчуття напруги, дратівливості чи страху, тоді як низький рівень вказує на високий нейротизм, знижені здібності до емоційної саморегуляції, схильність до тривоги, сором'язливості та розгубленості в присутності інших, а також до переживання страху і напруги (Кліманська, Галецька 2019). Було виявлено наступні коефіцієнти регресії:

а) емоційна стабільність та вираженістю змін апетиту $R^2 = 0,139$, таким чином емоційна стабільність має слабкий позитивний зв'язок із вираженістю змін апетиту. Це означає, що вищий рівень емоційної стабільності дещо зменшує вираженість змін апетиту, емоційна стабільність пояснює приблизно 13.9% варіацій у вираженості змін апетиту, це означає, що ця риса має певний вплив на зміни апетиту, хоча й не дуже сильний

б) емоційна стабільність та рівень стресу $R^2 = 0,245$ вищий рівень емоційної стабільності асоціюється з нижчим рівнем стресу. Значення коефіцієнта регресії ($R^2 = 0,245$) вказує, що емоційна стабільність пояснює приблизно 24.5% варіацій у рівні стресу, що свідчить про помітний вплив емоційної стабільності на рівень стресу.

в) емоційна стабільність та рівень депресії $R^2 = 0,206$: вищий рівень емоційної стабільності пов'язаний з нижчим рівнем депресії. Значення коефіцієнта регресії ($R^2 = 0,206$) показує, що емоційна стабільність пояснює приблизно 20.6% варіацій у рівні депресії, що означає, що емоційна стабільність має помірний вплив на рівень депресії

г) емоційна стабільність та рівень тривоги $R^2 = 0,296$: вищий рівень емоційної стабільності асоціюється з значно нижчим рівнем тривоги. Значення коефіцієнта регресії вказує, що емоційна стабільність пояснює приблизно 29.6% варіацій у рівні тривоги. Це помірно сильна кореляція, що свідчить про значний вплив емоційної стабільності на рівень тривоги.

Ці результати свідчать про те, що люди з вищим рівнем емоційної стабільності менш схильні до сильних змін апетиту і мають нижчі рівні стресу, депресії та тривоги, вони краще справляються з психологічними наслідками війни, що позитивно впливає на їхню харчову поведінку та загальне психоемоційне здоров'я. Відсоток варіацій, пояснюваний емоційною стабільністю, свідчить про її значущу роль у формуванні психоемоційного стану та харчової поведінки.

3.5. Обговорення результатів

Результати дослідження підтверджують першу і частково другу гіпотезу щодо зв'язку між психоемоційними розладами та змінами апетиту та кількості їжі, що споживається, проте не виявлено значущих кореляцій з іншими аспектами харчової поведінки, а саме з якісними його характеристиками. Це підкреслює важливість подальших досліджень для глибшого розуміння впливу психоемоційного стану на різні харчові патерни в умовах війни.

Ми очікували, що підвищений рівень стресу, депресії та тривожності буде пов'язаний зі збільшенням частоти споживання кількох груп здорових і нездорових продуктів, а саме дослідження вказували на збільшення споживання висококалорійної та менш здорової їжі, такої як солодощі та їжа з високим вмістом жиру, та водночас до зменшення споживання здорової їжі, такої як фрукти та овочі. Нами не було виявлено статистично значущих зв'язків між рівнями стресу, депресії та тривоги та рівнями споживання овочів, фруктів, а також їжі для заспокоєння (чіпсів, горішків, шоколаду, тістечок). Результати можуть бути пояснені наступними факторами:

- Війна триває вже більше двох років, що могло призвести до адаптації та зміни реакції на стрес у населення
- Вибірка має високий рівень освіти (бакалавр і вище) . Люди з вищим рівнем освіти частіше мають краще розуміння здорових харчових звичок та їх вплив на організм. Звісно, це є загальною тенденцією і не завжди відображається в кожній конкретній ситуації, але частково може пояснити результати дослідження
- Більшість учасників опитування (76%) мають вік більше 31 року. Люди середнього віку часто мають усталені харчові вподобання та звички, сформовані протягом життя. Вони можуть бути більш свідомі про важливість здорового харчування, особливо з огляду на можливі проблеми зі здоров'ям, які можуть з'являтися з віком. Люди середнього віку часто починають звертати більше уваги на своє здоров'я та можуть робити більш зважений вибір щодо своєї дієти, включаючи більше фруктів, овочів, цільнозернових продуктів та нежирних білків у своєму раціоні. У цьому

віці люди часто досягають більшої фінансової стабільності, що дозволяє їм витратити більше грошей на якісні продукти та здорове харчування

- Майже 80% опитаний проживають в обласних центрах. Це також може мати вплив на харчові звички. Обласні центри часто мають вищий рівень впливу медіа та інформації, що сприяє популяризації здорового способу життя та харчування. Тут частіше проводяться освітні заходи, рекламні кампанії та інші активності, спрямовані на підвищення обізнаності про важливість здорового харчування. У великих містах є більше можливостей для відвідування спортивних клубів, фітнес-центрів та інших закладів, що підтримують здоровий спосіб життя, що може впливати на вибір харчування.

В гіпотезі 3 ми припускали, що особистісні риси можуть впливати на зв'язок між суб'єктивним досвідом війни та харчовою поведінкою. Значущий вплив було виявлено лише з емоційною стабільністю, яка характеризує людину з точки зору емоційної адаптації та здатності до ефективного подолання стресу. Були виявлені значущі зворотні кореляції з рівнями тривоги, депресії, стресу, а також вираженістю змін апетиту.

В той же час, якщо вплив особистісних рис на психоемоційний стан і харчову поведінку виявився не таким значним, ми бачимо перспективу для майбутніх досліджень, в тому щоб розглянути:

- вплив стратегій копіngu: як люди справляються зі стресом і негативними емоціями може впливати на їхні харчові звички. Наприклад, використання позитивних стратегій копіngu (спорт, медитація) може сприяти здоровішим харчовим звичкам.
- доступ до ресурсів: війна може обмежувати доступ до здорової їжі, тому важливо враховувати фактори, які можуть впливати на харчові звички.
- сімейний стан і наявність дітей: сімейний стан та наявність дітей можуть впливати на харчові звички, оскільки наявність дітей часто стимулює батьків до здоровішого харчування для підтримки здоров'я всієї родини.
- фізична активність: рівень фізичної активності може впливати на апетит і загальну харчову поведінку. Більше фізичної активності може сприяти кращому контролю ваги та здоровішим харчовим звичкам.
- здоров'я та хронічні захворювання: наявність хронічних захворювань або

інших медичних умов може впливати на харчові звички та необхідність дотримання спеціальних дієт.

Розгляд цих додаткових змінних у майбутніх дослідженнях може допомогти отримати більш повне уявлення про фактори, що впливають на харчову поведінку українців під час війни, і сприяти розробці ефективних інтервенцій для підтримки здорового способу життя в складних умовах

Всі статистично значущі кореляційні зв'язки підсумовано та загальну картину можна побачити на Рис.3.6.

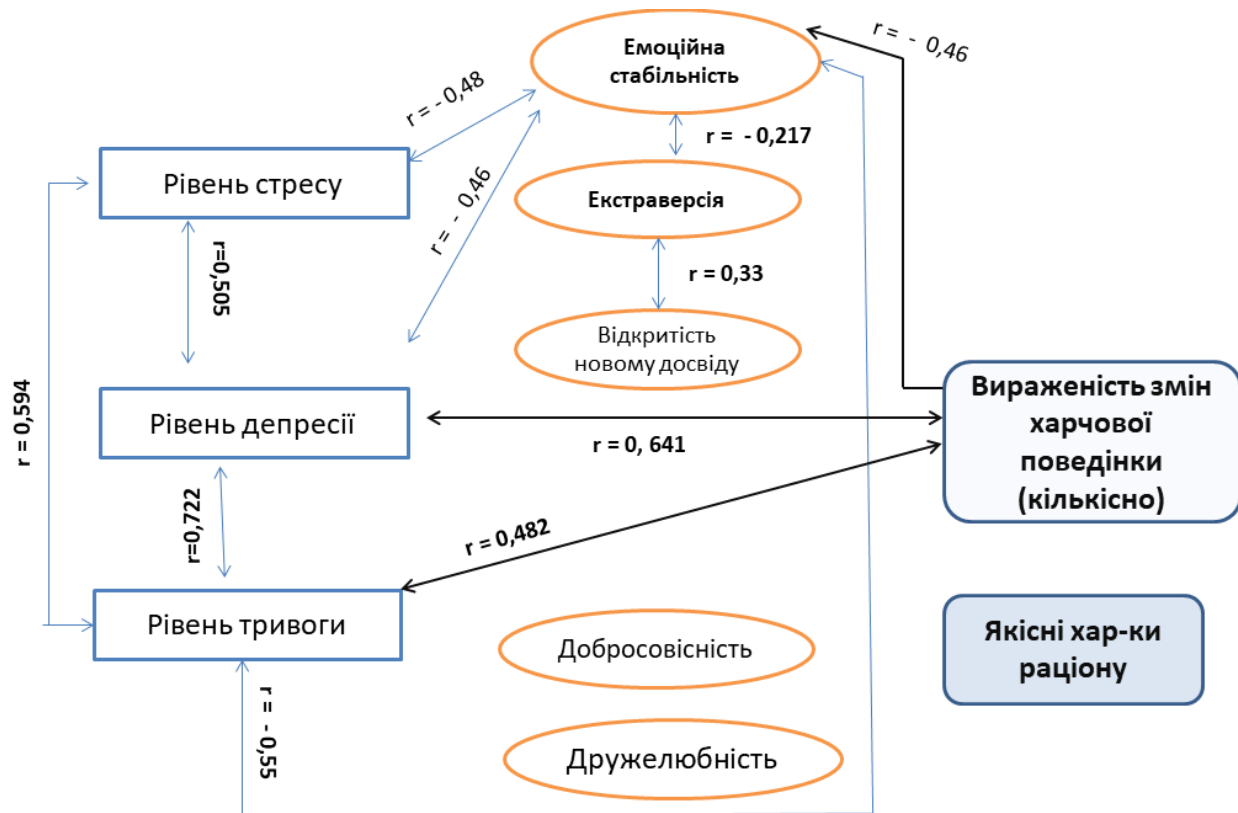


Рис.3.6. Кореляційні зв'язки згідно теоретичної моделі

Інші знахідки:

Загальний рівень тривоги і стресу по вибірці не є високим і відповідає легкому рівню розладів, згідно відповідних шкал. В той же час показники депресії є високими і суттєво вищими, ніж повідомляли дослідження проведені до війни. Це є очікуваною реакцією на довготривалий неконтрольований стрес, коли фаза мобілізації ресурсів перейшла в фазу виснаження і депресивну фазу. Також можна припустити, що посилення національної єдності в часі війни могло сприяти виробленню ефективних

стратегій подолання тривоги та стресу серед українців.

Було виявлено гендерні та вікові відмінності в рівнях тривоги, депресії та стресу серед українців. Зокрема, жінки показали вищі рівні цих симптомів, ніж чоловіки, що узгоджується з попередніми дослідженнями про зв'язок між гендером і тривожними розладами (Kurapov & al. (2023).

Крім того, наші результати вказують на те, що ці симптоми тривоги знижуються з віком - старші учасники могли розвинути більш ефективні механізми подолання стресів, таких як триваючий конфлікт в Україні.

Наявна статистично значуща різниця за частотою споживання фруктів. Відповідно існує взаємозв'язок між статтю і частотою споживання, а саме більше споживання фруктів корелює з жіночою статтю ($r=0,211$)

3.6. Обмеження дослідження

Це дослідження має низку обмежень. Загальну вибірку можна вважати недостатньою для репрезентації всього населення: зокрема ми не визначали приналежність до конкретної області проживання, також жінки переважають за кількістю респондентів над чоловіками (це потенційно може знайти пояснення в більшій залученості чоловіків у військову службу). Гендерна нерівність може впливати на результати дослідження, враховуючи нещодавній висновок про те, що українські жінки у 2021 році мали значно вищий рівень стресу та тривоги (Lushchak, Velykodna (2024). Однак, враховуючи, вікові та інші соціально-демографічні характеристики, ця вибірка здатна показати основні тенденції, характерні для українського суспільства через 2 роки після початку війни.

Дослідження проводилося серед загального населення і не брало до уваги попередню історію наявності діагностованих психічних розладів, в тому числі розладів харчової поведінки, що могло б мати вплив як на зміни у вазі і апетиті, так і на показники психоемоційного стану

Дослідження також не вивчало ступінь небезпеки в регіоні, де проживають респонденти, наприклад, близькість до лінії фронту або частоту загроз артилерійських чи ракетних обстрілів: ми зосередилися лише вимушеній зміні місця проживання і ступеню задоволеності цим місцем. Так

само не вивчався доступ до продуктів харчування під час війни, лише зміни у доході, що могло впливати опосередковано на зміни у харчуванні.

Опитування проводилось он-лайн, тож дані про зміну ваги є суб'єктивними, зважування не проводилось, що може давати похибку в результатах. Також ми не брали до уваги довоєнний ступінь фізичного навантаження і поточний його рівень, що є фактором впливу як на вагу так і на харчування.

Наше дослідження, як і значна кількість схожих досліджень, що використовує методи самозвітів для оцінки харчування, мають недостатню надійність і достовірність, з огляду на потенційну можливість упередження соціальної бажаності та тенденцію до заниження стигматизованої поведінки, такої як переїдання, або вживання певних груп продуктів, які не схвалюються (чіпси, тістечка, солодкі газовані напої) (Gorber, Tremblay, Moher, & Gorber, 2007). Цей вплив частково може бути згладжений тим, що опитування було анонімним.

Тим не менш, зазначені обмеження представляють сфери для майбутніх тем досліджень, які дадуть можливість поглибити розуміння впливу війни та картину психічного здоров'я суспільств, що переживають реальні військові конфлікти.

Висновки до розділу III

Розділ присвячений опису результатів дослідження. Дані були опрацьовані за допомогою методів описової статистики, дисперсійного, кореляційного і регресійного аналізу.

Результати дослідження свідчать про те, що сучасний рівень стресу, тривоги та депресивних симптомів серед українців вищий у порівнянні з даними, отриманими в незалежних масштабних дослідженнях, проведених в Україні до початку війни.

Крім того, було виявлено, що зміни в апетиті пов'язані з більш вираженими психоемоційними розладами. Наше дослідження показало, що 50,4% українців зазнали змін у апетиті протягом останніх двох років, причому 33,4% з них почали споживати більше їжі, 7% стали їсти менше,

тоді як близько 50% респондентів зберегли незмінний апетит.

Щодо впливу рис особистості, то дослідження показало, що емоційна стабільність відіграє значну роль у зменшенні негативного впливу стресових факторів, пов'язаних з війною, на психоемоційний стан та харчову поведінку. Вищий рівень емоційної стабільності асоціюється зі зниженням рівня стресу, тривоги та депресії, що сприяє зменшенню змін у апетиті. Ці результати підкреслюють важливість розвитку навичок емоційної регуляції та стійкості як частини психологічної підтримки для населення в умовах війни.

ВИСНОВКИ

Згідно поставленої мети і завдань ми здійснили теоретичний огляд наукових джерел з питань актуальних проблем психічного здоров'я українців, пов'язаних з досвідом переживання війни, особливостей харчової поведінки в умовах неконтрольованого стресу, а також ролі особистісних рис, як медіатора суб'єктивного досвіду стресових подій.

Аналіз джерел показав, що війна і конфлікти серйозно впливають на психічне здоров'я українців, спричиняючи стрес, депресію та тривогу, що призводить до порушень фізичного та емоційного благополуччя. Стрес впливає на харчову поведінку, викликаючи як збільшення, так і зменшення апетиту. Він може призвести до збільшення споживання висококалорійної та менш здорової їжі, такої як солодощі та їжа з високим вмістом жиру, а також до зменшення споживання здорової їжі, такої як фрукти та овочі. Існує взаємозв'язок між якістю харчування та психічним здоров'ям і дієтичне втручання може бути корисною стратегією у програмах психологічної профілактики. Результати численних досліджень свідчать, що частіше споживання свіжих фруктів і овочів зворотно корелює зі стресом і депресією, тоді як споживання фаст-фуду та солоних перекусів має позитивну кореляцію з депресією, що підкреслює важливість дотримання рекомендацій ВОЗ щодо щоденного споживання не менше 400 г фруктів та овочів. Також дослідження виявили зв'язок між особистісними характеристиками та результатами фізичного і психічного здоров'я.

Після аналізу літератури нами було підібрано методики, відповідні до мети, створено дизайн дослідження. Зібравши, впорядкувавши та обробивши дані, ми виконали математико-статистичний аналіз. Описано вибірку учасників дослідження за рівнями тривоги, депресії та стресу.

Проведений кореляційний аналіз виявив сильні зв'язки між рівнями депресії, тривоги, стресу та змінами апетиту. Зокрема, рівні депресії, тривоги та стресу значно корелювали з вираженістю змін апетиту. Результати підтверджують гіпотезу про те, що тяжчі психоемоційні розлади пов'язані з більш істотними змінами в харчовій поведінці.

Регресійний аналіз показав, що рівні депресії та тривоги мають незначний вплив на харчові патерни, такі як недоїдання чи переїдання, і не виявив статистично значущого впливу на привабливість і споживання "їжі для заспокоєння". Тут можна знайти пояснення в характеристиках вибірки, а саме : люди з вищою освітою, які становили значну частку вибірки, можуть надавати пріоритет здоровому харчуванню, що впливає на результати дослідження. Середній вік учасників та проживання в обласних центрах можуть бути пов'язані з доступом до різноманітної їжі та інформації про здорове харчування, що також може вплинути на харчову поведінку.

Зміни в апетиті більшою мірою обумовлені депресією ніж тривогою та стресом.

Аналіз також виявив, що серед особистісних рис лише емоційна стабільність має значний вплив на харчову поведінку в умовах стресу. Емоційна стабільність негативно корелює з рівнями тривоги, депресії та стресу, а також зі змінами апетиту, що вказує на її роль як фактора, що зменшує негативний вплив стресу на харчову поведінку.

Дослідження показало, що психоемоційний стан, зокрема рівень депресії має вплив на зміни в харчовій поведінці українців під час війни.

Емоційна стабільність, як риса особистості відіграє важливу роль у зменшенні негативного впливу стресу на харчові патерни.

Для подальших досліджень рекомендується враховувати додаткові змінні, такі як конкретний рівень доходу, рівень фізичної активності, близькість респондентів до лінії фронту і небезпеку артилерійських і ракетних обстрілів, можливо також ступень порушення сну через нічні повітряні тривоги, що в свою чергу може мати вплив на переїдання. Також важливим фактором для вивчення є стратегії допінгу. Це допоможе краще зрозуміти механізми впливу війни на харчову поведінку і виробити корисні стратегії у програмах психологічної підтримки та психоедукації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Kurapov, A., Kalaitzaki, A., Keller, V., Danyliuk, I., & Kowatsch, T. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1134780
2. Koolhaas, J.M., Bartolomucci, A., Buwalda, B.D., De Boer, S.F., Flügge, G., Korte, S.M., Richter-Levin, G. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 1291–1301. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.02.003.
3. Hapke U. Chronic stress among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. 2013;56:749–54. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9>
4. Gemesi, K., Holzmann, S.L., Kaiser, B. et al. Stress eating: an online survey of eating behaviours, comfort foods, and healthy food substitutes in German adults. *BMC Public Health* 22, 391 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12787-9>
5. Cotter, E. W., & Kelly, N. R. (2018). Stress-related eating, mindfulness, and obesity. *Health Psychology*, *37*(6), 516–525. <https://doi.org/10.1037/hea0000614>
6. Frayn et al., 2018 Frayn, M., Livshits, S., & Knäuper, B. (2018). Emotional eating and weight regulation: A qualitative study of compensatory behaviors and concerns. *Journal of Eating Disorders*, *6*(23), 23. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0210-6>.
7. Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E. J., Kumanyika, S., Laczniak, R. N., Machin, J. E., Motley, C. M., Peracchio, L., Pettigrew, S., Scott, M., & Van Ginkel Bieshaar, M. N. G. (2011). From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food well-being. *Journal of Public Policy & Marketing*, *30*(1), 5–13. <https://doi.org/10.1509/jppm.30.1.5>
8. Helpman L, Besser A, Neria Y. Acute posttraumatic stress symptoms, generalized anxiety symptoms are associated with severity of exposure to war

- trauma: a study of civilians under fire. *J Anxiety Disord.* (2015) 35:27–34. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.08.001
9. Farhood, L, Dimassi, H, and Lehtinen, T. Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon. *J Transcult Nurs.* (2006) 17:333–40. doi: 10.1177/1043659606291549
 10. Kashdan, TB, Morina, N, and Priebe, S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo war: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord.* (2009) 23:185–96. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.00
 11. Frounfelker, R, Gilman, SE, Betancourt, TS, Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J, Bromet, EJ, et al. Civilians in world war II and DSM-IV mental disorders: results from the world mental health survey initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2018) 53:207–19. doi: 10.1007/s00127-017-1452-3
 12. Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health—Europe*, 36
 13. Strutton, D., Pelton, L. E., & Lumpkin, J. R. (1995). Personality characteristics and salespeople's choice of coping strategies. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23(2), 132–140
 14. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017
 15. Fink G. Stress: Definition and history. *Stress Science: Neuroendocrinology.* 2010:3–9.)
 16. McEwen BS. Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance to the Pathophysiology of Psychiatric Disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2004;1032(1):1–7

17. Yau, Y., & Potenza, M. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinologica*, 38(3), 255–267
18. Liu, C., Xie, B., Chou, C.-P., Koprowski, C., Zhou, D., Palmer, P., Sun, P., Guo, Q., Duan, L., Sun, X., & Anderson Johnson, C. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China seven cities. *Physiology & Behavior*, 92(4), 748–754.
19. Axelson ML (1986). The impact of culture on food-related behavior. *Annual Review of Nutrition*, 6, 345–363)
20. Christensen L, Pettijohn L. (2001). Mood and carbohydrate cravings. *Appetite*, 36(2), 137-145.
21. Benton D, Donohoe R.T. (1999). The effects of nutrients on mood. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 403–409.
22. Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G., & Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint, and food intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 195–202
23. Wurtman, R. J., & Wurtman, J. J. (1989). Carbohydrates and depression. *Scientific American*, 260(1), 68–75).
24. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239).
25. Leslie K. Carruthers, Daphne J. Korczak, Karen A. Taylor, & Ian Colman (2012). Health and Nutrition Survey in Canada: Associations with depression and health-related quality of life, *Nutrition*, 28(8), 777-784
26. Morley JE, Levine AS, Rowland NE. (1983). Stress induced eating. *Life Sciences*, 32(19), 2169–2182
27. Torres, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*. 2007;23(11–12):887–94
28. Epel, E., Jimenez, S., Brownell, K., Stroud, L., Stoney, C., & Niaura, R. (2004). Are stress eaters at risk for the metabolic syndrome? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 208–210.
<https://doi.org/10.1196/annals.1314.022>

29. Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
30. Kerwin, D. R., Gaussoin, S. A., Chlebowski, R. T., Kuller, L. H., Vitolins, M., Coker, L. H., Kotchen, J. M., Nicklas, B. J., Wassertheil-Smoller, S., Hoffmann, R. G., Espeland, M. A., & for the Women's Health Initiative Memory Study. (2011). Interaction between body mass index and central adiposity and risk of incident cognitive impairment and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 107–112. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03219.x>
31. Carson, T. L., Desmond, R., Hardy, S., Townsend, S. N., Ard, J. D., Meneses, K., Partridge, E. E., & Baskin, M. L. (2015). A study of the relationship between food group recommendations and perceived stress: Findings from black women in the deep south. *Journal of Obesity*, 2015, 203164. <https://doi.org/10.1155/2015/203164>
32. Hill, D., Conner, M., Clancy, F., Moss, R., Wilding, S., Bristow, M., & O'Connor, D. B. (2022). Stress and eating behaviours in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(2), 280–304. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021>.
33. Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Baler, R. (2011). Food and drug reward: Overlapping circuits in human obesity and addiction. In *Brain Imaging in Behavioral Neuroscience* (pp. 1–24). Springer Berlin Heidelberg.
34. Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., ... Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58, 717–721.
35. Prasad, C. (1998). Food, mood and health: A neurobiologic outlook. *British Journal of Medical and Biological Research*, 31, 1517–1527
36. Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological bulletin*, 115(3), 444.

37. Sproesser, G., Schupp, H. T., & Renner, B. (2014). The bright side of stress-induced eating: eating more when stressed but less when pleased. *Psychological science*, 25(1), 58-65.
38. Ruhm, C. J. (2012). Understanding overeating and obesity. *Journal of Health Economics*, 31(6), 781–796.
39. Finch, L. E., & Tomiyama, A. J. (2015). Comfort eating, psychological stress, and depressive symptoms in young adult women. *Appetite*, 95, 239-244
40. Sproesser, G., Schupp, H. T., & Renner, B. (2014). The bright side of stress-induced eating: eating more when stressed but less when pleased. *Psychological science*, 25(1), 58-65.
41. Bazhan, N., Zelena, D. (2013). Food-intake regulation during stress by the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Brain Research Bulletin*, 95, 46–53.
<https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2013.04.002>
42. Bale, T. L. (2006). Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Hormones and Behavior*, 50, 529–533
43. Childs, E., White, T. L., & de Wit, H. (2014). Personality traits modulate emotional and physiological responses to stress. *Behavioural Pharmacology*, 25(5 and 6), 493–502
44. Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046–1055
45. Rutters, F., La Fleur, S., Lemmens, S., Born, J., Martens, M., & Adam, T. (2012). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis, obesity, and chronic stress exposure: Foods and HPA axis. *Current Obesity Reports*, 1(4), 199–207. <https://doi.org/10.1007/s13679-012-0024-9>
46. Hill, D. C., Moss, R. H., Sykes-Muskett, B., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 123, 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.22>
47. Gerra, G., Zaimovic, A., Franchini, D., Palladino, M., Giucastro, G., Reali, N., Maestri, D., Caccavari, R., Delsignore, R., & Brambilla, F. (1998). Neuroendocrine responses of healthy volunteers to 'techno-music': relationships

- with personality traits and emotional state. *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology*, 28(1), 99–111. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(97\)00071-8](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(97)00071-8)
48. Khaled K, Tsofiou F, Hundley V, Helmreich R, Almilaji O. Perceived stress and diet quality in women of reproductive age: a systematic review and meta-analysis. *Nutr J.* 2020;19:92. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00609-w>.
 49. Araiza, A. M., & Lobel, M. (2018). Stress and eating: Definitions, findings, explanations, and implications. *Social and Personality Psychology Compass*, 12(4), e12378. <https://doi.org/10.1111/spc3.12378>
 50. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358, <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>.
 51. Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>.
 52. Wagener, A. M., & Much, K. (2010). Eating Disorders as Coping Mechanisms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(3), 203–212. doi:10.1080/87568225.2010.486291
 53. Ball, K., & Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: A review. *Psychology & Health*, 14(6), 1007–1035.
 54. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
 55. Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biol Psychol.* 2018 Jan;131:5-13. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.05.001. Epub 2017 May 4. PMID: 28479142; PMCID: PMC6784832.

56. Cade J, Thompson R, Burley V, Warm D. Development, validation and utilisation of food-frequency questionnaires – a review. *Public Health Nutrition*. 2002;5(4):567-587. doi:10.1079/PHN2001318
57. Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2(1), 435–467. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095257>
58. Вельдбрехт, О.О., & Тавровецька, Н.І. (2022). ШКАЛА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ (PSS-10): АДАПТАЦІЯ ТА АПРОБАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ. *Problems of Modern Psychology*
59. Williams N. The GAD-7 questionnaire. *Occup Med*. 2014; 64: 224.
60. Klimanska, M., Ivan Franko National University in Lviv, Haletska, I., & Ivan Franko National University in Lviv. (2019). Ukrainian adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi (tipi-ukr). *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 5(9), 57–74.
61. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги. (n.d.). Gradus.App. Retrieved May 22, 2024, from <https://gradus.app/uk/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/>

ДОДАТКИ
ДОДАТОК А

ДОДАТОК Б

шкала

ДОДАТОК В
шкала

