

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Психологічні чинники турботи про здоров'я у дорослому віці

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Сушко Світлани Вікторівни

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Найдьонова Ганна Олександрівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Турбота про здоров'я як об'єкт психологічного аналізу.....	9
1.2. Аналіз сучасних досліджень психологічних чинників турботи про здоров'я.....	17
1.3. Самоспівчуття як психологічний феномен та його роль у здоровій поведінці.....	22
1.4. Тілесна усвідомленість як психологічний ресурс турботи про здоров'я..	28
Висновки до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я	
2.1. Концептуальна модель та гіпотези.....	37
2.2. Методичне обґрунтування емпіричного дослідження.....	44
2.3. Формування вибірки та методи аналізу даних.....	53
Висновки до розділу 2	62
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я	65
3.1. Підготовка емпіричного масиву та кодування даних	65
3.2. Психометричний аналіз даних та описова статистика.....	69
3.3. Встановлення зв'язків та впливу психологічних чинників на турботу про здоров'я.....	85
Висновки до розділу 3	99
ВИСНОВКИ	102
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ	114

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Збереження здоров'я є фундаментальним елементом психологічного добробуту індивіда. Сучасна парадигма здоров'я відходить від простого визначення як відсутності патологій, фокусуючись на ньому як на динамічному процесі активної саморегуляції, що охоплює усвідомлене ставлення до фізичних станів, емоційного світу та базових потреб. Попри загальнодоступність інформації щодо принципів здорового способу життя, спостерігається розрив між теоретичним знанням і його практичною імплементацією, що підкреслює вирішальну роль внутрішніх психологічних механізмів у формуванні стійкої здорової поведінки.

Одним із центральних внутрішніх регуляторів виступає самоспівчуття (Self-Compassion). Цей конструкт визначається як здатність свідомо застосовувати до себе ту ж доброзичливість, підтримку та розуміння, які були б природно надані близькій особі, що опинилася в скрутному становищі. Самоспівчуття має значний потенціал як механізм, що зміцнює проактивну оздоровчу поведінку, причому не лише серед клінічних груп, а й у популяції здорових осіб. Його переваги тісно пов'язані з розвитком адаптивних стратегій подолання життєвих труднощів, ефективним менеджментом стресу та посиленням здатності до емоційної саморегуляції, зокрема, до збалансованого проживання та інтеграції повного спектра емоцій. Емпіричні дані послідовно демонструють, що вищий рівень самоспівчуття корелює з більш здоровими патернами саморегуляції, що безпосередньо відбивається на турботі про фізичне та психічне благополуччя [1].

Іншим важливим чинником є тілесна усвідомленість (Body Awareness). Цей процес являє собою активне й неупереджене спостереження за внутрішніми тілесними відчуттями та відповідну реакцію на отримані

сигнали. Усвідомлене сприйняття тіла передбачає спрямування уваги на фізичні переживання та пов'язані з ними емоційні стани, що сприяє самозціленню та підтримці гомеостазу. Поглиблене розуміння фізіологічних потреб тіла дозволяє індивіду краще задовольняти власні потреби, що є запорукою поліпшення фізичного, психологічного та емоційного добробуту. Дослідження підтверджують, що підвищена тілесна усвідомленість сприяє формуванню більш відповідального ставлення до здоров'я та інкорпорації корисних звичок у повсякденне життя [2].

Проблематика питань турботи про здоров'я, самоспівчуття, тілесної усвідомленості та їх взаємозв'язку перебуває у фокусі уваги значної кількості сучасних науковців. Турбота про здоров'я та її психологічні чинники активно досліджуються Ю. Мельник, А. Стаднік, І. Гресько, К. Холден (С. Holden), Х. Алібігло (Н. Alibigloo), З. Ешагі (Z. Eshaghi), Н. Манхаррес-Посада (N. Manjarres-Posada), І. Рохас-Торрес (I. Rojas-Torres) та А. Кухар (A. Kuchar). Їхні роботи зосереджені на виявленні поведінкових патернів та психологічних предикторів ефективної самотурботи.

Феномен самоспівчуття як ключовий регулятор психологічного благополуччя є центральним об'єктом досліджень його засновниці К. Нефф (K. Neff) та П. Гілберта (P. Gilbert). До вивчення цього конструкту та його зв'язку зі здоров'ям долучилися також М. Феррарі (M. Ferrari), Б. Аналао (B. Analayo), Д. Байбер (D. Biber), Р. Елліс (R. Ellis), Ф. Сіроа (F. Sirois), Дж. Хірш (J. Hirsch), В. Філліпс (W. Phillips), Д. Хайн (D. Hine) та М. Беллоста-Баталла (M. Bellosta-Batalla). Ці вчені аналізують, як саме самоспівчуття впливає на стратегії подолання стресу та саморегуляцію.

Тематика тілесної усвідомленості досліджується М. Прабхакаром (M. Prabhakar) та М. Шармою (M. Sharma), які зосереджені на її ролі у формуванні здорових звичок. Значний внесок у цю галузь також зробили К. Парма (C. Parma), А. Мандрігін (A. Mandrigin), Й. Тайпале (J. Taipale), С. Галлахер (S. Gallagher) та М. Сертель (M. Sertel), які досліджують сенсорні

та нейрофізіологічні механізми, що лежать в основі усвідомлення власного тіла та його потреб.

Незважаючи на значний інтерес до окремих чинників здоров'я, недостатньо дослідженою залишається комплексна взаємодія між самоспівчуттям як емоційно-мотиваційним ресурсом, тілесною усвідомленістю як сенсорно-перцептивною основою та цілісним профілем здорового способу життя. Науковий інтерес викликає потреба встановити вплив кожного з цих психологічних конструктів на поведінкові аспекти турботи про здоров'я у неклінічній вибірці. Також є маловивченими та суперечливими питання гендерної та вікової специфіки цієї взаємодії. Практичний інтерес дослідження полягає у можливості використання отриманих даних для розробки адресних психологічних інтервенцій, спрямованих на зміцнення самоспівчуття та тілесної усвідомленості як найбільш ефективних внутрішніх механізмів підтримки довготривалого та стабільного здорового способу життя.

Мета дослідження: виявити психологічні чинники турботи про здоров'я в дорослому віці.

Завдання дослідження.

1. Здійснити теоретичний аналіз літератури з проблеми турботи про здоров'я у дорослому віці.
2. Виявити гендерні відмінності у проявах самоспівчуття, тілесної усвідомленості та турботи про здоров'я, а також у характері зв'язків між цими феноменами.
3. Встановити прогностичну здатність самоспівчуття та тілесної усвідомленості щодо турботи про здоров'я та визначити їхній унікальний внесок у формування поведінки з турботи про власне здоров'я.
4. Перевірити припущення про медіаційну роль тілесної усвідомленості у впливі самоспівчуття на турботу про здоров'я.

Об'єкт дослідження: турбота про здоров'я.

Предмет дослідження: психологічні чинники турботи про здоров'я у дорослому віці.

Методи дослідження.

Для розв'язання поставлених завдань та перевірки висунутих гіпотез було використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів.

1. *Методи теоретичного пізнання:* аналіз та синтез наукової літератури; узагальнення та систематизація теоретичних підходів; моделювання для побудови гіпотетичної моделі.

2. *Емпіричні методи дослідження:* опитувальні, психодіагностичні. У роботі використано такі методики: «Шкала само співчуття» (Self-Compassion Scale, SCS) К. Нефф (український переклад, здійснений в Інституті когнітивно-поведінкової терапії; надійність методики було додатково підтверджено на вибірці поточного дослідження розрахунком коефіцієнта α Кронбаха); «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма» (Body Perception Questionnaire – Short Form, BPQ-SF) С. Порджеса (адаптація та валідація у дослідженні А. Є. Денісієвської); «Профіль здорового способу життя» (Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP) S. Walker, K. Sechrist, N. Pender (адаптація Ю. Б. Мельника та А. В. Стадніка, із врахуванням показників внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α Кронбаха), підтверджених у відповідних наукових публікаціях).

3. *Математико-статистичні методи обробки даних:* описові статистики (розрахунок середніх значень, стандартних відхилень); перевірка на нормальність розподілу (за допомогою критерію Шапіро-Вілка); кореляційний аналіз за Пірсоном; множинний лінійний регресійний аналіз; медіаційний аналіз.

Дослідницька вибірка.

Загальний обсяг вибірки склав 66 осіб віком від 18 до 45 років, які проживають на території України (33 жінки та 33 чоловіки, середній вік – 34 роки). Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google

Forms через соціальні мережі Instagram та Facebook та месенджери протягом двох тижнів.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що уточнено та конкретизовано гендерну специфіку детермінації здорової поведінки (виявлено, що самоспівчуття є універсальним предиктором для обох статей (із сильнішим впливом у чоловіків), тоді як тілесна усвідомленість виступає значущим ресурсом виключно для жінок).

Набули подальшого розвитку положення про: прогностичну роль внутрішніх психологічних ресурсів (підтверджено, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість є незалежними предикторами, які спільно роблять значущий внесок у формування здорової поведінки); якісні відмінності у прояві самоспівчуття між чоловіками та жінками (жінки частіше використовують активні позитивні стратегії, чоловіки ефективніше уникають негативних бар'єрів).

Практичне значення роботи полягає у тому, що результати дослідження можуть бути використані психологами-практиками, психотерапевтами та консультантами у сфері здоров'я для розробки та впровадження програм психологічної підтримки, спрямованих на формування та зміцнення здоров'язбережувальної поведінки у дорослих клієнтів шляхом інтеграції технік розвитку самоспівчуття та тілесної усвідомленості у психокорекційну роботу.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено методологічною обґрунтованістю; чіткою логікою організації дослідження, що відповідає його меті та висунутим гіпотезам; високими психометричними характеристиками застосованого інструментарію (використанням комплексу стандартизованих психодіагностичних методик); ретельністю процедур збору та первинної обробки даних; коректним застосуванням методів математико-статистичного аналізу (обґрунтованим вибором параметричних методів,

застосуванням багатомірних статистичних процедур (множинний лінійний регресійний аналіз, медіаційний аналіз).

Структура та обсяг роботи.

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 83 найменування, з них – 76 іноземною мовою, та 18 додатків. Дослідження містить 5 таблиць та 1 рисунок. Основний зміст викладено на 101 сторінці комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 138 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

1.1. Турбота про здоров'я як об'єкт психологічного аналізу

Здоровий спосіб життя в сучасному психологічному дискурсі концептуалізується не лише як сукупність медичних приписів чи технологій оздоровлення, а як складна, багатовимірна система активної життєдіяльності, спрямована на гармонійну підтримку фізичних, психічних, соціальних та моральних функцій індивіда. У цьому розумінні, феномен здоров'я виходить за межі суто біологічних показників і набуває значення психосоматичного конструкту, нерозривно пов'язаного із соціальним середовищем, якістю взаємовідносин та, що особливо важливо, рівнем саморегуляції особистості [3, 353].

Активна турбота про здоров'я, відповідно до провідних моделей (наприклад, модель сприяння здоров'ю Н. Пендер), найкраще описується як здоров'язбережувальна поведінка (Health-Promoting Behavior), тобто як поведінка, мотивована бажанням підвищити рівень життєздатності, реалізувати потенціал організму та підтримувати його активність до глибокої старості [4, 4841]. Хоча у масовій свідомості здоровий спосіб життя асоціюється з дотриманням зовнішніх правил (режим праці, харчування, фізичні вправи, екологічні умови), для психологічного аналізу визначальним є не знання цих правил, а внутрішні, регулятивні механізми, що забезпечують їх послідовне дотримання [5].

Саме тому істотним завданням є вивчення мотивів, настанов та когнітивно-афективних чинників, які лежать в основі саморегуляції та регулюють здоров'язбережувальну поведінку. Перехід від пасивного знання про здоров'я до активного, свідомого стилю існування вимагає внутрішніх

психологічних ресурсів, таких як самоспівчуття та тілесна усвідомленість, які виступають модераторами та предикторами здатності людини обирати та підтримувати оптимальний рівень функціонування. Цей підхід дозволяє розглядати турботу про здоров'я як динамічний процес, що піддається психологічній корекції [6, 130].

Ефективне сприяння здоров'ю (Health Promotion) на суспільному рівні є критично важливим для соціального розвитку та економічного благополуччя. Як зазначають у своєму огляді Алібіглу та Ешагі, ключовим каталізатором у розвитку здоров'я-орієнтованої поведінки є забезпечення доступу до актуальної інформації та даних у сфері охорони здоров'я. Такий підхід має стратегічне значення, оскільки дозволяє політичним та державним органам розширювати вплив здоров'я в суспільстві, переходячи від реактивного лікування до проактивної профілактики та підтримки благополуччя [7].

У цьому контексті, модель сприяння здоров'ю (Health Promotion Model, НРМ), розроблена Нолою Пендер у 1982 році, є однією з фундаментальних теоретичних структур для розуміння та стимулювання індивідуальної здоров'язбережувальної поведінки. Модель Пендер відрізняється своїм позитивним фокусом, спрямованим не стільки на запобігання хворобам, скільки на активне прагнення до вищого рівня благополуччя. НРМ широко застосовується в дослідженнях та програмах зміцнення здоров'я для просування таких сфер, як здорове харчування, фізична активність та профілактичні дії [8, 395].

Модель НРМ зосереджується на тому, як індивідуальні характеристики (зокрема, вік, біологічні особливості, попередній досвід та знання) впливають на процес прийняття рішень щодо здоров'я. Вона ідентифікує низку модифікованих факторів, які є критично важливими для формування здорової поведінки. Особливе місце серед модифікованих факторів НРМ посідають психологічні компоненти, що визначають мотивацію до дії. Це, зокрема, сприйняті переваги для здоров'я (очікувані позитивні результати від

дотримання здорової поведінки) та самоєфективність – ключове когнітивне переконання людини у власній здатності успішно виконати необхідну здоров'язберезувальну поведінку [9, 108]. Крім того, Пендер включає у свій аналіз фактори навколишнього середовища, такі як соціальна підтримка та фізичне оточення. Розуміння цих взаємодій дає змогу фахівцям охорони здоров'я розробляти цілеспрямовані втручання, які надають людям можливість робити свідомий і послідовний вибір на користь здоров'я.

Теорія Пендер органічно доповнюється соціально-когнітивною теорією (СКТ), розробленою Альбертом Бандурою. СКТ надає додаткову основу для розуміння та сприяння здоровій поведінці, зосереджуючись на соціальному навчанні та принципі взаємного детермінізму [10, 132]. Ця теорія акцентує увагу на постійній взаємодії між особистісними факторами (внутрішніми переконаннями, самоєфективністю), поведінкою та зовнішніми факторами навколишнього середовища у формуванні стійких поведінкових патернів [11, 601]. На відміну від суто індивідуально орієнтованих підходів, СКТ підкреслює, як люди навчаються шляхом спостереження за іншими та як соціальні сигнали впливають на їхній вибір. Самоєфективність, визначена як ключовий мотиватор, стає центральним елементом як у СКТ, так і в НРМ.

Таким чином, НРМ та СКТ являють собою дві важливі структури, які можуть бути ефективно інтегровані для сприяння поведінці, орієнтованій на здоров'я. Якщо НРМ наголошує на індивідуальних характеристиках та модифікуючих факторах, що впливають на рішення щодо здоров'я, то СКТ висвітлює взаємну взаємодію між особистісними, поведінковими та екологічними факторами.

Інтегративний підхід, як пропонується у сучасних дослідженнях, розглядає індивідуальні характеристики та досвід (НРМ) як чинники, що формують особистісні фактори (СКТ), такі як самоєфективність та переконання щодо здоров'я. Модифікуючі фактори (соціальна підтримка, середовище) додатково впливають на екологічні чинники в СКТ. Взаємодія

цих елементів через взаємний детермінізм сприяє формуванню та підтримці стійкої здоров'я-орієнтованої поведінки [7].

Ця інтегрована теоретична рамка є міцною основою для розробки та оцінки психологічних втручань, спрямованих на різні рівні впливу, від індивідуальних когнітивних функцій (де важливу роль відіграють самоспівчуття і тілесна усвідомленість) до соціальних та екологічних факторів.

Важливість застосування моделі сприяння здоров'ю Н. Пендер в сучасних умовах обґрунтовується і в дослідженні Рохас-Торрес та співавторів, які аналізують її роль у підвищенні якості життя дорослих.

Автори зазначають, що сприяння здоров'ю та його підтримка є ключовими стратегіями для зниження захворюваності на неінфекційні хвороби та забезпечення довгострокового благополуччя індивідів [12, 2]. НРМ виявилася ефективною саме тому, що вона виходить за рамки інших поведінкових моделей, зосереджених лише на профілактиці захворювань. Натомість, вона виступає як інтегративна перспектива, яка фокусується на заохоченні та розумінні здорових звичок. Дослідники підкреслюють, що НРМ інтегрує особистісні, мотиваційні та міжособистісні чинники, які впливають на вибір і дотримання здорового способу життя [13].

Модель сприяння здоров'ю успішно використовується не лише в клінічних середовищах, але й у громадських програмах, оскільки вона надає дослідникам і фахівцям аналітичну рамку для ідентифікації індивідуальних предикторів – тобто тих особистісних і ситуативних факторів, які впливають на прийняття конкретних рішень щодо здоров'я. Такий підхід дозволяє переходити від загальних рекомендацій до персоналізованих втручань, які не лише виявляють бар'єри, а й стратегічно скеровують індивідів до прийняття та підтримки позитивної здоров'язбережувальної поведінки в довгостроковій перспективі [14, 2].

Важливою перевагою НРМ є її превентивний підхід, що дозволяє втручатися ще до того, як ускладнення скомпрометують благополуччя. Застосування НРМ сприяє ефективному управлінню здоров'ям через освітні та інтервенційні заходи, підтримуючи процеси самодогляду, підвищуючи мотивацію та самооцінку [15, 2]. Таким чином, НРМ не лише допомагає ідентифікувати предиктори поведінки, але й забезпечує механізм для розвитку самосвідомості та внутрішніх ресурсів, необхідних для довгострокової та стійкої турботи про здоров'я.

Як було зазначено раніше, соціально-когнітивна теорія є важливою інтегративною моделлю, яка посилює прогностичну спроможність НРМ, особливо у частині саморегуляції. Для детальнішого розуміння ключових психологічних механізмів, що забезпечують перехід від наміру до дії, необхідно ґрунтовно проаналізувати центральні концепції СКТ, які знайшли своє відображення у сучасному секторі охорони здоров'я. Зокрема, у своїй праці Манхаррес-Посада та співавтори проводять детальний аналіз та оцінку застосування СКТ у сфері турботи про здоров'я, що дозволяє нам акцентувати увагу на таких її вирішальних елементах, як взаємний детермінізм та самоефективність [10, 134].

Центральною концепцією СКТ, яка робить її надзвичайно актуальною для розуміння здоров'язбережувальної поведінки, є принцип взаємного детермінізму. Цей принцип стверджує, що людська поведінка є результатом постійної та безперервної взаємодії трьох чинників:

- *поведінка* (Behavior): конкретні дії, які виконує індивід (наприклад, фізичні вправи, дієта);
- *особистісні фактори* (Personal Factors): внутрішні когнітивні та емоційні процеси, переконання та очікування (наприклад, самоефективність, самоспівчуття);

– *фактори навколишнього середовища* (Environmental Factors): соціальне та фізичне оточення (наприклад, соціальна підтримка, наявність спортивних залів).

Таким чином, індивіди не є пасивними суб'єктами, а активно формують своє середовище, яке, у свою чергу, впливає на їхню поведінку. Ця циклічна модель показує, що зміна одного фактора (наприклад, підвищення самооефективності) може запустити зміни в інших.

Манхаррес-Посада та колеги також підкреслюють, що самооефективність (віра людини у власну здатність виконувати конкретну поведінку, необхідну для досягнення результату) є найпотужнішим мотиваційним фактором у СКТ.

Саме самооефективність визначає: чи почне людина нову здоров'язбережувальну поведінку; скільки зусиль вона докладе; як довго вона зберігатиме цю поведінку, якщо з'являться перешкоди [10].

Попередній аналіз зосередився на загальних моделях (НРМ, СКТ) поведінки, орієнтованої на здоров'я. Однак, перехід від теоретичних переконань до стійких дій залежить від глибинних особистісних установок, центральне місце серед яких посідає Я-концепція індивіда та його відповідальне ставлення до здоров'я.

У сучасній психології набуло поширення поняття «відповідальне ставлення до здоров'я». Воно визначається як позиція особистості, що детермінує її реакції та вольові дії щодо факторів здоров'я, з метою оптимального поєднання особистих можливостей та можливостей навколишнього середовища для досягнення стану загального благополуччя [16, 75]. При цьому відповідальність як якість особистості передбачає злагодженість необхідності з бажаннями та потребами, а також самостійну реалізацію дій, що супроводжується відчуттям впевненості та задоволеності.

Для більш ґрунтового розкриття сутності відповідального ставлення до здоров'я необхідно розглянути його як багатокомпонентний психологічний конструкт. Дослідники структури цього ставлення виділяють шість основних взаємопов'язаних елементів, які забезпечують його цілісність та прояв у поведінці:

1. *Когнітивно-пізнавальний компонент.* Охоплює систему уявлень особистості про здоров'я, усвідомлення його змісту, важливості, а також розуміння власної відповідальності за його поточний стан та динаміку. Це інтелектуальна база ставлення.

2. *Емоційно-оцінний компонент.* Включає суб'єктивну емоційну оцінку індивідом як власних можливостей, ресурсів організму, так і потенційних можливостей та ризиків навколишнього середовища, що впливають на здоров'я.

3. *Потребнісно-ціннісний компонент.* Відображає інтеграцію потреби в збереженні та зміцненні здоров'я в загальну систему життєвих цінностей особистості. На цьому рівні відбувається інтелектуальне втілення потреб у ціннісні пріоритети.

4. *Мотиваційно-вольовий компонент.* Представляє собою сукупність внутрішніх мотивів, що спонукають до збереження і зміцнення здоров'я, а також волю як механізм свідомого керування цією діяльністю, забезпечуючи перехід від наміру до стійкої дії.

5. *Практично-діяльнісний компонент.* Є зовнішньою реалізацією відповідальності через конкретні дії та вчинки (здоров'язбережувальну поведінку), спрямовані на підтримку та підвищення рівня здоров'я.

6. *Рефлексивно-результативний компонент.* Відображає здатність до саморефлексії, осмислення та аналізу проведеної діяльності зі збереження здоров'я, а також оцінки отриманих результатів і внесення корективів у подальшу поведінку [16, 78].

Ці компоненти демонструють, що відповідальне ставлення до здоров'я є складним процесом саморегуляції, який включає мислення, почуття, мотивацію, волю та, зрештою, дію.

На формування цього відповідального ставлення істотно впливають уявлення людини про себе. Психологи підкреслюють, що Я-концепція – як сукупність усіх уявлень особистості про себе, що виявляється у переконаннях, оцінці та поведінкових тенденціях – впливає на її функціонування у всіх сферах життя, зокрема у сфері здоров'я та способу життя [17, 44]. Відповідно, формування негармонійної Я-концепції (що характеризується заниженою самооцінкою і негативними установками щодо себе) унеможлиблює повноцінну турботу про власний організм. Таким чином, Я-концепція виступає чинником формування ставлення особистості до здоров'я [18, 52].

І. Гресько підкреслює, що ставлення особистості до здоров'я доцільно розглядати на трьох рівнях:

- індивідуальний рівень: оцінка власного здоров'я та дії, спрямовані на зміну чи підтримку стану здоров'я;

- рівень групи: відображає як найближче соціальне оточення (сім'я, друзі, колектив) транслює індивідууму певні соціальні норми та переконання щодо здоров'я. Ці колективні стандарти не є абсолютними, оскільки вони завжди коригуються з урахуванням того, як кожен член групи індивідуально оцінює свій власний стан здоров'я;

- рівень суспільства: відображає макросоціальний контекст ставлення до здоров'я. Він охоплює загальноприйнятту систему цінностей, соціальних норм та культурних установок щодо здоров'я. Прояв цього рівня помітний у системних діях (наприклад, у формуванні державних політик, прийнятті законодавчих ініціатив, розробці національних програм охорони здоров'я та масових освітніх кампаніях), які спрямовані на загальне зміцнення та зміну стану громадського здоров'я на користь благополуччя [16, 77].

Така структура підкреслює, що здоров'язбережувальна поведінка є прямим проявом індивідуального, свідомо обраного способу життя, який, у свою чергу, глибоко вкорінений у позитивній, гармонійній Я-концепції.

1.2. Аналіз сучасних досліджень психологічних чинників турботи про здоров'я

У попередньому підрозділі було визначено, що турбота про здоров'я є складною формою проактивної поведінки, яка вимагає від особистості високого рівня саморегуляції та внутрішньої мотивації. Сучасні теоретичні моделі підкреслюють, що перехід від пасивного знання про здоров'я до реальних, стійких дій неможливий без залучення глибинних психологічних ресурсів. У зв'язку з цим, актуальним завданням є аналіз сучасних емпіричних досліджень, спрямованих на виявлення конкретних когнітивних, афективних та перцептивних чинників, які детермінують здатність людини ефективно піклуватися про себе.

Серед широкого спектра психологічних змінних особливу увагу дослідників останнім часом привертають такі внутрішні регулятори, як самоспівчуття та тілесна усвідомленість, роль яких у формуванні здоров'язбережувальної поведінки потребує детального розгляду.

Сучасна психологія концентрується на функціональному значенні самоспівчуття, і особливо його ролі у збереженні здоров'я та резильєнтності.

Теоретичне обґрунтування ролі самоспівчуття у фізичному здоров'ї відкидає хибне уявлення про те, що співчуття до себе є синонімом поблажливості та потурання власним слабкостям. Насправді, оскільки потурання своїм бажанням приносить короткострокове задоволення, але шкодить у довгостроковій перспективі, людина, яка справді піклується про себе і не бажає страждати, мотивована робити все можливе для підтримки свого здоров'я.

Дослідження підтверджують цей теоретичний постулат, показуючи, що співчуття до себе пов'язане зі здоров'язбережувальною поведінкою, такою як зниження куріння, здорове харчування та фізичні вправи, збільшення фізичної активності, безпечний секс, а також звернення за медичною допомогою та менша прокрастинація перед сном [19; 20].

Автори Філліпс і Гайн виявили, що самоспівчуття пов'язане із кращим фізичним здоров'ям, що проявляється у зменшенні таких наслідків, як болі в животі, висипання на шкірі, болі у вухах та проблеми з диханням [21].

Також покращення фізичного здоров'я у людей, які співчують собі, ймовірно, пов'язане з результатами, які вказують на те, що самоспівчуття може посилювати імунну функцію [22].

Крім того, зв'язок між самоспівчуттям і здоров'ям опосередковується через нервову систему: виявлено, що самоспівчуття корелює з більшою варіабельністю серцевого ритму, опосередкованою блукаючим нервом, та зниженням рівня кортизолу [23].

Ще один метааналіз продемонстрував, що співчуття до себе пов'язане з кращою якістю сну [24], що є критично важливим аспектом відновлення.

Намір дослідити зв'язок саме зі здоров'язбережувальною поведінкою обґрунтовується і гіпотезою про те, що ставлення людини до себе безпосередньо впливає на її мотивацію та здатність до активної турботи про свій фізичний стан [25]. Дослідження Холден, Роллінз та Гонсалес теоретично підтверджує, що самоспівчуття є захисним фактором, який зміцнює здоровий спосіб життя. Передбачається, що високий рівень самоспівчуття сприяє здоров'ю не лише через зменшення негативних емоцій, але й через стимулювання конструктивної поведінки (наприклад, регулярних фізичних вправ, які є формою дистальної співчутливої дії, згідно з моделлю Гілберта). Коли людина ставиться до себе доброзичливо, вона з меншою ймовірністю вдається до нездорових механізмів подолання, таких як

емоційне переїдання, зловживання речовинами чи уникнення фізичної активності, які часто є реакцією на внутрішній сором та самоосуд.

Також дослідження доводить, що позитивні компоненти (самодоброта, спільна людяність, усвідомленість) мають позитивні кореляції зі здоров'язберезувальною поведінкою, тоді як негативні компоненти (самоосуд, ізоляція, надмірна ідентифікація) демонструють негативні кореляції [1].

Таким чином, самоспівчуття є ключовим внутрішнім механізмом, що не тільки полегшує психічні страждання, але й активно мотивує індивіда дбати про своє довгострокове фізичне здоров'я.

Наступним важливим чинником, який привертає увагу дослідників у контексті здоров'язберезувальної поведінки, є здатність людини до усвідомленого сприйняття сигналів власного тіла. Аналіз сучасних наукових праць дозволяє визначити специфіку впливу тілесної усвідомленості на проактивну турботу про здоров'я.

Теоретичне підґрунтя, сформульоване Прабхакар і Шармою, позиціонує тілесну усвідомленість як первинний чинник у сприянні здоров'ю, підкреслюючи, що вона є цілющою евристиком, яка підтримує фізичне та психічне благополуччя [2].

Тілесна усвідомленість безпосередньо корелює з високими показниками здоров'язберезувальної поведінки. Наприклад, емпіричне дослідження на вибірці студентів виявило суттєву різницю у показниках «Профілю здорового способу життя II» (HPLP-II): особи з високим рівнем тілесної усвідомленості демонструють значно більше адаптивних дій, ніж ті, хто має низький рівень. Тілесна усвідомленість сприяє кращій саморегуляції симптомів. Вона дозволяє індивіду ідентифікувати психологічні, фізіологічні та соціальні фактори, що впливають на здоров'я, шляхом моніторингу інтероцептивного досвіду та пов'язаних із ним емоційних відчуттів. Це

забезпечує можливість змінювати звичний і часто дезадаптивний спосіб тілесного реагування.

Усвідомлення тіла посилює самообслуговування та цілющу силу організму. Свідома увага до місця ушкодження, болю чи емоційного дискомфорту активує додаткові форми самообслуговування та ініціює вибір дій, що сприяють одужанню (наприклад, відпочинок, звернення по допомогу). Це, своєю чергою, посилює цілющу силу імунної системи.

Високий рівень тілесної усвідомленості пов'язаний зі здатністю справлятися з хронічним болем, що проявляється у зниженні його інтенсивності та формуванні більш адаптивного ставлення до свого тіла, завдяки збільшенню відчуття контролю над власним станом [26; 27].

Тілесна усвідомленість асоціюється з покращенням психічного благополуччя, зокрема, вона пов'язана зі зниженням рівня депресії та підвищенням загальної якості життя і суб'єктивного благополуччя. Навіть базова тілесна усвідомленість позитивно впливає на психологічне зростання та самоуправління при стресових станах і психосоматичних симптомах [2].

Тілесна усвідомленість, і зокрема через застосування терапії тілесної усвідомленості, є ефективним нефармакологічним інструментом, що безпосередньо покращує здатність індивіда активно турбуватися про своє здоров'я, навіть за наявності хронічних станів. Дослідження Сертель (Sertel) на пацієнтках із хронічним головним болем та мігренню доводить цей зв'язок через покращення якості життя [28].

Ключовий вплив тілесної усвідомленості на турботу про здоров'я полягає у відновленні життєвих ресурсів, які є основою здорового способу життя. Після терапії тілесної усвідомленості у пацієнток із було зафіксовано значне покращення рівня енергії та фізичної активності [29]. Це означає, що, розвиваючи усвідомлення тіла, індивіди отримують більше фізичних та психічних сил, необхідних для залучення до регулярних оздоровчих практик і

загального підвищення активності, що є критично важливим для запобігання ускладнень хронічних захворювань.

Тілесна усвідомленість безпосередньо впливає на елементи психологічного самообслуговування. Терапія тілесної усвідомленості показала значне покращення якості сну та емоційних реакцій [30]. Покращення цих показників свідчить про зростання здатності до саморегуляції: пацієнтки краще справляються зі стресом. Здорова регуляція сну та емоцій є фундаментальними для підтримання загального психічного здоров'я, яке є основою активної турботи про фізичне тіло.

Найважливішим результатом є те, що терапія тілесної усвідомленості є ефективним нефармакологічним підходом. Навіть якщо суб'єктивна інтенсивність болю не зменшилася статистично значуще, пацієнтки відчули значне покращення загальної якості життя. Це вказує на зміну стратегії подолання: тілесна усвідомленість допомагає пацієнтам не просто терпіти симптоми, а активно адаптуватися та ефективніше управляти своїм станом, інтегруючи хронічний біль у повсякденне життя без значних втрат у якості [31]. Отже, тілесна усвідомленість сприяє переходу від пасивної боротьби із хворобою до активного, свідомого самоменеджменту здоров'я.

Підсумовуючи огляд сучасних емпіричних досліджень, можна констатувати, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість не є ізольованими психологічними феноменами, а функціонують як важливі внутрішні детермінанти здоров'язбережувальної поведінки. Самоспівчуття діє переважно як афективно-мотиваційний ресурс, що забезпечує емоційну стійкість та підтримує намір дбати про себе, тоді як тілесна усвідомленість виконує роль когнітивно-перцептивного механізму, надаючи необхідний зворотний зв'язок про стан організму для своєчасної корекції дій. Ці дані підкреслюють необхідність їх подальшого детального теоретичного аналізу як самостійних конструктів у наступних підрозділах.

1.3. Самоспівчуття як психологічний феномен та його роль у здоровій поведінці

Аналізуючи наукові публікації за останні п'ять років варто відмітити, що теоретична робота в галузі самоспівчуття переважно набула форми систематичних оглядів та концептуальних узагальнень у контексті його застосування. Оскільки систематичні огляди базуються на ключових теоретичних працях, огляд необхідно розпочати з ознайомлення з фундаментальною моделлю, яку оновлено та деталізовано К. Нефф.

Самоспівчуття розглядається як особливий спосіб ставлення до себе в ситуаціях переживання особистих невдач, помилок, психологічного болю або усвідомлення власної недосконалості. Первинне формулювання цього поняття автором було побудоване на філософських засадах буддизму, де співчуття є універсальною емоцією, спрямованою як на інших, так і на самого себе [32, с. 194].

Для повного розуміння природи самоспівчуття корисно звернутися до загального визначення співчуття, яке можна описати як емоційний відгук на спостережуване страждання, який активує мотивацію до допомоги. Цей емоційний відгук є теплим і підтримуючим, протилежним холодній оцінці чи осуду. Передумовою для співчуття є готовність звернутися до болю, навіть якщо він некомфортний. Це вимагає стану усвідомленості, що дає змогу бути присутнім із дискомфортом, уникаючи ізоляції чи опору [33]. Центральним елементом є також відчуття спільності з усіма, хто страждає. Саме це відчуття спільної людяності відрізняє справжнє співчуття від відчуття жалю.

Самоспівчуття включає свідоме сприйняття власного болю, відчуття зв'язку з іншими в їхніх стражданнях та надання собі підтримки у складні періоди. Самоспівчуття може набувати різних форм: від ніжної, турботливої підтримки, спрямованої на емоційне заспокоєння та самоприйняття, до сильної, цілеспрямованої форми, необхідної для самозахисту, відстоювання життєво важливих потреб та мотивації до змін [34, 1064].

К. Нефф концептуалізує самоспівчуття як багатоаспектний конструкт, що складається з взаємозалежних, але відмінних елементів. Вони можуть бути умовно згруповані у три ключові діапазони, які описують реакцію індивіда на страждання:

1. Емоційна площина: реакція на біль (через доброту чи осуд).
2. Когнітивна площина: інтерпретація скрутного становища (як загальнолюдського досвіду чи як ізоляції).
3. Атенційна площина: спосіб звернення уваги на дискомфорт (через усвідомленість чи надмірну ідентифікацію).

Ці елементи формують динамічну систему, в якій їхня спільна робота полегшує страждання. Самоспівчуття існує як біполярний континуум, де на одному полюсі знаходиться співчутлива самовідповідь, а на протилежному – неспівчутлива самовідповідь. У будь-який момент людина може перебувати в діапазоні від теплого, підтримуючого ставлення до себе до холодного, критичного, або у нейтральній точці [32, с. 195].

Модель самоспівчуття формується шістьма елементами, що утворюють три дихотомічні пари:

1. Самодоброta (Self-Kindness) vs. самоосуд (Self-Judgment). Ця дихотомія описує емоційну реакцію індивіда на власний біль. Зазвичай, коли наші друзі чи близькі переживають життєві негаразди чи погано почуваються, ми природно прагнемо проявити до них доброту та підтримку. Це виражається у словах тепла, розуміння та емпатії, а іноді й у фізичних жестах прихильності, наприклад, дотику. Проте, як правило, до самих себе ми виявляємо значно вищий рівень суворості та критики, використовуючи осудливі висловлювання, яких ніколи б не адресували близькій особі. Виявлення самодоброty означає прийняття співчутливого та підтримуючого ставлення до себе, відмовляючись від холодного самоосуду. Це дозволяє індивіду визнавати свої недоліки та помилки, продовжуючи при цьому дбати

про себе безумовно. Таке самоприйняття ефективно зменшує глибинне відчуття власної неповноцінності.

Важливо, що самодоброта не обмежується лише припиненням самокритики. Вона вимагає активного вираження турботи у відповідь на власні страждання.. Самодоброта являє собою емоційну доступність до себе у важкі моменти. Це передбачає внутрішню паузу, щоб усвідомити власний біль і поставити собі ключові питання: «Зараз мені справді важко. Яким чином я можу подбати про себе в цю мить?». Коли людина відповідає собі теплотою та розумінням, вона відчуває заохочення та підтримку, що є аналогічним позитивному досвіду отримання доброти від іншої людини.

2. Спільна людяність (Common Humanity) vs. ізоляція (Isolation). Спільна людяність як елемент самоспівчуття сприяє формуванню відчуття зв'язку з іншими, протидіючи тенденції до ізоляції. Коли людина переживає невдачу або робить помилку, вона часто сприймає свій досвід як винятковий, вважаючи, що інші успішно справляються, а її особистий провал є унікальним. Це є потужною емоційною реакцією, яка звужує сприйняття та викривляє реальність.

Навіть у ситуаціях, коли труднощі виникають через непередбачені зовнішні обставини, за які індивід не несе провини, виникає тенденція відчувати, що іншим долати ці виклики значно легше. Така реакція сигналізує про порушення норми і призводить до відчуття відчуженості та самотності, що, своєю чергою, значно посилює переживання страждання. Вона є наслідком забуття того факту, що недосконалість, вразливість та зіткнення з викликами є невід'ємними складовими людського існування.

Завдяки розвитку спільної людяності формується усвідомлення, що життєві проблеми є універсальним досвідом, який розділяється всіма людьми. Фактично, саме через спільність наших труднощів ми відчуваємо себе повноцінними членами людства. Цей елемент є вирішальним для розмежування самоспівчуття та жалю до себе. Співчуття є за своєю

природою реляційним (тобто відноситься до зв'язку з іншими), передбачаючи фундаментальну взаємність у переживанні болю. Воно впливає з глибокого прийняття того, що людський досвід є недосконалим. Зберігаючи контакт зі своєю людяністю, ми постійно пам'ятаємо, що абсолютно кожна людина стикається зі стражданнями. Хоча тригери, обставини та інтенсивність болю можуть відрізнятися, досвід недосконалості залишається спільним. Це усвідомлення ефективно зменшує почуття ізоляваності та самотності.

3. Усвідомленість (Mindfulness) vs. надмірна ідентифікація (Over-Identification). Для того щоб індивід міг відчувати самоспівчуття, необхідно свідомо визнати та звернутися до власного болю. Ключовим елементом тут виступає усвідомленість, яка дає змогу не уникати дискомфорту поточного досвіду, але й не перебільшувати його значущість. Виявити співчуття до себе є неможливим без попереднього визнання факту наявності болю.

Однак, якщо людина протистоїть факту страждання або бореться з ним, її увага може бути повністю поглинута цим болем. У такому стані втрачається здатність дистанціюватися від себе та прийняти об'єктивну перспективу, необхідну для надання собі підтримки. Це призводить до надмірної ідентифікації, коли індивід захоплюється своїми негативними думками та емоційними реакціями.

Такий процес мислення звужує фокус уваги і значно перебільшує негативні наслідки для самооцінки. Надмірна ідентифікація персоналізує швидкоплинний емоційний досвід, перетворюючи його на остаточну та незмінну особистісну характеристику [35].

На противагу цьому, усвідомленість дозволяє помітити, що негативні думки та почуття є лише ментальними або емоційними явищами, а не абсолютною реальністю. Це значно зменшує рівень ототожнення себе з ними. Завдяки цьому людина отримує можливість відповісти на власні труднощі співчуттям. Саме тому усвідомленість є фундаментальною основою, на якій формується вся практика самоспівчуття [32, с. 196].

У моделі П. Гілберта самоспівчуття є одним із трьох напрямків співчуття: співчуття, яке ми відчуваємо до інших; співчуття, яке ми відчуваємо від інших; та співчуття до себе, які засновані на визначенні співчуття як чутливості до страждань у собі та інших із зобов'язанням намагатися їх полегшити та запобігти їм.

На відміну від концептуалізації самоспівчуття як соціально-когнітивного конструкту К. Нефф, еволюційно-мотиваційний підхід П. Гілберта розглядає його як адаптивний мотив, що походить від системи турботи ссавців. Ця система, призначена для виживання потомства, була розширена в процесі еволюції людини, щоб забезпечувати самозаспокоєння та самопідтримку, необхідні для регуляції дистресу. Тобто модель П. Гілберта дозволяє обґрунтувати, що мотив турботи (який еволюціонував для захисту потомства) може бути спрямований на себе так само, як і на інших. Це доводить, що самоспівчуття є не примхою, а еволюційно необхідним механізмом самозахисту [36].

П. Гілберт розкладає самоспівчуття на процеси (як його виконувати), а не лише на стани (як його відчувати). Самоспівчуття вимагає двох наборів компетенцій, спрямованих на власне страждання:

1. Співчутливе залучення (Engagement): це внутрішня готовність вмістити власний біль, підійти до нього (не уникати) і бути толерантним до дистресу, який цей біль викликає.

2. Співчутлива дія (Action): Це активні кроки для полегшення власного страждання та запобігання йому в майбутньому (наприклад, зміна поведінки, самозахист, розвиток необхідних навичок). Ці дії включають не лише негайне самозаспокоєння, але й використання мудрості для розвитку необхідних навичок подолання та змін у поведінці, що є дистальною (довгостроковою) формою самоспівчуття [36].

Також П. Гілберт встановив, що самоспівчуття є медіатором між самопідтримкою та благополуччям. Це важливий висновок, оскільки він

означає, що простої самопідтримки як когнітивного акту недостатньо. Здатність активно застосовувати компетенції самоспівчуття (залучення та дія) є тим мостом, який дозволяє трансформувати позитивні думки в реальне психологічне благополуччя та зменшити вплив самокритики та депресивних симптомів [36].

Теоретична концепція М. Феррарі та її колег є важливою для розуміння сучасного погляду на самоспівчуття, оскільки вона закликає до відходу від статичних, структурних моделей. Центральний внесок М. Феррарі полягає у заклику до переходу від традиційних підходів, що розглядають самоспівчуття як фіксовану рису або статичний набір компонентів, до динамічної, процесно-орієнтованої моделі [37]. У цьому контексті самоспівчуття розглядається як взаємодіючий процес, а не просто як сума його частин.

Згідно з цією концепцією, самодоброта та самокритика не є незмінно протилежними чи чітко розділеними вимірами. Динамічний підхід припускає, що зв'язок і сила взаємодії між цими елементами не є постійними в часі, що є важливим теоретичним відступом від попередніх теорій [38]. Натомість, ця взаємодія залежить від поточного контексту (наприклад, конкретної ситуації успіху чи невдачі), часових рамок вимірювання (вивчаємо ми короткочасну реакцію чи довгострокову тенденцію) та індивідуальних відмінностей (особистісний профіль людини).

Таким чином, концепція Феррарі виводить теоретичне розуміння самоспівчуття на рівень складної динамічної системи, де внутрішні процеси слід вивчати не ізольовано, а як мережу процесів, що безперервно взаємодіють у часі. Це є актуальним напрямком, що підкреслює необхідність враховувати контекст при аналізі ефективності та механізмів розвитку самоспівчуття.

Згідно зі статтею Аналайо та Дхаммадінни, у новітній час самоспівчуття або усвідомлене самоспівчуття (*mindful self-compassion*) утвердилося як окрема сфера світських тренінгів та психологічних

досліджень, що представлена незалежно від традиційного культивування співчуття, спрямованого на інших осіб (other-oriented compassion). У психологічному контексті увага акцентується на внутрішньому ставленні до власних страждань і недосконалостей. Автори зазначають, що в сучасній науковій спільноті ще залишається недоведеною наявність альтруїстичного компонента як психологічного кореляту самоспівчуття та його обов'язкового зв'язку зі співчуттям до інших [39].

Таким чином, історичний аналіз джерел, представлений у нашій роботі, покликаний сприяти подальшим психологічним дослідженням, які мають на меті уточнити природу взаємозв'язку «Я – Інший» у конструктах самодоброчливості та самоспівчуття, а також ідентифікувати та вивчити можливі альтруїстичні аспекти як кореляти цього важливого для психічного здоров'я феномену.

1.4. Тілесна усвідомленість в контексті психофізіологічної саморегуляції та турботи про здоров'я

Тілесна усвідомленість (Body Awareness) являє собою багатовимірний і складний психологічний конструкт, який охоплює не лише сприйняття внутрішніх сигналів та відчуттів, але й свідомий моніторинг цих відчуттів, а також їх подальшу інтерпретацію та атрибуцію. У цьому контексті тілесна усвідомленість визначає ступінь зв'язку особистості з власним тілом та її здатність розпізнавати просторове положення тіла. Таке сприйняття є фундаментальним способом доступу до світу та його пізнання: усвідомлення просторової орієнтації та внутрішніх процесів дозволяє людині ефективніше спрямовувати свою діяльність і задовольняти власні потреби [40, 139].

Розуміння повідомлень тіла, таким чином, безпосередньо корелює з підвищенням фізичного, психічного та емоційного благополуччя. У клінічній та оздоровчій психології тілесна усвідомленість розглядається як керівна евристика зцілення, яка визнає обґрунтованість фізичних симптомів та

використовує тілесні відчуття для визначення психологічних, фізіологічних та соціальних факторів, необхідних для саморегуляції. Вона передбачає спрямування уваги на інтероцептивний та соматичний досвід з метою самозцілення та досягнення гомеостазу. Змінюючи звичний спосіб тілесного реагування, особа може прийняти досвід, включаючи вплив попередньої травми, стресу чи емоцій, розглядаючи тіло як посередника цих переживань, що критично важливо для розвитку усвідомлення зв'язку між тілесними реакціями та емоційно-ситуативним контекстом [2, 509].

Теоретичні основи тілесної усвідомленості згідно з оглядом К. Парми та співавторів позиціонують цей феномен як багатогранний інтегративний конструкт, що має критичне значення для когнітивних наук та психологічної регуляції [41].

Насамперед, тілесна усвідомленість визначається як «парасольковий термін», який об'єднує і гармонізує різні сенсорні досвіди, необхідні для формування цілісного відчуття тіла. До основних складових тілесної усвідомленості відносять: інтероцепцію (Interoception), що є сприйняттям внутрішніх вісцеральних, серцевих та метаболічних сигналів (наприклад, голоду чи серцебиття), а також пропріоцепцію (Proprioception) – усвідомлення положення, орієнтації та руху власних кінцівок у просторі. Додатково, тілесна усвідомленість може включати екстероцепцію – сприйняття зовнішнього середовища [42].

Важливою теоретичною передумовою є модифікованість цього конструкту: тілесна усвідомленість не є статичним фізіологічним показником, а піддається впливу ментальних процесів, таких як увага, інтерпретація, когнітивні оцінки, переконання та афект. Таким чином, якість усвідомлення тіла значною мірою залежить від соціально-культурного досвіду та індивідуальних установок щодо фізіологічних станів, включно з емоціями та відчуттям болю.

На функціональному рівні тілесна усвідомленість є невід'ємним елементом для розвитку і підтримки відчуття «Я» (Sense of Self), забезпечуючи організацію афективних, когнітивних і сенсомоторних функцій. З філософської точки зору, як зазначав М. Мерло-Понті (M. Merleau-Ponty), тілесна усвідомленість допомагає розрізнити «об'єктивне тіло» (тіло як об'єкт спостереження) і «пережите тіло» (lived body), яке є активним центром нашого досвіду та первинним способом взаємодії зі світом.

З позиції нейронауки, тілесна усвідомленість ефективно пояснюється через модель предиктивного кодування (Predictive Coding Models) [43]. Згідно з цією моделлю, мозок постійно генерує внутрішні прогнози щодо очікуваного стану тіла. Його ключова функція полягає у мінімізації «помилки прогнозування» (Prediction Errors) – різниці між прогнозованими та фактичними сенсорними сигналами. Коли помилка прогнозу мала, досягається гомеостаз (внутрішня фізіологічна рівновага). Теоретично, стійкі дисфункції у здатності мозку мінімізувати інтероцептивні помилки можуть лежати в основі клінічних проявів різноманітних психіатричних та психосоматичних розладів, що підкреслює критичну роль тілесної усвідомленості у здоров'ї та саморегуляції [41].

Виходячи з теоретичного огляду Аліси Мандрігін (Mandrigin), фокус дослідження якої зосереджений на просторовій структурі тілесної усвідомленості, можна сформулювати низку ключових теоретичних засад.

Згідно з цим підходом, тілесна усвідомленість визначається як досвід, в якому частини тіла відчуються у певних локаціях, які є відносними як до решти тіла, так і до загального фізичного простору. Таким чином, тілесна усвідомленість не є лише внутрішнім відчуттям, а включає обов'язковий просторовий компонент, який, за висловом філософа Б. О'Шонесі, локалізує тілесні відчуття «у певній частині тіла, що займає позицію у фізичному просторі, відносно тіла» [44, 1887].

Центральною теоретичною засадою, яку розвиває А. Мандрігін, є диспозиційна концепція (Dispositional View). Ця концепція стверджує, що просторовий зміст тілесної усвідомленості формується завдяки встановленню набору зв'язків між, з одного боку, соматосенсорними та пропріоцептивними входами (сенсорними даними про стан тіла) і, з іншого боку, моторними виходами (діями, які може здійснити тіло). Відповідно до диспозиційної концепції, просторовий зміст тілесної усвідомленості конститутивно залежить від тілесної дії – ми усвідомлюємо розташування тіла не лише через сенсоріку, але й через потенціал до руху. Іншими словами, знання про те, «де» знаходиться частина тіла, обумовлене нашою здатністю здійснювати нею рух [44, 1891].

Проте, ця модель усвідомлення простору тіла стикається з емпіричними викликами. Неврологічні випадки та поведінкові дослідження на здорових суб'єктах свідчать про функціональне розмежування двох типів тілесної репрезентації (тобто внутрішніх моделей тіла в мозку). Перша – репрезентація для сприйняття, яка використовується для усвідомлення поточного статичного стану та локації тіла. Друга – репрезентація для дії, необхідна для планування, організації та виконання рухів. Наявність цих двох окремих функціональних систем вказує на те, що тілесна усвідомленість є складним і багатокомпонентним процесом, який обробляє інформацію про тіло різними шляхами залежно від того, чи потрібна ця інформація для пізнання, чи для активної взаємодії зі світом [44, 1895].

У роботі Йоони Тайпале (Tairale) запропонований теоретичний огляд, присвячений феноменологічному підходу Е. Гуссерля до тілесної усвідомленості, який пропонує глибоку структурну модель, засновану на досвіді сприйняття та диференціації [45].

Е. Гуссерль трактує тілесну усвідомленість не як монолітне відчуття, а як складний чуттєвий фундамент, який формується на перетині двох фундаментальних, але відмінних компонентів. Першим є гілетична

чутливість (hyletic sensibility), що охоплює пасивні первинні відчуття, які є необробленим матеріалом, що надходить до свідомості. До цих відчуттів належать біль, м'язова напруга, відчуття холоду чи тепла, а також вісцеральні та тактильні сигнали. Ці відчуття виступають як базовий матеріал, який сама свідомість згодом організовує та інтерпретує [46].

Другим ключовим елементом є кінестетична чутливість (kinesthetic sensibility), яка являє собою активне усвідомлення власного руху, положення кінцівок і внутрішнього потенціалу до дії. На відміну від гілетичних даних, кінестетична чутливість є самодосвідом тіла не як пасивного об'єкта, що лише відчуває, а як джерела активних рухів. Принциповим для гуссерліанської моделі є те, що ці два типи чутливості є взаємопереплетеними (interwovenness) і рівноначальними (equiprimordiality). Це означає, що вони виникають одночасно і є однаково необхідними для функціонування свідомості. Тіло не може ефективно рухатися, не відчуваючи свого внутрішнього стану, і не може формувати сенсорний досвід без здатності до активної взаємодії.

Саме із цієї комплексної чуттєвої основи – єдності пасивного відчуття та активного руху – феноменологічно виникає поняття тіла як суб'єкта досвіду, яке є темпоральним і просторовим центром свідомості. Цей аспект тіла є не просто біологічною сутністю, а суб'єктом, який відчуває, діє і є носієм свідомості, що дозволяє індивіду активно існувати та функціонувати у світі.

З функціональної точки зору, тілесна усвідомленість є первинним локусом диференціації між «Я» (Me) та «Не-Я» (not-Me). Оскільки тіло є областю перетину між цими двома полюсами, саме у досвіді тілесної усвідомленості відбувається перше розмежування. Ця критично важлива диференціація дає змогу людині формувати осмислене відчуття індивідуальної ідентичності та чітко розрізняти, які переживання походять від її власних внутрішніх станів, а які належать до зовнішнього об'єктивного

світу. Таким чином, здатність до усвідомлення власного тіла є фундаментальною передумовою для формування самосвідомості та свідомого керування [47].

Таким чином, здатність до усвідомлення власного тіла є фундаментальною передумовою не лише для формування самосвідомості, але й для свідомої саморегуляції – здатності вольовим чином керувати власними емоційними реакціями та поведінкою.

Теоретичні засади тілесної усвідомленості також ґрунтовно проаналізовано у праці Ш. Галлахера (Gallagher). Його огляд пропонує критичне розмежування між свідомим досвідом тіла та його несвідомою сенсомоторною організацією, що є ключовим для розуміння психологічних механізмів [40].

Історія концепту сягає початку ХХ століття, коли неврологи (зокрема, Г. Гед) ввели термін «постуральна схема» (або схема тіла). Г. Гед визначив її як динамічну і несвідому організацію всіх минулих і поточних сенсорних вражень (пропріоцептивних, тактильних). Ця система функціонує автоматично, поза сферою свідомої уваги, і слугує виключно для оперативного контролю рухів, пози та рівноваги у фізичному просторі [48].

Це історичне розмежування призвело до формування ключової теоретичної дихотомії, яка є центральною для когнітивної психології:

1. Схема тіла (Body Schema): є автоматичною, несвідомою сенсомоторною системою. Вона постійно оновлює інформацію про поточний стан та розташування частин тіла для забезпечення ефективного виконання дій (керування хапанням, підтримання пози) [49]. Це, по суті, репрезентація тіла для дії.

2. Тілесна усвідомленість (Body Awareness): є свідомим, перцептивним і явним досвідом власного тіла [50]. Вона передбачає усвідомлення розташування частин тіла, а також суб'єктивне переживання тілесних станів (наприклад, втоми, болю, голоду чи тепла). Цей досвід є репрезентацією тіла

для сприйняття і тісно пов'язаний з відчуттями «тепла та інтимності», які супроводжують наше «Я».

Незважаючи на те, що схема тіла і свідомо тілесна усвідомленість є функціонально різними, вони постійно взаємодіють. Схема тіла відіграє роль несвідомого сенсомоторного каркаса, який надає базову просторову інформацію, необхідну для формування свідомих тілесних відчуттів. Однак їхня функціональна незалежність підтверджується емпіричними дослідженнями у сфері нейрофізіології [51].

Клінічні випадки, зокрема дослідження пацієнтів із деаферентацією (пошкодженням сенсорних нервів, що призводить до відсутності пропріоцептивного та тактильного зворотного зв'язку від кінцівок), є прямим доказом цієї дисоціації. Ці пацієнти втрачають свідоме відчуття кінцівок (втрата тілесної усвідомленості), але можуть виконувати складні рухи (ходьбу, захоплення), якщо використовують візуальний контроль. Це свідчить про те, що несвідомо схема тіла (репрезентація для дії) може функціонувати навіть за відсутності свідомої тілесної усвідомленості [52].

Отже, для психологічних досліджень критично важливим є встановлення, яким чином свідомо тілесна усвідомленість (свідомий досвід) взаємодіє або, навпаки, відокремлюється від несвідомої сенсомоторної системи (автоматичний контроль), оскільки ця динаміка є ключем до розуміння механізмів саморегуляції.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний огляд та системний аналіз сучасних наукових публікацій формують міцне підґрунтя для вивчення психологічних чинників, що детермінують стійку здоров'язберезувальну поведінку. Проблемне поле дослідження ґрунтується на сучасному розумінні здоров'я не лише як відсутності патологій, а як позитивного стану благополуччя. У цьому

контексті турбота про здоров'я концептуалізується як свідомо обрана система життєдіяльності, яка потребує від індивіда високого рівня саморегуляції.

Фундаментальними теоретичними моделями, що пояснюють прийняття здоров'язбережувальної поведінки, є модель сприяння здоров'ю (НРМ) Ноли Пендер та соціально-когнітивна теорія (СКТ) Альберта Бандури. НРМ пропонує аналітичну рамку, що фокусується на когнітивних чинниках, які безпосередньо впливають на рішення про здоров'я та його промоцію. СКТ, у свою чергу, надає глибинне розуміння динаміки саморегуляції через принцип взаємного детермінізму, який підкреслює циклічну взаємодію між поведінкою, особистісними переконаннями та факторами середовища. Обидві теорії сходяться на тому, що самоефективність – віра людини у власну здатність досягти бажаного результату – є найпотужнішим мотиваційним предиктором початку здорових дій.

Подолання розриву між наміром та реальною, стійкою поведінкою вимагає інтеграції когнітивних та афективних механізмів. Сучасні дослідження вказують, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість виступають критичними психологічними ресурсами, які посилюють ефективність саморегуляції та стабілізують здоров'язбережувальну поведінку.

Самоспівчуття є афективно-мотиваційним чинником. Воно відображає здатність індивіда ставитися до власних недосконалостей, невдач чи страждань з добротою, розумінням та не-засудженням. У контексті турботи про здоров'я, самоспівчуття є захисним механізмом проти руйнівної самокритики, яка часто виникає після порушення дієти чи пропуску тренування. Підтримка мотивації завдяки самоспівчуттю дозволяє швидше відновити здоров'язбережувальну поведінку після рецидиву, стабілізуючи вольовий компонент відповідального ставлення до здоров'я і перешкоджаючи виникненню порочного кола провини та відмови від дій.

Тілесна усвідомленість є когнітивно-перцептивним чинником. Вона являє собою активну, сфокусовану увагу на внутрішніх сенсорних сигналах організму (інтероцепція та пропріоцепція). Це забезпечує інформаційний зворотний зв'язок, критично важливий для ефективної саморегуляції. Завдяки тілесній усвідомленості індивід отримує точну та своєчасну інформацію про потреби організму (голод, втома, стрес), що дозволяє йому корегувати здоров'язбережувальну поведінку (наприклад, припинити тренування до травми або вчасно вжити заходи для зниження стресу).

Таким чином, інтегративний аналіз свідчить, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість є не просто додатковими змінними, а внутрішніми психологічними регуляторами, які підвищують ефективність класичних моделей поведінки, орієнтованої на здоров'я. Тілесна усвідомленість забезпечує точний контроль необхідний для поведінки, а самоспівчуття – емоційну стійкість та прийняття, необхідні для її довготривалої підтримки.

Проведене узагальнення теоретичного матеріалу дозволяє висунути гіпотезу про те, що саме самоспівчуття та тілесна усвідомленість будуть значущими предикторами або опосередковуючою ланкою у моделі, яка пояснює ступінь вираженості здоров'язбережувальної поведінки.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

2.1. Концептуальна модель та гіпотези

Результати теоретичного аналізу, що ґрунтується на моделі сприяння здоров'ю (НРМ) [13] та соціально-когнітивній теорії (СКТ) [10], підтвердили високу прогностичну цінність таких когнітивних факторів, як самоефективність, але водночас виявили необхідність інтеграції внутрішніх афективних та перцептивних механізмів у процес формування стійкої здоров'язбережувальної поведінки. Незважаючи на те, що комплексна модель промоції здоров'я [7] ефективно інтегрує когнітивні засади, вона недостатньо деталізує аспекти саморегуляції, які необхідні для довготривалої підтримки здорового способу життя після виникнення невдачі чи рецидиву. З огляду на те, що турбота про здоров'я є динамічним процесом, актуальною є розробка концептуальної моделі, яка б інтегрувала ключові внутрішні регулятори.

Попередні емпіричні дослідження підтвердили, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість є значущими предикторами різних аспектів фізичного та психічного благополуччя. Наприклад, Холден (Holden) та співавтори [1] встановили сильний, значущий та багатовимірний зв'язок між тим, як людина ставиться до себе, та її поведінкою, спрямованою на збереження здоров'я, що підтверджує, що внутрішнє позитивне ставлення (самоспівчуття) є мотиваційною основою для проактивної турботи про здоров'я. Результати канонічної кореляції показали, що самоспівчуття та здоров'язбережувальна поведінка мають 76% спільної дисперсії (тобто, вони дуже тісно пов'язані). Тобто чим вищий рівень самоспівчуття, тим активніше та послідовніше людина займається здоровою поведінкою (фізична активність, харчування, управління стресом тощо).

Самоспівчуття складається з шести взаємопов'язаних компонентів (3 позитивні та 3 негативні), і їхній вплив на здоров'я є протилежним. Позитивні компоненти такі як самодоброта, спільна людська природа, усвідомленість сильно позитивно корелюють з турботою про здоров'я. Чим більше людина добра до себе і усвідомлена, тим краще вона піклується про здоров'я. Негативні компоненти такі як самозасудження, ізоляція, надмірна ідентифікація сильно негативно корелюють з турботою про здоров'я. Чим більше людина засуджує себе, тим гірша її здоров'язбережувальна поведінка.

Аналіз ієрархічної лінійної регресії, який перевіряє унікальний внесок кожної частини самоспівчуття, показав, що самодоброта та усвідомленість є значущими предикторами здоров'язбережувальної поведінки. Тобто самоспівчуття (і особливо компоненти самодоброти та усвідомленості) є критично важливим психологічним ресурсом, що пророкує активну та відповідальну турботу про власне здоров'я [1].

Зі свого боку дослідження, проведене Кухар, Нефф та Мозевіч, є емпіричною оцінкою ефективності короткої онлайн-інтервенції на основі самоспівчуття під назвою RESET (Resilience and Enhancement in Sport, Exercise, & Training) серед студентів-спортсменів NCAA. Хоча основна увага дослідження була приділена спортивній сфері та підвищенню ефективності, його результати чітко підтверджують позитивний зв'язок самоспівчуття турботою про здоров'я [53].

У контексті турботи про здоров'я найважливішим результатом є значне покращення показників психічного благополуччя. Спортсмени, які пройшли програму RESET, відчували зниження рівнів депресії, тривожності та стресу. Це є прямим показником покращення психологічного здоров'я та здатності справлятися з високим тиском, характерним для їхнього середовища. Дослідження також виявило механізми, які опосередковують цей зв'язок. Учасники групи RESET відчували зниження самокритики. Самокритика може призводити до тривоги та стресу, тоді як самоспівчуття полегшує здатність

вчитися на невдачах, не будучи ними пригніченим. Інтервенція також зменшила страх самоспівчуття. Це важливий бар'єр, оскільки багато спортсменів бояться, що доброта до себе призведе до самозаспокоєння та погіршення результатів, тоді як дослідження показує, що самоспівчуття є ефективним мотиватором [54, 11].

Це дослідження демонструє, що тренування самоспівчуття є ефективним інструментом для підтримки психічного здоров'я та підвищення стійкості. Знижуючи депресію, тривожність та стрес, самоспівчуття опосередковано сприяє загальній турботі про здоров'я, забезпечуючи психологічну основу, необхідну для здорового способу життя [55]. Mindful Self-Compassion, на основі якої розроблено RESET, давно доведено як програма, що підвищує благополуччя, резилієнтність та фізичне здоров'я.

Дослідження Сіроїс та Хірша було присвячене оцінці ролі самоспівчуття у медичній адгерентності (дотриманні лікувальних рекомендацій) у пацієнтів із п'ятьма різними хронічними захворюваннями та емпірично довело, що цей зв'язок частково опосередковується нижчим рівнем сприйнятого стресу [20]. Самоспівчуття було позитивно пов'язане з адгерентністю (турботою про здоров'я) в усіх п'яти медичних вибірках. Це означає, що пацієнти, які виявляли більше доброти та розуміння до себе, були більш послідовними у виконанні рекомендацій лікарів. Метааналіз усіх п'яти вибірок показав невеликий середній ефект, що є значущим показником того, що самоспівчуття є надійним предиктором проактивної поведінки щодо здоров'я. Було виявлено, що зв'язок між самоспівчуттям та дотриманням рекомендацій частково опосередковується (медіюється) сприйнятим стресом. Пацієнти з вищим рівнем самоспівчуття відчували нижчий рівень сприйнятого стресу. Нижчий рівень стресу, своєю чергою, дозволяв їм краще справлятися з труднощами лікування та більш послідовно дотримуватися медичних рекомендацій [56, 1964].

Це дослідження підтверджує, що самоспівчуття знижує рівень стресу, тобто забезпечує емоційну стійкість, необхідну для ефективної турботи про здоров'я, та стимулює відповідальну поведінку, бо дозволяє людям із хронічними захворюваннями не здаватися перед викликами і послідовно піклуватися про своє тіло. Це показує, що самоспівчуття є не просто «приємним» почуттям, а активним копінг-ресурсом для управління здоров'ям, особливо у складних медичних ситуаціях.

Систематичний огляд, проведений Бібером (Biber) та Елліс (Ellis), прямо підтверджує існування зв'язку між самоспівчуттям та турботою про здоров'я. Вони розглянули вплив інтервенцій, що базуються на самоспівчутті, на саморегуляцію поведінки щодо здоров'я. Загалом, огляд дійшов висновку, що інтервенції на основі самоспівчуття є настільки ж ефективними, як і інші методики зміни поведінки, для покращення саморегуляції, що безпосередньо призводить до кращої турботи про здоров'я [57; 58].

У контексті турботи про здоров'я, саморегуляція – це здатність людини ставити цілі, контролювати свою поведінку (наприклад, харчування чи фізичну активність) та коригувати її для досягнення бажаного результату. Автори підкреслюють, що самоспівчуття допомагає цьому процесу двома ключовими шляхами:

1. Подолання невдач. У процесі зміни поведінки (наприклад, спроби схуднути або почати тренуватися) неминучі невдачі. Замість того, щоб реагувати на ці невдачі самоосудом і відмовою від цілі (що є поширеною неадаптивною реакцією), самоспівчуття дозволяє людині ставитися до помилок з добротою та розумінням. Це запобігає формуванню відчуття провини та сорому, які є потужними бар'єрами для подальшої мотивації та повернення до здорової поведінки.

2. Підтримка мотивації: Дослідження, включені в огляд, показали, що самоспівчуття підтримує мотивацію, оскільки вона стає внутрішньою (з мотивацією турботи про себе), а не зовнішньою (з мотивацією уникнення

критики чи отримання схвалення). Такий внутрішній підхід є більш стійким і ефективним у довгостроковій перспективі.

Огляд проаналізував сім досліджень, які використовували інтервенції на основі самоспівчуття і показав їх позитивний вплив на:

- фізичну активність: покращення регулярності та рівня фізичної активності [59; 60];
- харчову поведінку: зменшення переїдання (особливо емоційного) та покращення свідомого харчування [61; 62];
- зниження ваги: хоча дослідження не були спеціально спрямовані на зниження ваги, самоспівчуття показало свою ефективність у підтримці здорової поведінки, необхідної для цього процесу [63; 64].

Отже, Бібер та Елліс надають вагоме наукове обґрунтування, що самоспівчуття є не просто психологічною якістю, а дієвим інструментом для покращення саморегуляції здоров'я, роблячи його ключовим чинником у формуванні проактивної та відповідальної турботи про власне тіло.

Водночас, Прабхакар і Шарма (Prabhakar & Sharma) продемонстрували наявність значного позитивного зв'язку між тілесною усвідомленістю та здоровим способом життя [2]. Загальна кореляція показує, що особи з високою тілесною усвідомленістю демонструють значно вищі показники загального здорового способу життя порівняно з тими, хто має низький рівень усвідомленості. Це підтверджує гіпотезу, що здатність помічати внутрішні сигнали тіла (голод, втома, напруга, біль) є першочерговою для прийняття свідомих і здорових рішень, а не лише реактивних [65]. Дослідження вказує, що тілесна усвідомленість є сильним предиктором здорового способу життя, що означає, що розвиток цієї навички має бути ключовим компонентом будь-якої програми зміцнення здоров'я.

Стаття Вольфа Е. Мелінга (Wolf E. Mehling) розглядає тілесну усвідомленість як ключовий механізм дії в більшості підходів «розум–тіло»

(mind–body approaches), що мають безпосереднє відношення до турботи про здоров'я [66].

Тілесна усвідомленість визначається в цьому контексті не просто як інтуїція, а як досвідчений процес навчання, що включає як феноменологічні (суб'єктивні відчуття), так і неврологічні процеси [67]. Турбота про здоров'я є неможливою без цього усвідомлення, оскільки здатність свідомо розпізнавати внутрішні тілесні сигнали (інтероцепція) є необхідною передумовою для саморегуляції. Якщо людина не усвідомлює внутрішніх сигналів втоми, напруги, голоду чи болю з достатньою ясністю та точністю, вона не може свідомо та адаптивно реагувати на ці потреби [68].

Таким чином, тілесна усвідомленість виступає як інформаційний канал для здорової поведінки. Якщо людина чітко відчуває, що певна їжа викликає дискомфорт, або що тіло потребує відпочинку, вона, швидше за все, внесе зміни у свій спосіб життя, що є суттю проактивної турботи про здоров'я. Дослідження Мелінга, аналізуючи різні методи оцінки тілесної усвідомленості побічно підкреслює її центральну роль: ці методи розроблені для того, щоб краще документувати та покращувати цю навичку, оскільки її розвиток клінічно важливий для лікування болю, тривоги та для загального благополуччя. Фактично, якщо методики, спрямовані на здоров'я (наприклад, йога чи тай-чі), працюють, то тілесна усвідомленість є основною причиною цього успіху [66].

Однак, інтегративний медіаційний механізм, який пояснює, як саме позитивна афективна установка перетворюється на ефективний поведінковий акт через перцептивну чутливість, залишається недостатньо вивченим, особливо в контексті української вибірки дорослих.

Таким чином, головна мета розробленої емпіричної моделі – не лише підтвердити наявність зв'язків, а й чітко встановити напрямок та характер цих взаємодій. Це дозволить поглибити розуміння психологічних механізмів,

що забезпечують перехід від ціннісного ставлення до здоров'я до стійких поведінкових дій.

Концепція даного дослідження ґрунтується на центральній гіпотезі про те, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість є ключовими психологічними ресурсами, які формують турботу про здоров'я (здоров'язбережувальну поведінку). Ми припускаємо, що ці два чинники пов'язані між собою і можуть мати як прямий, так і опосередкований вплив. Базуючись на аналізі літератури, ми очікуємо наступні зв'язки:

1. Самоспівчуття є потужною мотиваційною основою для проактивної поведінки щодо здоров'я, що підтверджено Холден та співавторами. Позитивні компоненти самоспівчуття (самодоброта та усвідомленість) позитивно корелюють із фізичною активністю та свідомим харчуванням.

2. Тілесна усвідомленість виступає інформаційним каналом, дозволяючи особі помічати внутрішні сигнали тіла (голод, втома), що є необхідною умовою для саморегуляції поведінки та прийняття здорових рішень.

3. Нарешті, оскільки самоспівчуття включає компонент усвідомленості, а тілесна усвідомленість є механізмом реакції на потреби організму, ми висуваємо гіпотезу про медіацію, яка може пояснити, як афективний ресурс (самоспівчуття) трансформується у конкретні поведінкові практики.

На основі цього обґрунтування, ми висуваємо такі дослідницькі гіпотези:

Гіпотеза 1. Існує статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між самоспівчуттям, тілесною усвідомленістю та загальним показником здоров'язбережувальної поведінки у вибірці дорослих.

Гіпотеза 2. Самоспівчуття та тілесна усвідомленість виступають значущими незалежними предикторами показників здоров'язбережувальної поведінки.

Гіпотеза 3. Тілесна усвідомленість виступає повним або частковим медіатором (опосередковуючою ланкою) у зв'язку між самоспівчуттям та здоров'язберезувальною поведінкою. Це означає, що самоспівчуття не впливає на турботу про здоров'я безпосередньо, а реалізує свій вплив опосередковано – через підвищення готовності індивіда до неупередженої тілесної усвідомленості. Самоспівчуття створює безпечне психологічне середовище, у якому підвищується чутливість до тіла, а ця чутливість, у свою чергу, веде до кращої здоров'язберезувальної поведінки. Таким чином, тілесна усвідомленість є внутрішнім механізмом, який перетворює афективний ресурс на поведінкову компетентність. Така структура моделі дозволяє не лише підтвердити кореляційні зв'язки, а й зрозуміти механізм їхньої реалізації.

Для ілюстрації можна навести приклад: особа, яка практикує самоспівчуття, помічає сигнал втоми під час робочого дня (тілесна усвідомленість), робить коротку перерву, відновлює ресурс і потім виконує фізичні вправи або обирає здоровий обід. Такий механізм показує інтеграцію афективних і перцептивних процесів у поведінку, спрямовану на турботу про здоров'я.

2.2. Методичне обґрунтування емпіричного дослідження

Цей підрозділ присвячений детальному опису методичних засад емпіричної частини дослідження, метою якої є верифікація висунутих гіпотез щодо взаємозв'язку самоспівчуття, тілесної усвідомленості та турботи про здоров'я. Для забезпечення наукової обґрунтованості та достовірності отриманих результатів, було обрано стандартизований психодіагностичний інструментарій, що має високі показники надійності та валідності. Обрані методики дозволяють кількісно оцінити ключові психологічні конструкції, які, згідно з теоретичним оглядом, виступають значущими предикторами проактивної турботи про власне здоров'я. Комплексне застосування трьох

діагностичних інструментів забезпечує всебічну оцінку досліджуваних змінних і створює необхідну базу для проведення аналізу. Далі представлено детальний опис кожної з використаних методик.

Для емпіричної оцінки рівня самоспівчуття як ключового психологічного ресурсу особистості, що є центральною змінною даного дослідження, була використана Шкала самоспівчуття Крістін Нефф (Self-Compassion Scale, SCS) у повній версії, що складається з 26 питань (додаток А). Оригінальна методика розроблена К. Нефф [69] і є стандартизованим, психометрично обґрунтованим інструментом, що вимірює шість взаємопов'язаних компонентів самоспівчуття: самодоброта, спільна людська природа, усвідомленість, самозасудження, ізоляція та надмірна ідентифікація. Застосування цієї шкали дозволяє отримати як детальний профіль ставлення до себе, так і інтегральний показник здатності дорослих осіб ставитися до власних недоліків і страждань із теплотою, розумінням та не засуджуючи.

Методика призначена для кількісної оцінки рівня самоспівчуття, фіксуючи типові когнітивні, емоційні та поведінкові реакції індивіда на почуття неадекватності чи страждання.

SCS вимірює шість взаємопов'язаних компонентів самоспівчуття, які традиційно групуються в три пари протилежних полюсів:

1. Доброта до себе (Self-Kindness) проти самоосуду (Self-Judgment).

Доброта до себе є позитивним полюсом і вимірює частоту, з якою людина виявляє теплоту, підтримку та розуміння до себе у відповідь на емоційний біль чи несприятливі обставини. Це активна протидія самокритиці. На противагу поширеній думці про те, що самокритика є мотиватором, Нефф стверджує, що доброта до себе є адаптивною формою самомотивації, що ґрунтується на бажанні піклування, а не на страху покарання, і дозволяє швидше відновитися після невдач.

Самоосуд є негативним полюсом і фіксує схильність до жорсткої критики, засудження та несхвалення власних недоліків. Високий рівень самоосуду є предиктором депресії, тривожності та сорому, що створює бар'єр для здорової поведінки [70].

2. Спільна людяність (Common Humanity) проти ізоляції (Isolation).

Спільна людяність є усвідомленням того, що недоліки, невдачі та життєві труднощі є неминучою частиною людського досвіду і не є особистим провалом. Це протидіє почуттю сорому, яке змушує людину вірити, що вона «єдина, хто переживає це». Високий рівень цього компонента сприяє нормалізації власних страждань і є основою емпатії, посилюючи зв'язок з іншими.

Ізоляція є негативним полюсом і фіксує схильність відчувати себе відокремленим та відрізнаним від інших людей, коли індивід стикається зі своїми недосконаlostями. Це відчуття посилює внутрішній стрес та перешкоджає пошуку соціальної підтримки, що критично важливо для підтримки психічного та фізичного здоров'я.

3. Усвідомленість (Mindfulness) проти надмірної ідентифікації (Over-Identification).

Усвідомленість (Mindfulness) у контексті самоспівчуття визначається як здатність свідомо та збалансовано сприймати болісні емоції та думки. Це означає, що особа не пригнічує свій біль, але й не дозволяє йому повністю поглинути себе. Усвідомленість допомагає підтримувати об'єктивну дистанцію від негативних переживань, розглядаючи їх як тимчасові ментальні події.

Надмірна ідентифікація є негативним полюсом і фіксує схильність до фіксації та зациклення на негативних емоціях, переживаннях чи думках. Цей стан характеризується «роздуванням» емоції, коли біль або невдача стає центром свідомості, і особа втрачає здатність бачити ситуацію збалансовано. Надмірна ідентифікація є прямим механізмом, що посилює стрес [71].

Респонденти надають відповіді за п'ятибальною шкалою Лікерта із градацією від «Майже ніколи» до «Майже завжди». Цей формат фіксує частоту, з якою індивід реагує на власні труднощі певним чином.

Для забезпечення послідовності в інтерпретації результатів та отримання єдиного загального показника, до пунктів, що відображають неспівчутливі реакції (самоосуд, ізоляція, надмірна ідентифікація), застосовується зворотне кодування. Це означає, що їхні початкові значення перетворюються: нижчі бали за шкалою відповідей отримують вищі бали при обробці.

Така процедура зворотного кодування гарантує, що вищий підсумковий бал за кожною субшкалою, а отже, і за загальним показником, завжди відповідає вищому рівню самоспівчуття.

Після інвертування неспівчутливих пунктів розраховується середнє арифметичне значення для кожної з шести субшкал. Загальний показник самоспівчуття отримується шляхом обчислення середнього значення цих шести субшкал.

Вибір такої методики формулювання та кодування (де неспівчутливі пункти описують саму неспівчутливу поведінку, а не її відсутність) був продиктований необхідністю уникнути складних або двозначних подвійних заперечень у тексті опитувальника. Це підвищує надійність та простоту розуміння пунктів для учасників дослідження [72].

Для оцінки самоспівчуття була використана повна версія Шкали самоспівчуття, що застосовувалася в українському перекладі Інституту когнітивно-поведінкової терапії (ІКПТ). Зважаючи на відсутність окремої статті з повною валідацією цієї шкали в українських наукових виданнях, а також з метою підтвердження її придатності для вибірки даного дослідження, була проведена перевірка внутрішньої узгодженості інструменту. Надійність шкали оцінювалася шляхом розрахунку коефіцієнта альфа Кронбаха.

Отриманий нами показник внутрішньої узгодженості для загального балу за Шкалою самоспівчуття склав 0,909. Це значення значно перевищує загальноприйнятий поріг 0,70 і навіть 0,90, що свідчить про відмінний (високий) рівень надійності. Таким чином, результати підтверджують психометричну придатність SCS для достовірного вимірювання самоспівчуття на вибірці дорослих осіб даного дослідження.

Наступною ключовою змінною дослідження є тілесна усвідомленість. Для її кількісної оцінки було обрано «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма» (Body Perception Questionnaire-Short Form, BPQ-SF), розроблений доктором Стівеном Поржесом (Porges) із колегами (додаток Б). Цей інструмент вимірює здатність особи помічати та інтерпретувати власні фізіологічні сигнали, такі як серцебиття, дихання та м'язова напруга [73]. Придатність BPQ-SF для використання на вітчизняній вибірці підтверджена українськомовними дослідженнями. Зокрема, у статті Денісієвської А. Є. було проведено успішну адаптацію та валідизацію україномовної версії методики, що дає міцне методологічне підґрунтя для її застосування у даному дослідженні [74].

Високі показники відповідності емпіричним даним було встановлено шляхом факторного аналізу, який підтвердив, що структурна модель шкали є придатною і достовірно вимірює саме ці три теоретичні конструкції на українській вибірці. Крім структурної валідності, було підтверджено надійність інструменту за двома ключовими критеріями. Показники ретестової надійності, які перевірялися на вибірці з 172 студентів з інтервалом у 3-4 тижні, продемонстрували високу стійкість результатів: коефіцієнти кореляції Пірсона для «Тілесної усвідомленості» 0,862, для «Реактивності АНС (над діафрагмою) – 0,766, а для «Реактивності АНС (під діафрагмою) – 0,731.

Ці значення знаходяться в межах 0,6-0,9, що свідчить про надійність методики. Додатково було проаналізовано зовнішню (критеріальну)

валідність шляхом кореляції показників ВРQ-SF із зовнішнім об'єктивним критерієм – методом відстежування серцебиття (Mental Tracking method). Результати також підтвердили валідність: коефіцієнти кореляції Пірсона були статистично значущими для всіх субшкал, включаючи 0,645 для «Тілесної усвідомленості», 0,614 для «Реактивності АНС (над діафрагмою)» та 0,636 для «Реактивності АНС (під діафрагмою)» [74].

Таким чином, завдяки верифікованій україномовній версії, використання ВРQ-SF у даному дослідженні дає можливість не лише кількісно оцінити рівень суб'єктивної інтероцептивної усвідомленості, але й здійснити диференційований аналіз якісних відмінностей у функціонуванні двох ключових сегментів автономної нервової системи у відповідь на внутрішні та зовнішні стимули, коректно застосовуючи його до української вибірки.

Оригінальна методика була розроблена у 1993 році і стала ключовим інструментом самозвіту, який фіксує як усвідомлення тілесних відчуттів, так і реактивність автономної нервової системи. В основу питань опитувальника покладено розуміння організації автономної нервової системи – сукупності нейронних шляхів, що забезпечують зв'язок між мозком і тілом. Ці шляхи постійно надсилають до центральної нервової системи інформацію про стан внутрішніх органів і тканин. Саме ці входні сигнали формують суб'єктивну основу для тілесної усвідомленості. Окрім цього, автономна нервова система генерує керуючі сигнали, які змінюють функції органів і тканин відповідно до поточних внутрішніх та зовнішніх потреб організму [75].

Початкова повна версія ВРQ налічувала 122 твердження і була багатоаспектною, оцінюючи такі параметри, як тілесна усвідомленість, автономна реактивність, когнітивно-емоційно-соматична реакція на стрес, стилі реагування, когнітивний стрес та історія здоров'я. Однак, найбільший науковий інтерес викликали дві основні субшкали – тілесна усвідомленість та автономна реактивність, які найчастіше використовувались у дослідницькій

практиці ізольовано. З метою створення більш економічної, зручної та сфокусованої версії, автори методики розробили скорочену версію, яка складається з 46 тверджень та зберігає здатність вимірювати обидві найбільш релевантні дослідницькі субшкали. На сьогодні версії опитувальника BRQ перекладено щонайменше сімома мовами, і він активно застосовується у міжнародних дослідженнях [76].

Оригінальна версія «Опитувальника тілесних відчуттів – коротка форма» охоплює 46 тверджень, що структуровані у три основні субшкали. Перша субшкала – це тілесна усвідомленість (Body Awareness), яка є мірою суб'єктивної чутливості індивіда до власних внутрішніх тілесних функцій. Високі показники за цією шкалою вказують на підвищену чутливість до сигналів організму, тоді як низькі значення свідчать про гіпосенситивність (знижену чутливість).

Дві інші субшкали вимірюють реактивність автономної нервової системи (АНС), яка розділена за анатомічним принципом. Друга субшкала фіксує реактивність АНС над діафрагмою, яка охоплює міру відповідей органів, автономно іннервованих вище діафрагми. Ці реакції, як передбачається, відображають активацію нейронних ланцюгів, що забезпечують соціальну залученість, взаємодію та стан спокою [77].

Третя субшкала – реактивність АНС під діафрагмою – вимірює відповіді автономно іннервованих органів шлунково-кишкового тракту, розташованих нижче діафрагми. Реактивність цієї частини, як вважається, відображає функціональність блукаючого нерва, симпатичної нервової системи та ентеричної нервової системи [78].

Такий розподіл дозволяє диференційовано оцінити, як тіло реагує на внутрішні та зовнішні зміни, що є критично важливим для розуміння здоров'язберезувальної поведінки.

Ще однією змінною даного дослідження є турбота про здоров'я (або здоровий спосіб життя). Для її діагностики був використаний «Профіль

здорового способу життя (версія для дорослих)», який є адаптацією міжнародної методики Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) (додаток В). Ця методика дозволяє всебічно оцінити поведінку респондентів у різних сферах, які впливають на їхнє фізичне та психологічне благополуччя. Опитувальник застосовувався відповідно до положень, викладених у методичному посібнику Мельника Ю. Б. та Стадніка А. В. [79].

Придатність української версії до застосування на дорослих вибірках та її висока надійність підтверджені у вітчизняних дослідженнях. Зокрема, у статті Стадніка та колег було проведено емпіричну перевірку, яка засвідчила відмінну внутрішню узгодженість методики: коефіцієнт альфа Кронбаха для двох різних груп студентів становив 0,918 та 0,926 відповідно. Ці показники значно перевищують поріг 0,90, що вказує на виняткову надійність інструменту та підтверджує його високу психометричну придатність для використання у даному дослідженні [80, 35].

«Профіль здорового способу життя» є багатомірним інструментом і містить 52 твердження, які висвітлюють ставлення респондентів до свого здоров'я та їхню поведінку. Ці твердження організовані у шість інтегрованих субшкал, що дозволяє отримати комплексний профіль способу життя особи:

1. Відповідальність за здоров'я (Health Responsibility, HR). Ця субшкала вимірює рівень усвідомлення та активної участі індивіда у процесі піклування про власне здоров'я. Вона оцінює визнання важливості особистого контролю та необхідності вжиття проактивних заходів для покращення свого фізичного та психологічного стану, а також здоров'я оточуючих.

2. Фізична активність (Physical Activity, PA). Цей компонент фіксує поведінку, пов'язану з регулярним залученням до фізичних вправ. Він відображає готовність індивіда підтримувати належний рівень рухової активності, що є ключовим для функціонування серцево-судинної системи та загального тону.

3. Харчування (Nutrition, Nu). Субшкала стосується свідомого вибору харчових продуктів та встановлення збалансованого режиму харчування. Вона охоплює поведінку, спрямовану на вибір здорової та корисної їжі, а також здатність уникати шкідливих дієтичних звичок.

4. Духовний ріст (Spiritual Growth, SG). Вимірює пошук особистого сенсу життя, прагнення до самореалізації та трансцендентного розуміння свого місця у світі. Цей компонент відображає внутрішню гармонію, ціннісні орієнтації та відчуття мети, які є важливими для психологічного благополуччя.

5. Міжособистісні стосунки (Interpersonal Relations, IR). Ця субшкала оцінює якість та частоту соціальних взаємодій. Вона фіксує здатність індивіда до формування, підтримки та розвитку близьких, довірливих та інтимних стосунків з іншими людьми, що є критичним елементом соціальної підтримки.

6. Управління стресом (Stress Management, SM). Компонент вимірює ефективність стратегій, які використовуються для розпізнавання, контролю та зменшення впливу стресових факторів. Він охоплює вміння застосовувати техніки релаксації, адаптивні механізми подолання та підтримувати емоційну рівновагу.

Система оцінювання передбачає, що частота кожної з перерахованих видів поведінки визначається за допомогою 4-бальної шкали відповідей, що має такі градації: 1 – «Ніколи»; 2 – «Іноді»; 3 – «Часто»; 4 – «Регулярно». Середній бал для кожної субшкали обчислюється шляхом додавання балів за всіма пунктами цієї субшкали та діленням отриманої суми на кількість пунктів. Загальний бал за шкалою НРЛР визначається як середнє арифметичне значення всіх 52 відповідей.

Інтерпретація балів передбачає, що вищі бали за НРЛР вказують на вищу частоту поведінки, що сприяє здоров'ю. Для полегшення інтерпретації прийнято класифікувати середні бали за субшкалами наступним чином:

показники нижче 2,5 вважаються низькими; бали від 2,5 до 3,0 – помірними; а показники вище 3,0 – високими. Крім того, загальний бал за шкалою HPLP може бути класифікований за чотирма рівнями: поганий (52-90 балів), помірний (91-129 балів), добрий (130-168 балів) або відмінний (169-208 балів), що дає можливість якісно оцінити рівень здорового способу життя респондента [81, 67].

Усі три діагностичні інструменти, застосовані в дослідженні, мають високий рівень надійності та валідності, що підтверджено як міжнародними, так і українськими адаптаційними дослідженнями, а також власними розрахунками коефіцієнта альфа Кронбаха, гарантують достовірність та обґрунтованість отриманих емпіричних результатів.

2.3. Формування вибірки та методи аналізу даних

Після обґрунтування та опису всього необхідного психодіагностичного інструментарію, цей підрозділ присвячений логічному продовженню методичної роботи. Далі буде детально представлено характеристику вибірки, на якій проводилося дослідження, опис його дизайну та процедури збору даних, а також обґрунтування методів статистичного аналізу, обраних для емпіричної перевірки висунутих гіпотез.

Для забезпечення наочності, логічності та відтворюваності емпіричної частини дослідження, весь робочий процес було структуровано у п'ять послідовних та взаємопов'язаних етапів: підготовчий, етап залучення респондентів, етап збору даних, аналіз даних та етап інтерпретації. Нижче подано узагальнений огляд цих фаз – від початкової підготовки інструментарію до фінальної інтерпретації результатів, після чого кожен з етапів буде детально розкрито.

1. Підготовчий етап включав концептуалізацію та технічне забезпечення дослідження. Було остаточно визначено неекспериментальний

кореляційний дизайн, затверджено перелік психодіагностичного інструментарію та створено єдиний стандартизований опитувальник.

2. Етап залучення респондентів. На цьому етапі здійснювався набір учасників, які відповідали критеріям включення.

3. Етап збору даних. Цей етап являв собою безпосереднє проведення онлайн-анкетування. Респонденти, які надали згоду, послідовно заповнювали демографічний блок та методики. Процес супроводжувався моніторингом повноти та якості відповідей, що дозволило сформувати фінальну вибірку.

4. Етап аналізу даних. Проводилася кількісна обробка даних.

5. Етап інтерпретації. На фінальному етапі здійснювалося теоретичне осмислення отриманих статистичних результатів. Було проведено порівняння емпіричних даних із теоретичними положеннями та результатами попередніх досліджень. Цей етап включає формулювання висновків, обговорення теоретичного та практичного значення роботи, а також визначення її обмежень та перспектив для подальших досліджень.

Дизайн емпіричного дослідження є кореляційним, оскільки його основною метою є встановлення взаємозв'язків між змінними. Дослідження є неекспериментальним і проводилося у форматі одномоментного зрізу (single cross-sectional study).

Опитування проводилося протягом двох тижнів з 2 жовтня по 15 жовтня 2025 року. Такий стислий період збору даних був обраний з метою забезпечення гомогенності умов опитування для всіх респондентів та мінімізації впливу ситуативних чинників.

Збір емпіричних даних здійснювався шляхом онлайн-анкетування на платформі Google Forms. Цей інструмент було обрано через його зручність, доступність і можливість автоматизованого збору та обробки даних. Для набору необхідної вибірки використовувався метод зручної вибірки з елементами методу «снігової кулі».

Поширення посилання на опитувальник відбувалося через популярні соціальні мережі Instagram та Facebook (цей підхід забезпечив доступ до респондентів із різних регіонів, що підвищило географічну репрезентативність вибірки), а також за допомогою цільових груп у месенджерах (цей підхід виявився ефективним для залучення людей, які не є активними користувачами соціальних мереж, але відповідають критеріям вибірки).

Паралельно зі збором даних, для забезпечення більш збалансованого статевого співвідношення і контролю демографічних факторів, було застосовано елементи цільової вибірки (*purposive sampling*). Оскільки первинний набір демонстрував значну перевагу жіночої статі, додатковий цільовий добір чоловіків проводився відразу ж у процесі збору даних. Ця активна стратегія дозволила мінімізувати систематичне упередження та досягти кращої пропорційності.

Критерії відбору респондентів були розроблені з урахуванням мети дослідження. Критеріями включення до дослідження були: вік 18-45 років, надання інформованої згоди на участь та проживання на території України на момент проведення опитування. Загальна вибірка, яка відповідала цим критеріям, склала 66 осіб. Специфічний віковий діапазон 18-45 років був обраний та обмежений для підвищення внутрішньої валідності дослідження та ефективного контролю стороннього впливу віку.

Обмеження вікового діапазону дорослих дозволяє мінімізувати конфаундерний ефект значних вікових та фізіологічних змін, які могли б виступати домінуючою причиною змін у схильності турбуватися про здоров'я, незалежно від психологічних чинників. Таким чином, вибір даного діапазону дозволив зосередити аналіз на психологічних предикторах – самоспівчутті та тілесній усвідомленості – оцінюючи їхній вплив на турботу про здоров'я.

Критерій проживання в Україні був введений для контролю контекстуальних факторів і забезпечення гомогенності соціального досвіду вибірки. В умовах повномасштабної війни цей критерій забезпечує, що всі респонденти перебувають в єдиному інформаційному, соціальному та економічному полі, а їхній рівень стресу, потреба у самоспівчутті та форми здоров'язбережувальної поведінки формуються під впливом схожих макросоціальних чинників, що є критично важливим для достовірності результатів кореляційного та медіаційного аналізу.

Процедура заповнення складалася з декількох кроків.

На першому етапі учасникам надавалася інформована згода, де описувалася мета, гарантії анонімності та право на відмову від участі. Участь була суворо добровільною, і респонденти мали право відмовитися від участі або перервати її на будь-якому етапі без пояснення причин. Було гарантовано абсолютну анонімність отриманих даних, оскільки збір інформації відбувався без запису персональних ідентифікаторів (імен, електронних адрес). Усі зібрані дані використовувалися виключно в узагальненому статистичному форматі для наукових цілей. Учасникам були надані чіткі інструкції щодо заповнення опитувальників. Такий підхід сприяв відповідальному ставленню учасників до тестування та забезпечив високу якість зібраних даних.

Дотримання етичних норм та вимог було пріоритетом на всіх етапах проведення дослідження.

Після надання згоди респонденти послідовно заповнювали три психодіагностичні методики: Шкалу самоспівчуття (SCS), Опитувальник тілесних відчуттів (BPQ-SF) та Профіль здорового способу життя (HPLP). Послідовність опитувальників була стандартизована з метою забезпечення ідентичних умов тестування для всіх учасників.

Загальний час заповнення анкети становив приблизно 15 хвилин.

Формування вибірки здійснювалося з метою контролю ключових демографічних факторів та забезпечення внутрішньої валідності дослідження.

До опитувальника, окрім психодіагностичних методик, було включено блок демографічних запитань, що охоплював:

1. Соціально-демографічні критерії:

– стать;

– вік.

2. Соціально-економічні критерії:

– зайнятість (працює / не працює / студент);

– сімейний статус (одружений / неодружений / розлучений / вдівець);

– наявність стосунків (так, у шлюбі / так, у неофіційних стосунках / ні);

3. Контекстуальні критерії:

– місце проживання (місто – обласний центр / інші міста – селища);

– відношення до певних категорій осіб (діючі військові / ветерани / члени сімей військовослужбовців, ветеранів / внутрішньопереміщені особи / не відносяться до цих категорій).

Нижче наведено детальний розподіл респондентів за основними соціально-демографічними та економічними характеристиками, які були зібрані в ході дослідження.

1. Стать. Завдяки цільовому добору було досягнуто ідеального балансу – вибірка складалася з 50% жінок ($n = 33$) та 50% чоловіків ($n = 33$).

2. Вік. Середній вік респондентів становить 34 роки, при цьому стандартне відхилення склало 5,5 років. Цей показник свідчить про відносно низький розкид даних і хорошу однорідність вибірки в обраному діапазоні від 18 до 45 років (рис. 2.1).

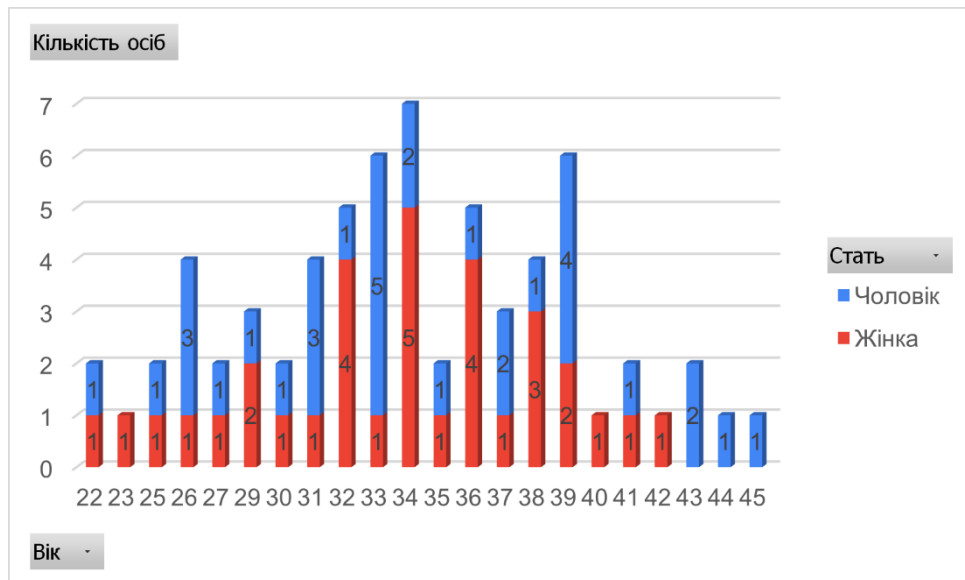


Рисунок 2.1. Розподіл респондентів за віком та статтю

3. Зайнятість. Переважна більшість учасників дослідження є працюючими – 85%. Не працювали на момент опитування 14% респондентів, тоді як 2% мали статус студента.

4. Сімейний статус та стосунки. Найбільшу частку склали одружені особи – 56%. Частка неодружених/незаміжніх становила 35%, а 9% респондентів були розлученими. Більшість респондентів 76% перебували у стосунках (як офіційних, так і неофіційних), і 24% вказали, що не перебувають у стосунках.

5. Контекстуальні характеристики. Включення контекстуальних критеріїв дозволило врахувати вплив макросоціальних чинників, пов'язаних з війною та географією. Місце проживання: 77% респондентів проживає у великих обласних центрах, тоді як 23% мешкають в інших містах або селищах.

Статус, пов'язаний з військовим конфліктом, показує, що значна частина вибірки відчуває прямий або опосередкований вплив військового конфлікту: 9% є діючими військовими, 6% є членами сімей військовослужбовців чи ветеранів, 5% мають статус внутрішньо переміщених

осіб (ВПО), 2% є ветеранами, 79% респондентів не відносяться до перелічених вище категорій.

Ці дані свідчать про те, що вибірка демонструє контрольовану збалансованість за статтю та охоплює демографічно активне населення, що перебуває під впливом актуального соціально-психологічного контексту України.

Разом з тим варто відмітити можливі методологічні ризики, а саме залежність від самозвітів (Self-report Bias). Це є певним ризиком, оскільки усі ключові змінні (самоспівчуття, тілесна усвідомленість, турбота про здоров'я) вимірювалися за допомогою суб'єктивних опитувальників. Це зміщення може проявлятися у двох основних формах:

1. Ефект соціальної бажаності (Social Desirability): респонденти можуть підсвідомо або свідомо перебільшувати позитивні аспекти своєї поведінки (наприклад, завищувати рівень фізичної активності або доброзичливого ставлення до себе), щоб відповідати соціально схвалюваним нормам.

2. Помилка самосприйняття та пам'яті (Recall and Self-Perception Bias): оцінка внутрішніх станів або частоти поведінки може бути неточною через недосконалість пам'яті, формулювання запитань або спотворення самосприйняття. Ці фактори можуть потенційно призводити до штучного завищення кореляційних зв'язків між змінними, і їх необхідно враховувати при інтерпретації результатів.

Після детального опису процедури збору даних, критеріїв формування та фактичних характеристик вибірки, наступним логічним кроком є обґрунтування того, якими статистичними методами було проведено кількісну обробку отриманих результатів. Наступна інформація присвячена представленню та обґрунтуванню конкретного набору статистичних інструментів, що були використані для перевірки надійності психодіагностичних методик, встановлення кореляційних зв'язків та

перевірки висунутих гіпотез щодо впливу самоспівчуття та тілесної усвідомленості на турботу про здоров'я.

Для обробки та аналізу емпіричних даних використовувався статистичний програмний пакет Jamovi та Microsoft Excel для первинної організації даних. Основний аналіз даних проводився у статистичному програмному пакеті Jamovi, який є безкоштовним та відкритим програмним забезпеченням з інтуїтивно зрозумілим графічним інтерфейсом. Вибір Jamovi обґрунтовано його відповідністю вимогам відтворюваності наукових результатів та підтримкою широкого спектра сучасних статистичних методів: розрахунок коефіцієнтів Альфа Кронбаха, описових статистик, перевірка нормальності розподілу, кореляційний аналіз Пірсона.

Microsoft Excel був застосований на етапі первинної підготовки та організації сирих даних, отриманих із онлайн-анкет. Його функціонал використовувався для:

1. Очищення даних. виправлення помилок, виявлення та обробка пропущених значень.
2. Форматування та кодування. Перенесення та стандартизація відповідей у числовий формат, необхідний для статистичної обробки.
3. Первинні розрахунки. Створення загальних індексів та реверсування шкал, де це вимагалось інструкцією методики.

Обробка даних проводилася у послідовності, що відповідала дослідницьким завданням:

1. Описова статистика та перевірка надійності. Початковий етап кількісного аналізу включав застосування методів описової статистики для узагальнення та всебічної характеристики зібраного емпіричного масиву.

Середнє арифметичне розраховувалося для оцінки центральної тенденції показників, що дозволило визначити типовий або середній рівень самоспівчуття, тілесної усвідомленості та турботи про здоров'я, притаманний вибірці загалом.

Поряд із цим, стандартне відхилення (SD) використовувалося для кількісної оцінки дисперсії (розкиду) даних навколо середнього значення. Чим вище це значення, тим більші індивідуальні відмінності та гетерогенність спостерігаються між респондентами за цим показником, що є важливим для розуміння різноманітності реакцій у вибірці.

Наступним кроком була оцінка внутрішньої узгодженості та надійності вимірювальних шкал, що є критично важливим для підтвердження психометричної придатності інструментарію на цій конкретній вибірці. Для цього було проведено розрахунок коефіцієнтів Альфа Кронбаха. Цей показник дозволяє підтвердити, що всі елементи (пункти) кожної шкали вимірюють один і той самий латентний конструкт (тобто є внутрішньо когерентними). Загальноприйнятим критерієм прийнятної надійності в соціальних науках вважається показник $> 0,7$, тоді як значення понад $0,8$ свідчить про високу надійність.

Крім того, перед застосуванням інференційних методів, була виконана перевірка розподілу кількісних змінних на відповідність нормальному закону за допомогою тесту Шапіро-Вілка. Це є обов'язковою умовою для коректного застосування параметричних статистичних методів (таких як кореляція Пірсона, регресійний аналіз). Нульова гіпотеза тесту Шапіро-Вілка стверджує, що розподіл є нормальним. У випадку її відхилення, це сигналізує про необхідність використання непараметричних методів або трансформації даних.

2. Кореляційний аналіз. Для встановлення взаємозв'язків між психологічними чинниками та турботою про здоров'я було застосовано кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнта кореляції Пірсона. Коефіцієнт Пірсона дозволяє кількісно визначити силу та напрямок лінійного зв'язку між двома метричними змінними.

Сила зв'язку визначається за абсолютною величиною коефіцієнта (від 0 до 1). Напрямок зв'язку визначається знаком (позитивний знак вказує на

прямий зв'язок: чим більше одне, тим більше інше; негативний знак вказує на обернений зв'язок). Статистична значущість розраховувалася для визначення ймовірності того, що отриманий зв'язок виник випадково. Прийнятий рівень значущості для даного дослідження встановлено на рівні $p < 0,05$ [82].

Кореляційний аналіз використовувався для перевірки попередніх умов для подальшого регресійного моделювання, а також для встановлення зв'язків між самоспівчуттям, тілесною усвідомленістю та загальним профілем здорового способу життя.

3. Множинний регресійний та уточнюючий медіаційний аналіз. Для перевірки головної гіпотези про вплив самоспівчуття та тілесної усвідомленості на турботу про здоров'я буде використано множинний регресійний аналіз. Цей метод дозволить визначити прогностичну силу моделі: частка дисперсії залежної змінної (турбота про здоров'я), пояснена спільним впливом предикторів. Для перевірки додаткової гіпотези про механізм впливу буде застосовано медіаційний аналіз на основі методології Хейса (Hayes) [83].

Таким чином, застосування описаного комплексу методів статистичного аналізу завершує методологічну частину дослідження. Отримані кількісні результати будуть детально представлені в наступному розділі, де основна увага буде приділена їхній теоретичній та практичній інтерпретації. Інтерпретація включатиме верифікацію висунутих, обговорення статистичної значущості виявлених зв'язків та аналіз механізмів впливу психологічних предикторів на турботу про здоров'я.

Висновки до розділу 2

На підставі аналізу теоретичних моделей промоції здоров'я та соціально-когнітивної теорії, який виявив прогалини у деталізації внутрішніх афективних та перцептивних механізмів саморегуляції, було розроблено інтегративну концептуальну модель. Ця модель постулює, що самоспівчуття є

потужним мотиваційним ресурсом, а тілесна усвідомленість функціонує як необхідний інформаційний канал, і обидва ці чинники спільно формують проактивну турботу про здоров'я (здоров'язбережувальну поведінку).

Це обґрунтування призвело до формулювання трьох ключових дослідницьких гіпотез: про наявність значущого кореляційного зв'язку між змінними; про те, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість виступають незалежними предикторами турботи про здоров'я; та про те, що тілесна усвідомленість виконує роль повного або часткового медіатора у зв'язку між самоспівчуттям та здоров'язбережувальною поведінкою.

Для емпіричної перевірки висунутих гіпотез було обрано неекспериментальний кореляційний дизайн із застосуванням трьох стандартизованих, високо надійних та валідних психодіагностичних методик. Рівень самоспівчуття оцінювався за повною версією шкали самоспівчуття К. Нефф (SCS), яка дозволяє отримати інтегральний показник здатності особистості ставитися до власних недоліків із теплотою, розумінням та неупередженістю.

Тілесна усвідомленість вимірювалася за «Опитувальником тілесних відчуттів – коротка форма» (BPQ-SF), який є верифікованим україномовним інструментом, що оцінює суб'єктивну чутливість до внутрішніх фізіологічних сигналів та диференційовану реактивність АНС.

Турбота про здоров'я (здоровий спосіб життя) оцінювалася за «Профілем здорового способу життя (HPLP)», який є комплексним багатомірним інструментом, що охоплює шість ключових сфер поведінки, що сприяє здоров'ю.

Практична реалізація дослідження була чітко структурована у п'ять послідовних етапів: підготовчий, етап залучення респондентів, етап збору даних, аналіз даних та етап інтерпретації. Збір даних здійснювався шляхом онлайн-анкетування із залученням учасників за методом зручної вибірки з елементами «снігової кулі» через соціальні мережі.

Особлива увага на етапі збору даних була приділена етичним принципам: кожному учаснику була надана інформована згода, гарантована повна анонімність та конфіденційність, а також право на відмову від участі на будь-якому етапі.

Для кількісної обробки зібраного емпіричного матеріалу використовувався статистичний програмний пакет Jamovi (відкрите програмне забезпечення з графічним інтерфейсом) у поєднанні з Microsoft Excel для первинного кодування та очищення даних. Аналіз даних включав кілька ключових кроків. По-перше, було проведено первинний статистичний аналіз, що охоплював розрахунок описових статистик, а також перевірку нормальності розподілу, що стало необхідним обґрунтуванням для використання параметричних методів. По-друге, для перевірки застосовувався кореляційний аналіз Пірсона, який дозволив встановити силу та напрямок лінійних зв'язків. По-третє, використовувався множинний регресійний аналіз, що визначає унікальний внесок кожного предиктора та уточнюючий медіаційний аналіз.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

3.1. Підготовка емпіричного масиву та кодування даних

Цей підрозділ є початковим етапом кількісного аналізу, метою якого є перетворення «сирих» даних, отриманих із онлайн-анкетування, на структурований та придатний для статистичної обробки масив. Для забезпечення наукової строгості та уникнення методологічних помилок, необхідна ретельна первинна обробка даних. Вона включає процеси очищення даних від пропусків та нерелевантних відповідей, стандартизацію змінних, зворотне кодування пунктів, що відображають негативні полюси (наприклад, самозасудження у шкалі самоспівчуття), а також фінальний розрахунок агрегованих балів за основними шкалами та субшкалами.

Таким чином, деталізація цих процедур обґрунтовує якість підготовчого етапу, на якому закладається фундамент для подальшої достовірної верифікації висунутих гіпотез.

Для забезпечення найвищої якості та повноти зібраного емпіричного матеріалу на етапі збору даних було застосовано спеціальні технічні обмеження. Зокрема, під час створення стандартизованого онлайн-опитувальника (платформа Google Forms) для кожного пункту було встановлено параметр «Обов'язкове питання». Цей механізм слугував ефективним фільтром, що гарантував повне заповнення всіх елементів кожної діагностичної методики (SCS, BPQ-SF, HPLP).

Як наслідок, вдалося виключити проблему пропущених даних, яка часто виникає при самозвітуванні. Відсутність пропусків дозволила включити до статистичного аналізу весь масив прийнятих анкет ($N = 66$), що значно підвищує надійність та статистичну потужність дослідження.

Таким чином, етап первинної обробки не потребував процедур виключення неповних анкет, що спростило процес кодування та забезпечило цілісність емпіричного матеріалу.

Для підвищення якості та правдоподібності даних, а також для мінімізації помилок інтерпретації, на етапі збору інформації було застосовано стратегію вербалізації якірних точок на шкалах відповідей.

Стандартизовані методики, які використовувалися в дослідженні (SCS, BPQ-SF, HPLP), передбачають використання 4-бальної та 5-бальної шкал. Замість того, щоб подавати респондентам лише числові значення (від 1 до 4 чи 5), біля кожної цифри було прописано відповідне змістовне значення, що відображає частоту або інтенсивність явища. Наприклад, 1 – майже ніколи, 2 – іноді, 3 – час від часу, 4 – часто, 5 – майже завжди.

Після завершення збору даних та вивантаження результатів у електронну таблицю MS Excel, було проведено трансформацію (рекодування) отриманого масиву. Оскільки дані з Google Forms містили стовпці з текстовими значеннями (наприклад, «1 – Майже ніколи», «4 – Часто»), які є непридатними для параметричного статистичного аналізу, була виконана операція приведення до числових значень: кожне текстове значення було замінене на відповідне йому числове кодування від 1 до 4 чи 5. Наприклад, комірки зі значенням «4 – Часто» були рекодовані на 4, а значення «1 – Майже ніколи» – на 1. Ця процедура дозволила зберегти високу інформативність відповідей, отриману завдяки якірним точкам, і водночас сформувати числовий масив, який відповідає вимогам статистичного аналізу. Таким чином, отриманий емпіричний масив є повністю готовим для подальших статистичних процедур.

Після успішного завершення етапу кодування та приведення вербальних шкал до числових значень, наступною критичною процедурою, необхідною для підготовки масиву, стало зворотне кодування (реверсування).

Тобто отримання єдиного загального показника, де вищий бал завжди означає вищий рівень досліджуваного конструкту.

Тоді як шкали «Опитувальник тілесних відчуттів» та «Профіль здорового способу життя» склалися з прямих пунктів (де вищий бал відповідає більш адаптивній поведінці), «Шкала самоспівчуття» є інтегральним інструментом. Вона містить як позитивні компоненти самоспівчуття (самодоброta, спільна людяність, усвідомленість), так і їх протилежні полюси (самозасудження, ізоляція, надмірна ідентифікація).

Для пунктів, що вимірюють неспівчутливі реакції, високі бали респондентів (наприклад, «5 – Майже завжди») фактично вказують на низький рівень загального самоспівчуття. Для вирівнювання цієї логіки, до цих пунктів було застосовано інверсію балів, де 1 стало 5, 2 – 4, 5 – 1, 4 – 2.

Ця процедура гарантувала, що після обробки вищий підсумковий бал за кожною субшкалою, а отже, і за загальним показником SCS, завжди відповідає вищому рівню самоспівчуття.

Після успішного завершення етапу зворотного кодування та забезпечення єдиної логіки вимірювання (де вищий бал завжди означає вищий рівень конструкту), фінальним і необхідним кроком первинної обробки став розрахунок інтегральних (агрегованих) балів для кожного досліджуваного конструкту.

Основна мета цієї процедури – конденсація великого обсягу сирих даних у невелику кількість змістовних, придатних для аналізу змінних. Використання сотень окремих пунктів (питань) у аналізі є неможливим і методологічно необґрунтованим. Тому необхідно перетворити множину пунктів на один показовий бал.

Для кожного респондента було проведено розрахунок інтегральних балів шляхом усереднення (середнього арифметичного) всіх пунктів, що належать до відповідної субшкали.

Процес розрахунку агрегованих показників відбувався ієрархічно. Спершу було розраховано середні бали для всіх субшкал методик (шість компонентів самоспівчуття, дві субшкали BPQ-SF та шість субшкал HPLP). Лише після цього шляхом подальшого усереднення відповідних субшкал були отримані три ключові змінні, які слугуватимуть основою для перевірки гіпотез: загальний показник самоспівчуття; загальний показник тілесної усвідомленості; загальний показник турботи про здоров'я. Такий підхід забезпечив можливість подальшого поглибленого аналізу – не тільки на рівні загальних змінних (для перевірки основної гіпотези), але й на рівні окремих компонентів (для деталізації описової статистики та додаткового кореляційного аналізу). Розрахунок інтегральних балів має два ключових методологічних наслідки:

1. Отримання індивідуальних показників. Це дозволило отримати 66 індивідуальних показників для кожної ключової змінної (по одному показнику на респондента). Ці індивідуальні бали стали основою для розрахунку загальних описових статистик, а також для подальшого аналізу.

2. Уніфікація шкали. Використання середнього арифметичного як інтегрального показника дозволило зберегти оригінальний діапазон шкал, що є критично важливим для коректної інтерпретації результатів у контексті їхньої теоретичної нейтральної точки.

Таким чином, цей етап завершив перетворення сирого емпіричного матеріалу на структурований, числовий масив, готовий для перевірки статистичних припущень та верифікації дослідницьких гіпотез.

Додатково було проведено перевірку фінального масиву на наявність викидів. Для цього було проаналізовано стандартні відхилення та мінімальні/максимальні значення для кожної змінної. Оскільки наявність значущих викидів не була встановлена, або їхній вплив на загальний розподіл виявився мінімальним (з огляду на обсяг вибірки), було прийнято рішення

включити всі 66 анкет у фінальний аналіз без додаткових процедур виключення або заміни даних

Усі результати первинної обробки, включаючи реверсовані пункти та розраховані інтегральні показники, були консолідовані у фінальний робочий масив. Цей масив представляє собою електронну таблицю, що містить лише числові змінні, які необхідні для перевірки дослідницьких гіпотез. Таким чином, фінальний масив став готовою базою для переходу до етапу описової статистики та аналізу в наступному підрозділі.

3.2. Психометричний аналіз даних та описова статистика

Після завершення етапу первинної обробки, кодування та розрахунку інтегральних балів, цей підрозділ присвячений первинному аналізу та діагностиці емпіричного масиву. Метою первинного аналізу є вирішення двох ключових завдань:

- по-перше, надання детального опису фінальної вибірки (демографічні характеристики) та ключових досліджуваних змінних;
- по-друге, діагностика психометричної якості інструментарію та перевірка статистичних припущень.

Для цього було застосовано методи описової статистики, проведено оцінку внутрішньої узгодженості шкал та верифіковано нормальність розподілу даних. Результати цього етапу є критично важливими, оскільки вони підтверджують придатність емпіричного матеріалу для коректного застосування інференційних методів, необхідних для верифікації дослідницьких гіпотез у наступному підрозділі.

Первинний аналіз емпіричних даних розпочато з оцінки психометричної якості вимірювальних інструментів. Для цього було розраховано коефіцієнт внутрішньої узгодженості (α Кронбаха), що є ключовим критерієм надійності шкал на даній вибірці. Далі, за допомогою описової статистики (середні значення M та стандартні відхилення SD)

(додаток Г), були встановлені загальні тенденції у вибірці за рівнями самоспівчуття, тілесної усвідомленості та турботи про здоров'я. Дані наведено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Показники надійності та описових статистик застосованих методик

Методика	α Кронбаха	Середнє значення	Стандартне відхилення	Діапазон балів
Self-Compassion Scale (SCS)	0,909	3,309	0,654	1-5
Body Perception Questionnaire (BPQ) (загальна шкала)	0,937	2,691	0,594	1-5
BPQ – тілесна усвідомленість (підшкала)	0,956	3,307	0,927	1-5
BPQ – реактивність автономної нервової системи (АНС) (підшкала)	0,830	1,891	0,420	1-5
Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP)	0,934	2,448	0,399	1-4

Розрахунок коефіцієнтів внутрішньої узгодженості альфа Кронбаха підтвердив високу психометричну якість усіх застосованих методик. Зокрема, отримані значення для всіх шкал перевищують поріг 0,70 (від 0,830 до 0,956). Такий високий рівень надійності свідчить про сильну внутрішню когерентність елементів шкал та їхню придатність для використання у подальшому багатомірному статистичному аналізі.

Середнє значення показника самоспівчуття склало 3,309, що є дещо вищим за нейтральну точку шкали (3,0). Цей результат свідчить про наявність у вибірці загальної тенденції до доброзичливого, підтримуючого ставлення до себе, хоча при цьому зберігається потенціал для нестабільності та труднощів у сталому самоспівчутті. Помірна дисперсія 0,654 вказує на те, що більшість респондентів демонструє сприятливий рівень цього конструкту, але існують і значущі індивідуальні відмінності в його вираженості.

Середній бал за підшкалою тілесної усвідомленості дорівнює 3,307, що також розташоване вище нейтральної точки (3,0). Це характеризує вибірку як таку, що має розвинену здатність до свідомого моніторингу та уважного помічання внутрішніх тілесних сигналів. Водночас, за цією підшкалою зафіксовано найбільшу дисперсію серед усіх показників 0,927. Цей факт підкреслює значні індивідуальні відмінності у здатності респондентів свідомо помічати та ідентифікувати сигнали власного тіла.

Середнє значення підшкали реактивності автономної нервової системи становить 1,891, що є значно нижчим за середину шкали (3,0). Оскільки ця шкала вимірює частоту та інтенсивність неприємних соматичних симптомів, отриманий низький показник вказує на низьку вираженість цих симптомів та відсутність частих тілесних реакцій, пов'язаних із дисфункцією автономної нервової системи. Низьке значення стандартного відхилення 0,420 підкреслює високу однорідність вибірки за цим показником, що свідчить про загалом добрий фізичний стан більшості учасників.

Середнє значення за шкалою HPLP дорівнює 2,448. З огляду на діапазон цієї шкали від 1 до 4, нейтральна точка становить 2,5. Таким чином, отримане середнє значення розташоване практично на нейтральній точці, що характеризує дотримання здорових практик як помірне або нейтральне і свідчить про наявність значного потенціалу для покращення. При цьому дисперсія є найнижчою серед усіх шкал 0,399, що вказує на високу однорідність вибірки щодо їхньої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, і

підтверджує, що більшість респондентів перебуває на середньому рівні дотримання здорового способу життя.

Для забезпечення глибокої інтерпретації отриманих результатів, а також для розуміння структури досліджуваних конструктів, необхідно провести детальний аналіз компонентів. На противагу загальним інтегральним показникам, які дають лише узагальнене уявлення про рівень явища, аналіз середніх значень та стандартних відхилень окремих субшкал дозволяє виявити специфічні внутрішні патерни та найбільш виражені або, навпаки, найбільш проблемні аспекти у вибірці.

Аналіз шести субшкал самоспівчуття дозволив ідентифікувати конкретні патерни ставлення до себе у вибірці, які формують загальний рівень конструкту.

Позитивні компоненти відображають ті ресурси, які респонденти активно використовують. Високі показники за цими шкалами безпосередньо корелюють з високим рівнем самоспівчуття.

1. Усвідомленість ($M = 3,500$; $SD = 0,847$). Ця підшкала демонструє найвищий середній бал серед позитивних полюсів, що вказує на розвинену здатність респондентів зберігати збалансовану увагу до власних негативних емоцій та переживань, не піддаючись надмірній ідентифікації.

2. Самодоброta ($M = 3,088$; $SD = 0,935$). Показник є лише помірно вираженим (трохи вище нейтральної точки) і має типовий рівень дисперсії, що свідчить про відсутність яскраво вираженої тенденції до активної підтримки себе у стані страждання.

3. Загальна людяність ($M = 2,951$; $SD = 0,857$). Середнє значення знаходиться майже на нейтральній точці, а стандартне відхилення є посереднім серед усіх шести субшкал. Це свідчить про високу однорідність вибірки за цим показником – більшість респондентів має нейтральне ставлення до універсальності свого досвіду.

Детальний аналіз трьох реверсованих субшкал, що традиційно вимірюють бар'єри самоспівчуття (самокритику, ізоляцію та надмірну ідентифікацію), показав, що ці компоненти є сильною стороною вибірки і потужно підтримують загальний інтегральний 3,309.

Найбільш вираженим позитивним аспектом виявилася відсутність ізоляції із середнім значенням 3,636. Цей високий показник свідчить про те, що респонденти загалом успішно справляються з відчуттям самотності у своєму стражданні та схильні сприймати його як універсальний людський досвід. Однак саме за цим показником зафіксовано максимально високе стандартне відхилення 1,092. Це підкреслює значну неоднорідність вибірки, вказуючи, що тоді як більшість респондентів відчуває себе включеною, існує значна частка тих, хто все ж схильний переживати ізоляцію гостро.

Схильність до самокритики демонструє середнє значення 3,424. Цей результат вказує на те, що респонденти успішно уникають надмірного самозасудження у відповідь на власні невдачі, що є критичним для самоспівчуття. На відміну від ізоляції, показник самокритики має найнижче стандартне відхилення 0,813. Така дисперсія свідчить про високу однорідність вибірки: більшість учасників демонструє схожий, успішний патерн подолання внутрішньої критики.

Нарешті, помірне значення 3,280 за реверсованою шкалою надмірної ідентифікації вказує на те, що респонденти здебільшого здатні відділяти себе від своїх негативних емоцій, не дозволяючи їм надмірно поглинати їхню особистість. Типове стандартне відхилення 0,915 для цього компонента підтверджує помірний рівень варіативності, типовий для вибірки. Таким чином, аналіз негативних полюсів SCS чітко засвідчує, що уникнення бар'єрів (особливо ізоляції та самокритики) є також рушійною силою високого загального рівня самоспівчуття у досліджуваній групі.

Аналіз шести субшкал опитувальника Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) розкриває деталі структури помірного рівня турботи про здоров'я у

вибірці, загальний показник якої 2,448 розташований практично на нейтральній точці 2,5. Ці деталі підтверджують, що дотримання здорових практик є нерівномірним і має чітко виражені сильні та слабкі сторони.

Найбільш розвиненими аспектами здорового способу життя є ті, що стосуються соціальної та внутрішньої сфер. Найвищий середній бал зафіксовано за підшкалою міжособистісні стосунки ($M = 2,946$; $SD = 0,492$). Цей показник, розташований близько до верхнього полюса шкали, свідчить про сильну соціальну підтримку та високу ефективність у побудові стосунків, що є потужним ресурсом вибірки.

Слідом за ним іде підшкала духовний розвиток ($M = 2,779$; $SD = 0,541$). Обидва ці показники єдині, які перевищують нейтральну точку 2,5, що доводить, що психосоціальна підтримка та внутрішня гармонія є основними позитивними факторами у сфері здоров'я для досліджуваної групи.

Найслабшими ланками виявилися всі інші підшкали, чії середні значення знаходяться нижче нейтральної точки, вказуючи на значний потенціал для покращення.

Найнижчий середній бал зафіксовано за підшкалою відповідальності за здоров'я ($M = 2,125$; $SD = 0,448$). Таке значення свідчить про пасивну позицію вибірки щодо проактивного пошуку інформації, оцінки ризиків та активного управління власним здоров'ям.

Незначно вищими є показники фізичної активності ($M = 2,233$; $SD = 0,608$), управління стресом ($M = 2,237$; $SD = 0,489$) та харчування ($M = 2,3$; $SD = 0,419$). Невисокі бали підтверджують, що респонденти недостатньо часу приділяють регулярній фізичній активності, вибору здорової їжі та не використовують достатньо ефективних стратегій боротьби зі стресом.

Щодо однорідності вибірки, то найнижче стандартне відхилення зафіксовано у сфері харчування. Це вказує на високу однорідність респондентів у їхній помірній поведінці щодо харчування. Водночас,

найвища дисперсія спостерігається у фізичній активності, що свідчить про найбільший розкид індивідуальних відповідей за цією шкалою: тоді як частина вибірки має мінімальну активність, інша частина демонструє високий рівень фізичних навантажень. Таким чином, загальний помірний рівень HPLP є результатом високої психосоціальної компетенції на тлі низької поведінкової та відповідальної турботи про здоров'я.

Для того, щоб переконатися у правомірності застосування параметричних методів аналізу, зокрема коефіцієнта кореляції Пірсона, необхідно попередньо перевірити, чи розподіл досліджуваних змінних відповідає нормальному закону. Це припущення є критично важливим, оскільки параметричні тести вимагають, щоб дані були симетрично розподілені навколо середнього.

Для вибірки обсягом 66 респондентів було застосовано найбільш потужний критерій Шапіро-Вілка. За цим критерієм, якщо значення (рівень значущості) більше за 0,05 ($p > 0,05$), розподіл вважається нормальним, і нульова гіпотеза про його нормальність приймається.

Аналіз показав, що більшість ключових змінних виявилася нормально розподіленими (додаток Г).

Самоспівчуття ($p = 0,986$). Надзвичайно високе значення свідчить про майже ідеально нормальний розподіл цієї змінної у вибірці.

Реактивність АНС ($p = 0,473$). Розподіл також нормальний, що підтверджує рівномірний розподіл показників інтенсивності симптомів.

Профіль здорового способу життя ($p = 0,228$). Розподіл нормальний, що є важливим обґрунтуванням для подальшого кореляційного аналізу.

Проте було зафіксовано незначне відхилення від нормальності, де значення було меншим за критичний рівень.

Тілесна усвідомленість ($p = 0,033$). Незважаючи на формальне відхилення від нормальності для тілесної усвідомленості, це відхилення є

незначним (лише трохи нижче 0,05) та спричинене невеликою асиметрією розподілу (Skewness = -0,304).

У подібних випадках методологія дозволяє застосовувати параметричні тести на основі кількох ключових аргументів.

Оскільки обсяг вибірки 66 респондентів є достатньо великим, розподіл вибірових середніх вважається наближеним до нормального. Це робить параметричні тести, включаючи кореляцію Пірсона, стійкими до незначних порушень нормальності.

Високі показники внутрішньої узгодженості, зафіксовані за коефіцієнтом альфа Кронбаха (0,956), також свідчать про високу якість зібраних даних.

Таким чином, на підставі проаналізованих даних та стійкості параметричних тестів при достатньому обсязі вибірки, було прийнято рішення використовувати параметричні методи аналізу для подальшої перевірки робочих гіпотез дослідження.

На попередньому етапі було встановлено загальні профілі та середні показники досліджуваних змінних. Наступним етапом дослідження є аналіз відмінностей у рівнях самоспівчуття, тілесної усвідомленості та профілю здорового способу життя залежно від демографічних та інших категоріальних характеристик вибірки. Такий аналіз дає змогу виявити потенційні групи ризику або групи з підвищеними ресурсами, а також перевірити, чи існують статистично значущі гендерні, вікові чи соціальні відмінності у вираженості досліджуваних конструктів.

Первинний огляд середніх значень за шкалою самоспівчуття (SCS) у розрізі статі виявив, що загалом рівень самоспівчуття у чоловіків та жінок є дуже схожим, розташовуючись дещо вище нейтральної точки 3,0. Середній інтегральний показник самоспівчуття у жінок склав 3,27, тоді як у чоловіків він був незначно вищим – 3,34. Стандартне відхилення також є порівнянним:

0,67 для жінок та 0,65 для чоловіків. Однак, детальний аналіз підшкал розкриває різні гендерні профілі.

У шкалах позитивного полюса (самодобро́та, спі́льна людя́ність, усвідо́мленість) жі́нки послі́довно демонструють ви́щі середні значення, ніж чолові́ки.

Самодобро́та. Жі́нки – 3,297 проти чолові́ків – 2,879. Це свідчить про те, що жі́нки мають ви́щу схильність до добро́го та підтримую́чого ставлення до себе.

Спі́льна людя́ність. Жі́нки 3,114 проти чолові́ків 2,788. Жі́нки частіше сприймають власні страждання як частину загальнолю́дського досві́ду.

Усвідо́мленість. Жі́нки 3,303 проти чолові́ків 3,697. Тут чолові́ки демонструють ви́щий показник усвідо́мленості.

На протива́гу цьо́му, чолові́ки демонструють ви́щі середні значення за реверсованими негати́вними шка́лами (що означає меншу вираженість бар'є́рів).

Самокритика. Жі́нки – 3,400 проти чолові́ків – 3,448. Чолові́ки трохи краще справляються з самозасудженням.

Ізоля́ція. Жі́нки – 3,470 проти чолові́ків – 3,803. Чолові́ки мають меншу схильність до відчуття ізоля́ції у стражданні.

Надмі́рна іденти́фіка́ція. Жі́нки – 3,023 проти чолові́ків – 3,538. Чолові́ки значно краще справляються з надмі́рним зануренням у негати́вні емо́ції.

Таким чином, отримані дані описують важливу картину: загалом самоспівчуття є майже однаковим, але жі́нки досягають його через ви́щу актива́цію позитивних компонентів (самодобро́та, спі́льна людя́ність), тоді як чолові́ки – через бі́льш ефекти́вне уникнення негати́вних бар'є́рів (ізоля́ція, надмі́рна іденти́фіка́ція).

Для виявлення потенційних відмінностей у профі́лях самоспівчуття залежно від ві́ку вибі́рку було розді́лено на дві категорі́ї за середнім

значенням віку вибірки 34 роки: молода дорослість 18-33 роки (31 особа) та зріла дорослість 34-45 років (35 осіб).

Аналіз загального показника самоспівчуття (SCS) показав, що рівень самоспівчуття у віковій групі молода дорослість 3,254 є дещо нижчим, ніж у групі зрілої дорослості 3,317. Це свідчить про загальну тенденцію до зростання рівня самоспівчуття з віком.

Усі три шкали, що відображають активні форми самопідтримки, є вищими у молодій групі.

Самодоброta. Молодь (3,144) демонструє вищу схильність до теплоgo та підтримуючого ставлення до себе, ніж зріла група (3,020).

Загальна людяність. Молодь (3,088) має вищі показники сприйняття власних недоліків як загальнолюдського досвіду, порівняно зі зрілою групою (2,885).

Усвідомленість. Молодь (3,608) демонструє вищу здатність до збалансованого сприйняття емоцій, ніж зріла група (3,382).

Аналізуючи позитивний внесок через подолання бар'єрів, оскільки дані є реверсованими, вищий бал означає краще подолання бар'єрів. Тут зріла дорослість демонструє більш ефективний профіль.

Самокритика. Зріла група (3,517) має вищий внесок, що свідчить про краще подолання самокритики, ніж молодь (3,235).

Ізоляція. Зріла група (3,762) має вищий внесок, що свідчить про краще подолання відчуття ізоляції, ніж молодь (3,347).

Надмірна ідентифікація. Зріла група (3,360) має вищий внесок, що свідчить про краще подолання надмірного занурення в емоції, ніж молодь (3,135).

Описовий аналіз виявляє складний віковий профіль. Молода дорослість (18-33 роки) демонструє вищу схильність до використання активних, позитивних компонентів самоспівчуття (самодоброta, загальна людяність, усвідомленість). Зріла дорослість (34-45 років) демонструє вищий рівень

емоційної стійкості та краще подолання бар'єрів (самокритика, ізоляція, надмірна ідентифікація). Це дозволяє припустити, що зрілість пов'язана з кращою емоційною регуляцією, тоді як молодь більш схильна до активної, свідомої самопідтримки.

Для аналізу відмінностей за сімейним статусом респонденти були розділені на дві групи. Через невелику чисельність деяких категорій (неофіційні стосунки, не у стосунках) та для забезпечення достатньої статистичної потужності було застосовано дихотомічне угруповання: офіційно оформлені стосунки (36 респондентів) та інші стосунки / не у стосунках (30 респондентів).

Загальний інтегральний показник самоспівчуття виявився вищим у групі людей з неофіційними стосунками або без стосунків – 3,356 проти 3,287 у шлюбі. Ця незначна різниця є результатом складної взаємодії шести підшкал, де кожна група демонструє перевагу у певних компонентах самоспівчуття.

Усі три шкали активації самоспівчуття, що відображають активні форми самопідтримки, є вищими у групі людей з неофіційними стосунками або без стосунків.

Самодоброta. Показник у групі з неофіційними стосунками або без стосунків (3,313) вищий, ніж у група людей з офіційними стосунками (2,928). Це свідчить про вищу схильність до свідомої самопідтримки у респондентів, які не перебувають в офіційному шлюбі.

Загальна людяність. У групі з неофіційними стосунками або без стосунків значення вище (3,146), ніж у групі людей з офіційними стосунками (2,792).

Усвідомленість. У групі з неофіційними стосунками або без стосунків результат вищий (3,605), ніж у респондентів у офіційних стосунках (3,431).

Це дає підстави стверджувати, що особи, які не перебувають в офіційному шлюбі, частіше використовують активні стратегії самоспівчуття.

Позитивний внесок через подолання бар'єрів демонструє перевагу групи респондентів, які перебувають у офіційних стосунках.

Самокритика. Група респондентів у шлюбі (3,500) має вищий внесок, що свідчить про краще подолання самокритики, ніж група респондентів без стосунків чи у неофіційних стосунках (3,358).

Ізоляція. Група респондентів у шлюбі (3,764) має вищий внесок, що свідчить про краще подолання відчуття ізоляції, ніж група респондентів у неофіційних стосунках чи без них (3,516).

Надмірна ідентифікація. Група респондентів у офіційних стосунках (3,347) має трохи кращий результат, ніж група респондентів у неофіційних стосунках чи без них (3,208).

Описовий аналіз виявляє чіткий компенсаторний профіль. Особи, які не перебувають у шлюбі, досягають самоспівчуття через активну, свідому практику позитивних компонентів. Особи, які перебувають у шлюбі, досягають самоспівчуття завдяки вищій емоційній стійкості та кращому подоланню бар'єрів. Це може бути пов'язано з більшою соціальною підтримкою та стабільністю, які пропонує шлюб.

Аналіз середніх значень за шкалами Тілесної усвідомленості (підшкала «Тілесна усвідомленість» та підшкала «Реактивність АНС») у гендерному розрізі показав чіткі відмінності.

За шкалою, що вимірює свідоме відчуття тілесних процесів, жінки демонструють вищий середній показник, ніж чоловіки.

Жінки: $M = 3,483$; $SD = 0,940$. Чоловіки: $M = 3,131$; $SD = 0,894$. Ця різниця свідчить про те, що жінки у вибірці мають вищу здатність до ідентифікації та сприйняття внутрішніх тілесних сигналів, ніж чоловіки. Щодо дисперсії, варіативність показників дещо вища у жіночій групі проти чоловіків. Це означає, що рівень тілесної усвідомленості у жінок більш неоднорідний, тоді як у чоловіків показники більш згруповані навколо їхнього середнього значення.

Шкала реактивність автономної нервової системи вимірює інтенсивність симптомів, які пов'язані з діяльністю вегетативної нервової системи. Тут гендерна відмінність є мінімальною: жінки ($M = 1,888$; $SD = 0,418$), чоловіки ($M = 1,894$; $SD = 0,429$). Середні значення для обох статей знаходяться на дуже низькому рівні, що свідчить про низьку вираженість симптомів вегетативної реактивності в обох групах. Незначно вищий показник у чоловіків порівняно з жінками не дає підстав говорити про суттєву перевагу. Дисперсія також є дуже низькою та схожою в обох групах, що вказує на високу однорідність вибірки за цим показником.

Аналізуючи вікові тенденції у групах 18-33 та 34-45 років, за шкалою, що вимірює свідоме відчуття тілесних процесів, зафіксовано тенденцію до зростання рівня усвідомленості з віком.

Молода дорослість віком 18-33 роки (3,324) дещо нижча, ніж у респондентів 34-45 років (3,416). Тобто старших респондентів демонструє вищий середній показник тілесної усвідомленості. Це може відображати накопичення життєвого досвіду, який вимагає більш уважного ставлення до тіла, або ж кращу здатність до ідентифікації та інтерпретації внутрішніх тілесних сигналів, що приходить із віком.

По шкалі реактивності АНС, що вимірює інтенсивність симптомів, пов'язаних із діяльністю вегетативної нервової системи, молода дорослість має значення 1,906 проти 1,973 у старших респондентів. Хоча обидва показники є низькими і свідчать про загальну низьку вираженість симптомів у вибірці, група зрілих дорослих 34-45 років демонструє незначно вищий середній рівень реактивності АНС. Це може бути пов'язано з природним віковим збільшенням кількості фізіологічних скарг або загальним підвищенням чутливості нервової системи у старшій групі.

Таким чином, у віковому розрізі простежується тенденція до підвищення показників з віком: респонденти віком 34-45 р. демонструють як вищу свідому тілесну усвідомленість, так і незначно вищу реактивність АНС.

Для аналізу відмінностей у профілях тілесної усвідомленості (BPQ) вибірку було проаналізовано за групами респондентів, які у офіційних стосунках та неофіційних або без стосунків. За шкалою, що вимірює свідоме відчуття тілесних процесів, зафіксовано тенденцію до вищого рівня усвідомленості у групі респондентів, які у неофіційних стосунках або без стосунків. Середній показник у цієї групи склав 3,486 (SD=0,879), тоді як у групи респондентів, які у офіційних стосунках, він був нижчим – 3,166 (SD=0,955). Ця різниця свідчить про те, що особи, які не перебувають в офіційному шлюбі, мають більшу здатність до свідомої ідентифікації внутрішніх тілесних відчуттів. При цьому група респондентів, як і у шлюбі, демонструє вищу варіативність показників порівняно з більш однорідною групою респондентів, що у неофіційних стосунках чи без стосунків.

У підшкала «Реактивність АНС», яка вимірює інтенсивність симптомів, пов'язаних із діяльністю вегетативної нервової системи, обидві групи демонструють низький та майже ідентичний рівень симптомів. Середній показник для групи респондентів, що у офіційних стосунках, становить 1,886 (SD = 0,454), а для групи респондентів у неофіційних стосунках чи без них складає 1,893 (SD = 0,386). Таке мінімальне розходження свідчить про те, що сімейний статус не є фактором, який суттєво впливає на схильність до вегетативних реакцій у вибірці. Варіативність показників є дещо вищою у групі респондентів, що у офіційних стосунках, але загалом дисперсія залишається низькою в обох групах.

Аналіз тілесної усвідомленості за сімейним статусом вказує на те, що особи, які не перебувають в офіційному шлюбі, демонструють дещо вищу свідому увагу до свого тіла, тоді як за показником реактивності АНС обидві групи є статистично нерозрізнюваними.

Наступним кроком є аналіз середніх показників профілю здорового способу життя (HPLP) у розрізі статі. Первинний огляд інтегрального показника засвідчує, що жінки демонструють вищий рівень здорового

способу життя (2,551), ніж чоловіки (2,346). Це послідовна тенденція: жінки мають вищі середні показники за всіма шістьма підшкалами HPLP (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Середні значення (M) та стандартні відхилення (SD) показників Профілю здорового способу життя (HPLP) у гендерному розрізі

Шкала/Описові статистики	Жінки	Чоловіки
HPLP, M	2,551	2,346
HPLP, SD	0,415	0,361
Відповідальність за стан здоров'я, M	2,280	1,970
Відповідальність за стан здоров'я, SD	0,491	0,375
Фізична активність, M	2,254	2,212
Фізична активність, SD	0,665	0,618
Харчування, M	2,448	2,152
Харчування, SD	0,433	0,393
Духовний розвиток, M	2,882	2,677
Духовний розвиток, SD	0,584	0,533
Міжособистісні стосунки, M	3,057	2,835
Міжособистісні стосунки, SD	0,518	0,445
Управління стресом, M	2,292	2,182
Управління стресом, SD	0,581	0,507

Аналіз стандартного відхилення також виявив послідовну тенденцію: жіноча група демонструє вищу варіативність за всіма підшкалами HPLP, ніж чоловіча група. Це означає, що, хоча в середньому жінки мають вищі показники профілю здорового способу життя, у цій групі існує більший розкид показників: є значна кількість жінок як з дуже високим, так і з відносно низьким рівнем дотримання здорового способу життя. Водночас, чоловіча вибірка більш згуртована навколо свого середнього значення.

Аналіз середніх показників профілю здорового способу життя (HPLP) за віком показує, що суттєвих відмінностей між групами респондентів 18–33 роки та 34–45 років не виявлено, що свідчить про високу однорідність у дотриманні здорового способу життя незалежно від віку в межах цієї вибірки.

За інтегральним показником HPLP, обидві групи демонструють майже ідентичні, середні рівні 2,455 у молодшій групі та 2,472 у зрілій групі. Ця мінімальна різниця у 0,017 одиниці вказує на те, що вік не є ключовим фактором, що визначає загальний рівень здорового способу життя.

Аналіз підшкал також не виявляє значних розходжень. За більшістю компонентів, таких як фізична активність (2,203 проти 2,154 у групі молодшого віку) та харчування (2,358 проти 2,258 у групі молодшого віку), показники є надзвичайно близькими.

Хоча зріла дорослість (34-45 років) має вищі середні значення за підшкалою відповідальність за стан здоров'я (2,219 проти 2,046 у молодшій групі), ці відмінності є невеликими. Таким чином, описова статистика дає підстави припустити, що профіль здорового способу життя є стабільним у віковому діапазоні 18–45 років.

Аналіз середніх показників профілю здорового способу життя (HPLP) у розрізі сімейного статусу виявив, що вищий загальний рівень здорового способу життя характерний для групи респондентів, що у неофіційних стосунках чи без них (2,537) порівняно з групою респондентів, які у офіційних стосунках (2,384).

Найбільш виражені відмінності фіксуються за шкалою міжособистісні стосунки (3,117 проти 2,821) та управління стресом (2,343 проти 2,160). Також значно вищі бали у цієї групи спостерігаються за показниками Ця тенденція може бути пояснена тим, що особи, які не перебувають у шлюбі, часто мають більше часу та особистої свободи для інвестицій у власні фізичні практики та соціальні зв'язки, не пов'язані з сімейними обов'язками.

Щодо стандартного відхилення, то тут простежується наступна тенденція: за деякими поведінковими шкалами, як-от відповідальність за стан здоров'я (0,504 проти 0,376) та фізична активність (0,668 проти 0,602), група респондентів, що у офіційних стосунках, демонструє вищу варіативність. Водночас, за шкалами духовний розвиток (0,504 проти 0,590) та управління стресом (0,505 проти 0,534), варіативність є дещо вищою у групі респондентів, які не у офіційних стосунках або без них. Це свідчить про те, що сімейний статус по-різному впливає на однорідність практик здорового способу життя.

Таким чином, описовий аналіз виявив низку послідовних тенденцій у профілях досліджуваних змінних, демонструючи певну гендерну специфіку у більшості показників, складний компенсаторний профіль самоспівчуття, та загальну стабільність здорового способу життя у віковому діапазоні, що слугує основою для подальшої аналізу.

3.3. Встановлення зв'язків та впливу психологічних чинників на турботу про здоров'я

Попередній описовий аналіз виявив низку послідовних тенденцій у профілях самоспівчуття (SCS), тілесної усвідомленості (BPQ) та здорового способу життя (HPLP).

Для виявлення гендерних відмінностей було застосовано статистичні критерії порівняння двох незалежних вибірок. Вибір методу залежав від результатів перевірки на нормальність розподілу. Для змінних із нормальним розподілом (Самоспівчуття та Турбота про здоров'я) використовувався параметричний t-критерій Стюдента (додаток Д). Для змінної «Тілесна усвідомленість», розподіл якої відрізняється від нормального ($p = 0,033$), було застосовано непараметричний U-критерій Манна-Уїтні (додаток Е).

Зокрема, не встановлено достовірної різниці за загальним рівнем самоспівчуття ($t(64) = -0,431$; $p = 0,668$). Отриманий рівень значущості p

перевищує критичне значення 0,05. Водночас, статистичний аналіз виявив значущу різницю між чоловіками та жінками за загальним показником турботи про здоров'я (HPLP). Значення t-критерію склало 2,151 при рівні значущості $p = 0,035$ ($p < 0,05$). Цей результат дозволяє стверджувати, що у досліджуваній вибірці існують достовірні гендерні відмінності у рівні дотримання здорового способу життя.

Для змінної «Тілесна усвідомленість» емпіричне значення U-критерію Манна-Уїтні склало 411. Розрахований рівень значущості $p = 0,087$. Оскільки отримане значення p перевищує загальноприйнятий критичний рівень 0,05 ($p > 0,05$), це дає підстави стверджувати, що в досліджуваній вибірці не виявлено достовірних відмінностей між чоловіками та жінками у ступені усвідомлення власних тілесних сигналів. Хоча отриманий результат може вказувати на певну статистичну тенденцію, вона не досягає рівня значущості.

Для перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку між психологічними ресурсами та турботою про здоров'я було проведено кореляційний аналіз Пірсона (додаток Ж). Результати представлено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Кореляційний аналіз шкал самоспівчуття та тілесної усвідомленості з профілем здорового способу життя

Шкала	Коефіцієнт Пірсона (r)	Значущість (p)
SCS – Самоспівчуття	0,532	<0,001
BPQ – Загальна шкала	0,208	0,093
BPQ – Тілесна усвідомленість (підшкала)	0,313	0,010
BPQ – Реактивність АНС (підшкала)	-0,221	0,074

Аналіз коефіцієнта кореляції Пірсона між основними психологічними змінними та профілем здорового способу життя (HPLP) став першим кроком

у перевірці висунутих гіпотез. Встановлено, що самоспівчуття демонструє сильний, прямий і статистично високо значущий позитивний зв'язок із загальним показником здорового способу життя ($r = 0,532$, $p < 0,001$). Цей високий коефіцієнт дозволяє зробити вагоме твердження, що рівень самопідтримки та здатності особи ставитися до себе з доброзичливістю є критично важливим внутрішнім фактором, що зумовлює активне дотримання активної здорової поведінки. Іншими словами, чим більше людина проявляє співчуття та прийняття до себе, тим успішніше вона інтегрує у своє життя всі компоненти здорового способу життя, включаючи систематичну фізичну активність, збалансоване харчування та ефективні методи управління стресом. Низьке значення показника значущості підтверджує виняткову статистичну надійність цього зв'язку, вказуючи, що ймовірність його випадкового виникнення є мінімальною.

Паралельно було досліджено зв'язок тілесної усвідомленості з профілем здорового способу життя. Підшкала «Тілесна усвідомленість» показала помірний, прямий та статистично значущий позитивний зв'язок із HPLP ($r = 0,313$; $p = 0,010$). Такий результат підтримує гіпотезу про те, що свідомо здатність до моніторингу та розпізнавання внутрішніх тілесних сигналів є необхідною передумовою для проактивної турботи про власне здоров'я. Проте, величина кореляції свідчить, що вплив тілесної усвідомленості є менш вираженим порівняно з емоційно-мотиваційним ресурсом самоспівчуття. Показники кореляції по загальній шкалі тілесної усвідомленості та підшкалі реактивної АНС показали слабкий та статистично незначущий зв'язок з здоровим способом життя. Значення кореляції реактивної АНС також вказує на обернений зв'язок, що може вказувати на тенденцію до зниження здорової поведінки при зростанні неприємних соматичних симптомів.

У підсумку, результати кореляційного аналізу підтверджують ключові положення дослідження. Встановлено, що самоспівчуття є потужним

психологічним предиктором проактивної турботи про здоров'я завдяки сильному прямому зв'язку, а тілесна усвідомленість виступає важливим, хоч і помірним, чинником для формування здорової поведінки, оскільки здатність розпізнавати сигнали тіла сприяє кращому реагуванню на потреби організму.

З метою виявлення гендерних особливостей взаємозв'язку досліджуваних психологічних феноменів із профілем здорового способу життя було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном для груп жінок та чоловіків (додатки И та К). Результати аналізу представлено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Показники кореляції самоспівчуття та тілесної усвідомленості з НРЛР в гендерному розрізі

Показник	Самоспівчуття		Тілесна усвідомленість	
	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки
Коефіцієнт Пірсона (r)	0,504	0,641	0,424	0,102
Значущість (p)	0,003	<0,001	0,0114	0,571

Аналіз показав, що самоспівчуття є важливим ресурсом для підтримки здорового способу життя для представників обох статей, проте сила цього зв'язку дещо відрізняється.

У групі жінок виявлено статистично значущий прямий кореляційний зв'язок помірної сили між самоспівчуттям та профілем здорового способу життя ($r = 0,504$; $p = 0,003$). Це означає, що жінки, які більш співчутливо та толерантно ставляться до себе, схильні більше дбати про своє здоров'я.

У групі чоловіків цей зв'язок також є прямим та статистично високо значущим ($p < 0,001$). При цьому сила зв'язку є помітно вищою, ніж у жінок ($r = 0,641$), що характеризує його як сильний. Це свідчить про те, що для чоловіків у вибірці внутрішнє позитивне ставлення до себе є навіть більш потужним фактором, пов'язаним із здоровою поведінкою, ніж для жінок.

Аналіз взаємозв'язку між тілесною усвідомленістю та турботою про здоров'я також виявив гендерні відмінності.

У групі жінок зафіксовано статистично значущий прямий зв'язок помірної сили ($r = 0,424$; $p = 0,0114$). Цей результат вказує на те, що здатність жінок усвідомлювати та диференціювати сигнали власного тіла позитивно корелює з їхньою активністю щодо підтримки здоров'я.

У групі чоловіків зв'язок між цими змінними виявився дуже слабким та статистично незначущим ($r = 0,102$; $p = 0,571$). Оскільки показник значущості набагато перевищує поріг 0,05, ми робимо висновок про відсутність достовірного зв'язку. Тобто, у досліджуваних чоловіків рівень уваги до тілесних відчуттів не пов'язаний із їхнім профілем здорового способу життя.

Результати кореляційного аналізу в розрізі статі дозволяють зробити важливий висновок: механізми, що лежать в основі здорового способу життя, можуть відрізнятися у чоловіків та жінок. Самоспівчуття є універсальним та сильним позитивним корелятом здорової поведінки для обох статей, причому для чоловіків цей зв'язок навіть сильніший. Тілесна усвідомленість виявляється гендерно-специфічним фактором: вона відіграє значущу роль у формуванні здорового способу життя жінок, але не є значущим чинником для чоловіків у даній вибірці.

З метою поглибленого розуміння структури взаємозв'язку між самоспівчуттям та турботою про здоров'я було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном між окремими субшкалами методики SCS та інтегральним показником HPLP (додаток Л).

Аналіз матриці кореляцій дозволив виявити диференційований внесок різних компонентів самоспівчуття у формування здорового способу життя. Загалом, п'ять із шести субшкал продемонстрували статистично значущі прямі зв'язки з показником HPLP.

Найбільш тісний зв'язок із профілем здорового способу життя виявлено у субшкали «Самодоброта» ($r = 0,555$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що

здатність ставитися до себе з теплом та розумінням, а не з осудом, є ключовим компонентом самоспівчуття, що мотивує до здорової поведінки.

Чотири субшкали продемонстрували зв'язки помірної сили:

«Ізоляція» (реверсована шкала): $r = 0,434$ ($p < 0,001$). Позитивна кореляція вказує на те, що відсутність відчуття ізоляції (розуміння, що інші теж стикаються з труднощами) сприяє турботі про здоров'я.

«Усвідомленість»: $r = 0,414$ ($p < 0,001$). Здатність збалансовано сприймати свої емоції, не ігноруючи та не перебільшуючи їх, позитивно пов'язана з HPLP.

«Самокритика» (реверсована шкала): $r = 0,303$ ($p = 0,013$). Низький рівень самоосуду (що відповідає високому балу за цією реверсованою шкалою) помірно сприяє здоровій поведінці.

«Загальна людяність»: $r = 0,301$ ($p = 0,014$). Усвідомлення спільності людського досвіду також має помірний позитивний зв'язок із HPLP.

Єдиним компонентом, який не показав статистично значущого зв'язку з профілем здорового способу життя, виявилася субшкала «Надмірна ідентифікація» (реверсована шкала) ($r = 0,141$; $p = 0,257$). Оскільки р-значення значно перевищує поріг 0,05, можна стверджувати, що здатність не «зливатися» надмірно зі своїми негативними емоціями сама по собі не є прямим предиктором активної турботи про здоров'я у даній вибірці.

Результати свідчать, що активні позитивні компоненти самоспівчуття, особливо «Самодоброта», відіграють більш вагому роль у стимулюванні здорового способу життя, ніж компоненти, пов'язані з емоційним дистанціюванням (подолання надмірної ідентифікації).

Для виявлення особливостей взаємозв'язку між самоспівчуттям та турботою про здоров'я у жінок було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном між окремими субшкалами методики SCS та інтегральним показником HPLP (додаток М).

Аналіз матриці кореляцій показав, що три із шести компонентів самоспівчуття мають статистично значущі прямі зв'язки із загальним показником профілю здорового способу життя у жінок. Інші три компоненти не продемонстрували надійного статистичного зв'язку.

Найтисніший зв'язок із HPLP виявлено у субшкали «Самодоброта» ($r = 0,594$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що для жінок здатність ставитися до себе з теплом, підтримкою та розумінням є провідним фактором, що мотивує до активної турботи про своє здоров'я.

Два компоненти продемонстрували зв'язки помірної сили:

«Ізоляція» (реверсована шкала): $r = 0,448$ ($p = 0,009$). Позитивна кореляція вказує на те, що відсутність відчуття відчуженості та розуміння того, що інші також стикаються з труднощами, сприяє здоровій поведінці у жінок. «Усвідомленість»: $r = 0,408$ ($p = 0,018$). Здатність сприймати свої емоції та думки, не ігноруючи їх, позитивно пов'язана з HPLP.

Три компоненти не продемонстрували статистично значущого зв'язку з профілем здорового способу життя у даній вибірці жінок:

«Самокритика» (реверсована шкала): показала слабкий зв'язок ($r = 0,277$), який не досяг рівня статистичної значущості ($p = 0,119$).

«Загальна людяність»: слабкий зв'язок ($r = 0,181$; $p = 0,313$).

«Надмірна ідентифікація» (реверсована шкала): слабкий зв'язок ($r = 0,125$; $p = 0,488$).

Результати свідчать, що ключову роль у формуванні здорового способу життя у жінок відіграють саме активний позитивний компонент «Самодоброта», а також відсутність ізоляції та розвинена усвідомленість. Інші аспекти самоспівчуття (подолання самокритики, надмірної ідентифікації та відчуття спільної людяності) не виявили значущого прямого впливу на турботу про здоров'я у досліджуваній групі жінок.

Аналіз матриці кореляцій чоловіків показав суттєво відмінну картину порівняно з жіночою вибіркою (додаток Н). У чоловіків п'ять із шести

компонентів самоспівчуття мають статистично значущі прямі зв'язки із загальним показником профілю здорового способу життя, причому сила цих зв'язків загалом є вищою.

На відміну від жінок, у чоловіків найтісніші зв'язки з HPLP продемонстрували два компоненти:

«Усвідомленість»: $r = 0,611$ ($p < 0,001$). Це вказує на те, що для чоловіків здатність збалансовано усвідомлювати свої болісні переживання є критично важливою для підтримки здорового способу життя.

«Ізоляція» (реверсована шкала): $r = 0,610$ ($p < 0,001$). Такий сильний зв'язок свідчить про те, що відсутність почуття ізольованості у власних труднощах і розуміння, що інші люди також стикаються з проблемами, є потужним мотиватором для турботи про здоров'я у чоловіків.

Три компоненти продемонстрували статистично значущі зв'язки помірної сили (наближені до сильних):

«Самодоброта»: $r = 0,479$ ($p = 0,005$). Тепле і розуміюче ставлення до себе також є важливим фактором, хоча і дещо менш вираженим, ніж усвідомленість та подолання ізоляції.

«Самокритика» (реверсована шкала): $r = 0,408$ ($p = 0,019$). Здатність утримуватися від самоосуду позитивно корелює зі здоровою поведінкою.

«Загальна людяність»: $r = 0,382$ ($p = 0,028$). Усвідомлення спільності людського досвіду також робить значущий внесок у формування турботи про здоров'я у чоловіків.

Єдиним компонентом, який не досяг прийнятого рівня статистичної значущості, виявилася субшкала «Надмірна ідентифікація» (реверсована шкала). Показник $r = 0,331$ при $p = 0,060$ вказує на наявність певної тенденції (позитивного зв'язку), але цей результат не можна вважати статистично надійним у даній вибірці.

Результати свідчать про те, що механізм впливу самоспівчуття на турботу про здоров'я у чоловіків є більш комплексним, ніж у жінок. Для

чоловіків важливими виявляються не стільки «м'яка» самодоброта, скільки когнітивні та емоційні навички регуляції: здатність усвідомлено сприймати реальність (Усвідомленість) та не почуватися самотнім у своїх проблемах (подолання Ізоляції). Загалом, для чоловіків майже всі аспекти самоспівчуття працюють як єдина система підтримки здорового способу життя.

Детальний аналіз матриці кореляцій дозволив також виявити специфіку взаємозв'язків між окремими компонентами самоспівчуття та різними сферами турботи про здоров'я (додаток П). Через технічні обмеження при розрахунку валідних кореляцій для субшкали «Управління стресом» (HPLP), детальний аналіз представлено для п'яти інших вимірів турботи про здоров'я.

Відповідальність за стан здоров'я: ця сфера демонструє статистично значущі позитивні зв'язки з трьома компонентами самоспівчуття. Найсильніший зв'язок виявлено із «Самодоброю» ($r = 0,367$; $p = 0,002$). Також значущими є зв'язки із «Самокритикою» (реверсована шкала, $r = 0,313$; $p = 0,010$) та «Ізоляцією» (реверсована шкала, $r = 0,285$; $p = 0,020$).

Це свідчить про те, що прийняття відповідальності за своє здоров'я найбільше залежить від здатності ставитися до себе з теплом, не картати себе за помилки та не почуватися самотнім у своїх проблемах. Компоненти «Загальна людяність», «Усвідомленість» та «Надмірна ідентифікація» не показали значущого зв'язку з цією сферою.

Фізична активність: з цією сферою значуще пов'язаний лише один компонент – «Самодоброта» ($r = 0,295$; $p = 0,016$). Це вказує на те, що мотивація до фізичних вправ значною мірою підтримується добрим та заохочувальним ставленням до себе, тоді як інші аспекти самоспівчуття (включно з подоланням самокритики) не мають прямого статистично значущого впливу на рівень фізичної активності в даній вибірці.

Харчування: ця сфера виявилася найменш пов'язаною із самоспівчуттям. Жоден із шести компонентів самоспівчуття не продемонстрував статистично значущого зв'язку із показниками здорового

харчування. Це може свідчити про те, що харчова поведінка регулюється іншими психологічними механізмами, не охопленими даним дослідженням.

Духовний розвиток: ця сфера тісно пов'язана майже з усіма аспектами самоспівчуття. Найсильніший зв'язок із «Ізоляцією» (реверсована шкала, $r = 0,405$; $p < 0,001$), що підкреслює важливість відчуття зв'язку з іншими для духовного благополуччя. Також значущими є зв'язки із «Самодоброю» ($r = 0,388$; $p = 0,001$), «Усвідомленістю» ($r = 0,317$; $p = 0,010$), «Загальною людяністю» ($r = 0,298$; $p = 0,015$) та «Самокритикою» ($r = 0,253$; $p = 0,040$). Єдиний незначущий зв'язок – із «Надмірною ідентифікацією» ($p = 0,067$), хоча він знаходиться на межі значущості.

Міжособистісні стосунки: ця сфера також демонструє широкі зв'язки із самоспівчуттям. Домінуючим є зв'язок із «Самодоброю» ($r = 0,505$; $p < 0,001$). Важливими також є «Усвідомленість» ($r = 0,374$; $p = 0,002$), «Загальна людяність» ($r = 0,357$; $p = 0,003$), «Ізоляція» ($r = 0,355$; $p = 0,003$) та «Самокритика» ($r = 0,314$; $p = 0,010$). Як і в попередньому випадку, «Надмірна ідентифікація» не показала значущого зв'язку ($p = 0,511$).

Аналіз показує, що компонент «Самодоброю» є найбільш універсальним предиктором, позитивно впливаючи на більшість сфер здорового способу життя (крім харчування). Сфери «Духовний розвиток» та «Міжособистісні стосунки» найбільш чутливі до різних аспектів самоспівчуття, тоді як сфера «Харчування» виявилася автономною від досліджуваних психологічних чинників.

Після підтвердження наявності статистично значущих зв'язків між ключовими змінними, наступним кроком є перевірка нашої гіпотези про предиктивну здатність цих ресурсів. Тому для встановлення, наскільки ефективно самоспівчуття та тілесна усвідомленість здатні прогнозувати рівень здорового способу життя, ми провели множинний лінійний регресійний аналіз.

Для емпіричної перевірки висунутої гіпотези та встановлення характеру впливу досліджуваних психологічних феноменів на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, було застосовано метод множинного лінійного регресійного аналізу. Основною метою цього етапу дослідження було визначення прогностичної здатності таких незалежних змінних, як самоспівчуття та тілесна усвідомленість, щодо залежної змінної – профілю здорового способу життя.

На першому етапі було побудовано модель, що включала лише основні психологічні предиктори: самоспівчуття та тілесну усвідомленість.

Результати оцінки загальної регресійної моделі засвідчили її високу статистичну надійність та адекватність емпіричним даним (додаток Р). Отриманий коефіцієнт множинної кореляції ($R = 0,610$) вказує на наявність сильного сукупного зв'язку між обома предикторами та показником НРЛР. При цьому коефіцієнт детермінації ($R^2 = 0,373$) дозволяє стверджувати, що побудована модель пояснює 37,3% загальної варіативності результативної змінної профілю здорового способу життя саме за рахунок сукупного впливу самоспівчуття та тілесної усвідомленості.

Статистична значущість моделі в цілому підтверджується критерієм Фішера ($F(2; 63) = 18,7; p < 0,001$), що свідчить про те, що обрані предиктори спільно роблять істотний внесок у прогнозування рівня турботи про здоров'я, і цей результат не є випадковим.

Аналіз індивідуальних внесків кожного предиктора показав, що обидві змінні мають статистично значущий унікальний вплив на НРЛР. Найпотужнішим предиктором у даній регресійній моделі виявилось самоспівчуття, стандартизований бета-коефіцієнт якого склав $\beta = 0,524$ при найвищому рівні статистичної значущості ($p < 0,001$). Домінування цього фактора підтверджує припущення про те, що внутрішнє емоційно-мотиваційне та толерантне ставлення особистості до себе є вирішальним підґрунтям для формування стійких здорових звичок.

Тілесна усвідомленість також підтвердила свій статус значущого унікального предиктора (стандартизований коефіцієнт $\beta = 0,300$; $p = 0,004$). Важливість цього результату полягає в тому, що здатність до усвідомленого моніторингу тілесних сигналів продовжує відігравати самостійну важливу роль у прогнозуванні поведінки щодо здоров'я навіть за умови статистичного контролю рівня самоспівчуття.

Отже, результати множинного регресійного аналізу повністю підтверджують гіпотезу дослідження, демонструючи, що і самоспівчуття, і тілесна усвідомленість є значущими незалежними предикторами профілю здорового способу життя, причому вплив самоспівчуття є відносно сильнішим у порівнянні з тілесною усвідомленістю.

На другому етапі, з метою контролю демографічних відмінностей, до моделі було додано фактор статі (додаток С). Це призвело до покращення якості моделі: вона стала пояснювати 42,8% загальної варіативності ($R^2 = 0,428$). Результати аналізу показали, що стать є статистично значущим предиктором профілю здорового способу життя ($b = -0,190$; $t = -2,45$; $p = 0,017$). Від'ємний знак нестандартизованого коефіцієнта вказує на те, що чоловіки в досліджуваній вибірці в середньому мають на 0,190 бала нижчий рівень НРЛР порівняно з жінками, за умови контролю рівня самоспівчуття та тілесної усвідомленості і схильні менше дбати про здоров'я. Стандартизований коефіцієнт для змінної статі ($\beta = -0,477$) свідчить про її суттєвий внесок у модель, який за силою можна порівняти з внеском самоспівчуття ($\beta = 0,538$) і який перевищує внесок тілесної усвідомленості ($\beta = 0,253$). Це підтверджує важливість урахування гендерного аспекту при аналізі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям.

Щоб детальніше вивчити механізми впливу самоспівчуття на формування здорового способу життя, було проведено множинний регресійний аналіз, де предикторами виступили два узагальнені фактори: позитивний аспект самоспівчуття (SCS+): інтегральний показник, що

об'єднує субшкали «Самодоброта», «Спільна людяність» та «Усвідомленість» та негативний аспект самоспівчуття (SCS-): інтегральний показник, що об'єднує реверсовані субшкали «Самокритика», «Ізоляція» та «Надмірна ідентифікація» (додаток Т).

Побудована регресійна модель є статистично значущою ($F(2,63) = 11,4$; $p < 0,001$) і пояснює 26,6% загальної варіативності показника турботи про здоров'я ($R^2 = 0,266$). Одночасне включення обох факторів у модель дозволило виявити принципову різницю в їхньому унікальному впливі на залежну змінну. Позитивний аспект (SCS+) виявився єдиним статистично значущим предиктором у цій моделі. Він демонструє сильний позитивний вплив на турботу про здоров'я (стандартизований коефіцієнт $\beta = 0,453$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що активне культивування доброго ставлення до себе, усвідомленості та відчуття спільності з іншими є потужним мотиватором для здорової поведінки. Негативний аспект (SCS-) не продемонстрував статистично значущого унікального внеску в турботу про здоров'я ($\beta = 0,120$; $p = 0,320$). Це означає, що коли ми вже врахували вплив позитивних компонентів, саме по собі зниження самокритики чи відчуття ізоляції не додає суттєвої мотивації до активних дій на користь здоров'я.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що рушійною силою турботи про здоров'я є не стільки відсутність негативного ставлення до себе (самокритики), скільки наявність підтримуючого ставлення (самодоброти). Для формування здорового способу життя недостатньо «перестати себе картати», необхідно активно розвивати навички самопідтримки.

Для визначення унікального внеску кожного з шести компонентів самоспівчуття у формування здорового способу життя було проведено множинний регресійний аналіз (додаток У). Залежною змінною виступав загальний показник турботи про здоров'я (HPLP), а предикторами – всі шість субшкал методики SCS одночасно. Побудована регресійна модель є

статистично високо значущою ($F(6,59) = 7,01, p < 0,001$) і пояснює 41,6% загальної варіативності показника турботи про здоров'я ($R^2 = 0,416$).

Результати аналізу коефіцієнтів моделі показали, що лише два з шести компонентів є статистично значущими унікальними предикторами. «Ізоляція» (реверсована шкала): цей компонент зробив найсильніший унікальний внесок (стандартизований коефіцієнт $\beta = 0,418; p = 0,005$). Позитивний знак коефіцієнта для реверсованої шкали свідчить про те, що подолання почуття ізольованості, тобто відчуття зв'язку з іншими людьми навіть у моменти труднощів, є найпотужнішим мотиватором для турботи про здоров'я у даній моделі. «Самодоброта»: цей компонент також виявився значущим позитивним предиктором ($\beta = 0,366; p = 0,013$). Це підтверджує, що активне, тепле та підтримуюче ставлення до себе є критично важливим ресурсом для формування здорових звичок.

Інші чотири компоненти – «Самокритика», «Загальна людяність», «Усвідомленість» та «Надмірна ідентифікація» – не продемонстрували статистично значущого унікального внеску в цій комплексній моделі (всі $p > 0,05$). Це означає, що їхній вплив на здоров'я «перекривається» більш потужним впливом самодоброти та подолання ізоляції.

Детальний регресійний аналіз дозволив встановити, що «активними інгредієнтами» самоспівчуття, які найбільше сприяють турботі про здоров'я у досліджуваній вибірці, є здатність ставитися до себе з добротою та відсутність відчуття соціальної ізоляції. Інші компоненти самоспівчуття, хоча і важливі, не мають самостійного вирішального значення для здоров'язбережувальної поведінки, коли ці два ключові фактори вже задіяні.

З метою перевірки гіпотези про медіаційну роль тілесної усвідомленості у взаємозв'язку між самоспівчуттям та профілем здорового способу життя було проведено медіаційний аналіз (додаток Ф) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Результати аналізу медіаційної ролі тілесної усвідомленості у впливі самоспівчуття на профіль здорового способу життя

Effect	Estimate	SE	Lower	Upper	Z	p
Indirect	0,00473	0,0270	-0,0428	0,0695	0,175	0.861
Direct	0,31974	0,0460	0,2214	0,4066	6,955	<0,001
Total	0,32447	0,0520	0,2191	0,4319	6,238	<0,001

Результати аналізу показали, що непрямий ефект самоспівчуття на профіль здорового способу життя через тілесну усвідомленість виявився статистично незначущим (estimate = 0,005; p = 0,861). Це підтверджується 95% довірчим інтервалом [-0,043; 0,070], який включає нуль. Таким чином, гіпотеза про медіацію не знайшла емпіричного підтвердження. Тілесна усвідомленість не є значущим механізмом, через який самоспівчуття впливає на турботу про здоров'я у досліджуваній вибірці. Водночас, було виявлено сильний та високо значущий прямий ефект самоспівчуття на профіль здорового способу життя (estimate = 0,320; p < 0,001; 95% [0,221, 0,407]). Це свідчить про те, що самоспівчуття впливає на формування здорових звичок безпосередньо, незалежно від рівня усвідомленості тілесних відчуттів.

За результатами емпіричного дослідження, висунуті гіпотези про наявність значущих кореляційних зв'язків та регресійного впливу самоспівчуття і тілесної усвідомленості на профіль здорового способу життя знайшли своє повне підтвердження, водночас гіпотеза про медіаційну роль тілесної усвідомленості у взаємозв'язку самоспівчуття та турботи про здоров'я була спростована.

Висновки до розділу 3

Психометричний аналіз підтвердив високу внутрішню узгодженість застосованих методик, що гарантує надійність отриманих даних. Описова

статистика характеризує досліджувану вибірку як таку, що має помірно високий рівень самоспівчуття та тілесної усвідомленості, але знаходиться лише на середньому рівні дотримання здорового способу життя. Найбільш розвиненими сферами турботи про здоров'я є психосоціальні (міжособистісні стосунки, духовний розвиток), тоді як поведінковий аспект відповідальності за здоров'я є найменш вираженим.

Встановлено низку значущих відмінностей у профілях досліджуваних змінних залежно від статі, віку та сімейного стану. Зокрема, жінки демонструють вищий рівень тілесної усвідомленості та загалом більш активну турботу про здоров'я порівняно з чоловіками. Водночас, чоловіки досягають порівнянного рівня самоспівчуття через краще подолання негативних бар'єрів (ізоляції, самокритики), тоді як жінки – через активацію позитивних компонентів (самодоброї). Виявлено тенденцію до зростання самоспівчуття та тілесної усвідомленості з віком. Особи, які не перебувають у офіційному шлюбі, демонструють дещо вищий рівень активної турботи про здоров'я та схильність до самоспівчуття.

Кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу про наявність статистично значущих зв'язків між досліджуваними феноменами. Самоспівчуття виявило сильний прямий зв'язок із профілем здорового способу життя, що характеризує його як потужний емоційно-мотиваційний ресурс. Тілесна усвідомленість продемонструвала помірний позитивний зв'язок, підтверджуючи важливість когнітивно-перцептивного компонента для здоров'я. Самоспівчуття виявилось універсальним предиктором здорової поведінки для обох статей, причому його зв'язок із турботою про здоров'я є сильнішим у чоловіків. Натомість, тілесна усвідомленість виступає значущим корелятом здорового способу життя лише для жінок, тоді як у групі чоловіків цей зв'язок є статистично незначущим.

Множинний регресійний аналіз підтвердив, що самоспівчуття та тілесна усвідомленість є значущими незалежними предикторами. При цьому

внесок самоспівчуття є більшим. Додавання фактора статі підвищило точність моделі. Аналіз показав, що чоловіки дещо менше схильні дбати про здоров'я, і цей ефект спостерігається незалежно від рівня самоспівчуття та тілесної усвідомленості.

Результати медіаційного аналізу не підтвердили припущення про те, що тілесна усвідомленість виступає посередником у впливі самоспівчуття на турботу про здоров'я. Встановлено, що самоспівчуття впливає на формування здорових звичок безпосередньо, незалежно від рівня тілесної усвідомленості.

Отримані дані можуть бути використані практичними психологами та психотерапевтами для діагностики ресурсів клієнтів та планування корекційної роботи у сфері психосоматичного здоров'я та благополуччя.

ВИСНОВКИ

У дослідженні здійснено теоретико-емпіричний аналіз психологічних чинників, що детермінують турботу про здоров'я, з фокусом на феноменах самоспівчуття та тілесної усвідомленості. Отримані результати дозволили виконати поставлені завдання та сформулювати низку узагальнюючих висновків.

1. На основі аналізу сучасної наукової літератури турботу про здоров'я у дорослому віці концептуалізовано не як пасивну відсутність хвороб, а як проактивну здоров'язбережувальну поведінку, що вимагає високого рівня саморегуляції. Встановлено, що класичні моделі (зокрема, модель сприяння здоров'ю) вказують на недостатність лише когнітивних знань для формування стійких здорових звичок. Теоретично обґрунтовано необхідність залучення внутрішніх психологічних ресурсів для подолання розриву між намірами та діями. Ключовими серед таких ресурсів визначено самоспівчуття (як афективно-мотиваційний регулятор, що забезпечує емоційну підтримку при невдачах) та тілесну усвідомленість (як когнітивно-перцептивний регулятор, що надає зворотний зв'язок про стан організму). Обидва чинники визначено як внутрішні регулятори, що спільно детермінують проактивну турботу про здоров'я.

2. Емпіричне дослідження виявило значущу гендерну специфіку як у рівнях досліджуваних феноменів, так і в механізмах їхнього взаємозв'язку. Встановлено, що жінки загалом демонструють вищий рівень активної турботи про здоров'я та розвиненішу тілесну усвідомленість порівняно з чоловіками. Хоча загальний рівень самоспівчуття є схожим, його структура відрізняється: жінки більше спираються на позитивні аспекти (самодоброту), тоді як чоловіки ефективніше долають негативні бар'єри (ізоляцію, самокритику). Ключова відмінність полягає у механізмах впливу: самоспівчуття є універсальним ресурсом здоров'я для обох статей (причому

для чоловіків цей зв'язок сильніший), натомість тілесна усвідомленість виступає значущим чинником турботи про здоров'я виключно для жінок, не демонструючи достовірного зв'язку у чоловічій вибірці.

3. За результатами множинного регресійного аналізу доведено високу прогностичну здатність досліджуваних конструктів. Встановлено, що спільний вплив самоспівчуття та тілесної усвідомленості є статистично значущим і пояснює суттєву частку індивідуальних відмінностей у рівні турботи про здоров'я. Визначено, що обидва психологічні феномени роблять статистично значущий унікальний та незалежний внесок у формування здорової поведінки. При цьому самоспівчуття є домінуючим предиктором, тоді як тілесна усвідомленість робить помірний додатковий внесок. Деталізований аналіз показав, що найбільш дієвими «активними інгредієнтами» самоспівчуття є здатність до самодоброї та подолання почуття соціальної ізоляції.

4. Висунуте припущення про те, що тілесна усвідомленість виступає посередником (медіатором) у впливі самоспівчуття на турботу про здоров'я, було емпірично спростовано. Медіаційний аналіз показав відсутність значущого непрямого ефекту. Це свідчить про те, що самоспівчуття впливає на здоров'язбережувальну поведінку безпосередньо, як самостійний мотиваційний ресурс, а не через покращення сприйняття тілесних сигналів. Таким чином, самоспівчуття та тілесна усвідомленість функціонують переважно як паралельні, а не послідовні механізми регуляції турботи про здоров'я.

Отримані емпіричні дані мають важливе практичне значення для розробки диференційованих програм психологічного супроводу та промоції здоров'я, вказуючи на необхідність розвитку навичок самоспівчуття як базової компетенції, а також на доцільність урахування гендерних особливостей при роботі з тілесною усвідомленістю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Holden C. et al. Does how you treat yourself affect your health? The relationship between health-promoting behaviors and self-compassion among a community sample. *Journal of Health Psychology*. 2020. P. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105320912448>.

2. Prabhakar M., Sharma M. Body awareness: primal in health promotion. *ShodhKosh: Journal of Visual and Performing Arts*. 2021. Vol. 2. P. 508-513. DOI: <https://doi.org/10.29121/shodhkosh.v2.i2.2021.6198>.

3. Седашева С., Седашев Я. Психологічні аспекти здорового способу життя. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2020. №. 1 (99). С. 351-358. DOI: [https://doi.org/10.31865/2077-1827.1\(99\)2020.198173](https://doi.org/10.31865/2077-1827.1(99)2020.198173).

4. Uncu B., Yilmaz T. The Effect of Training Based on Pender's Health Promotion Model on Infertile Women's Lifestyle and Self-Efficacy in the Preconception Period: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2025. Vol. 13 (3): 4840-4853. DOI: <https://doi.org/10.22038/JMRH.2025.76038.2246>.

5. Jalali A. et al. The Impact of Training Based on the Pender Health Promotion Model on Self-Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of health promotion*. 2024. Vol. 38 (7). P. 918-929. DOI: <https://doi.org/10.1177/08901171231224101>.

6. Zarrabian S., Hassani-Abharian P. Commentary Paper: COVID-19 Pandemic and the Importance of Cognitive Rehabilitation. *Basic and Clinical Neuroscience*. 2020. Vol. 11 P. 129-132. DOI: <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.194.5>.

7. Alibigloo H. P., Eshaghi Z. The Integrated Model of Health Behavior Promotion (IMHBP): A Synergistic Approach to Promote Health Oriented Behaviors. *The Open Public Health Journal*. 2025. Vol. 18. DOI: <https://doi.org/10.2174/0118749445375249250206112941>.

8. Naserpoor F. et al. Effect of education based on Pender's health promotion model on nutrition behavior of adolescent girls. *Journal of Research & Health*. 2018. Vol. 8 (5). P. 394-402. DOI: <https://doi.org/10.29252/jrh.8.5.394>.

9. Darkhor S. et al. Effect of health promotion intervention on nurses' healthy lifestyle and health-promoting behaviors: RCT study. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*. 2018. Vol. 8 (1). P. 108-114. URL: <https://www.academia.edu/download/78360245/effect-of-health-promotionpdf>.

10. Manjarres-Posada N. I. et al. Social Cognitive Theory and Health Care: Analysis and Evaluation. *International Journal of Social Science Studies*. 2020. Vol. 8 (4). P. 132-141. DOI: <https://doi.org/10.11114/ijsss.v8i4.4870>.

11. Medeiros L. P. et al. Utilized Theories by Nursing in the Care of People with an Ostomy: Integrative Review. *Open Journal of Nursing*. 2016. Vol. 6. P. 600-609. DOI: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.68064>.

12. Budreviciute A. et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front. Public Health*. 2020. Vol. 8. P. 1-11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>.

13. Rojas-Torres I. L. et al. Effectiveness of Nola Pender's Health Promotion Model: A Comprehensive Approach for Enhancing Healthy Behaviors and Quality of Life in Adults. *International journal of environmental research and public health*. 2025. Vol. 22 (10). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph22101506>.

14. Habibzadeh H. et al. The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: An experimental study. *BMC Cardiovasc. Disord*. 2021. Vol. 21. P. 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02294-x>.

15. Tavakoly S. et al. Predictors of physical activity among women in Bojnourd, north east of Iran: Pender's health promotion model. *Arch. Public Health*. 2021. Vol. 79. P. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00698-x>.

16. Гресько І. Я-концепція як чинник формування ставлення особистості до здоров'я: емпіричне дослідження. *Polonistyczno-*

Ukrainoznawcze Studia Naukowe. 2022. № 2 (5). С. 75-82. DOI: <https://doi.org/10.15804/PPUSN.2022.02.08>.

17. Гресько І. М. Ясність Я-концепції як чинник гармонійної особистості. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. В.10. С. 39-45. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.6>.

18. Фурман О. Я-концепція як предмет багатоаспектного теоретизування. Психологія і суспільство. 2018. № 1-2. – С. 38-67. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psis_2018_1-2_6.

19. Biber D. D., Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. 2019. Vol. 24(14). DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>.

20. Sirois F. M., Hirsch J. K. Self-Compassion and Adherence in Five Medical Samples: the Role of Stress. *Mindfulness*. 2019. Vol. 10 (1). P. 46-54. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0945-9>.

21. Phillips W. J., Hine D. W. Self-compassion, physical health, and health behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2021. Vol. 15 (1). P. 113-139. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>.

22. Bellosta-Batalla M. et al. Increased Salivary IgA Response as an Indicator of Immunocompetence After a Mindfulness and Self-Compassion-Based Intervention. *Mindfulness*. 2018. Vol. 9. P. 905-913. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0830-y>.

23. Kirschner H. et al. Soothing Your Heart and Feeling Connected: A New Experimental Paradigm to Study the Benefits of Self-Compassion. *Clinical Psychological Science*. 2019. Vol. 7 (3). P. 545-565. DOI: <https://doi.org/10.1177/216770261881243>.

24. Brown L. et al. Is Self-compassion Associated with Sleep Quality? A Meta-analysis. *Mindfulness*. 2021. Vol. 12 (1). P. 82-91. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01498-0>.

25. Bluth K., Neff K. (2018) New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*. 2018. Vol. 17(6). P. 1-4. DOI: <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>.

26. Gard G. et al. Clinical reasoning and clinical use of basic body awareness therapy in physiotherapy – a qualitative study? *European Journal of Physiotherapy*. 2019. Vol. 22 (1). P. 29-35. DOI: <https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1549592>.

27. Lundwall A. et al. K. Pain requires processing – How the experience of pain is influenced by Basic Body Awareness Therapy in patients with long-term pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2019. Vo. 23 (4). P. 701-707. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.02.006>.

28. Sertel M. et al. The Effect of Body Awareness Therapy on Pain, Fatigue and Health-related Quality of Life in Female Patients with Tension-type Headaches and Migraine. *West Indian Medical Journal*. 2021. Vol 69 (2). P. 121-128. DOI: <https://doi.org/10.7727/wimj.2015.304>.

29. Courtois I. et al. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2014. Vol. 19 (1). P. 35-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.003>.

30. Hedlund L., Gyllensten A. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2010. Vol. 14. P. 245-254. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.03.002>.

31. Yazici Z. M. et al. Rhinologic evaluation in patients with primary headache. *The Journal of craniofacial surgery*. 2010. Vol. 21 (6). DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181f3c666>.

32. Neff K. D. Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*. 2023. Vol. 74. P. 193-218. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>.

33. Gillanders D. T. et al. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015. Vol. 4 (4). P. 300-311. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>.

34. Ewert C. Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. *Mindfulness*. 2021. Vol. 12. P. 1063-1077. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>.

35. Zessin U. The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied psychology: health and well-being*. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>.

36. Gilbert P. et al. The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*. 2017. Vol. 4. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>.

37. Ferrari M. et al. Embracing the Complexity of our Inner Worlds: Understanding the Dynamics of Self-Compassion and Self-Criticism. *Mindfulness*. 2022. Vol. 13. P. 1652-166. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01897-5>.

38. Muris P. et al. Stripping the forest from the rotten trees: Compassionate self-responding is a way of coping, but reduced uncompassionate self-responding mainly reflects psychopathology. *Mindfulness*. 2019. Vol. 10 (1). P. 196-199. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1030-0>.

39. Analayo B., Dhammadinna B. From Compassion to Self-Compassion: a Text-Historical Perspective. 2021. Vol. 12. P. 1350-1360. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01575-4>.

40. Gallagher S. Body-awareness and body-schematic processes. *Handbook of Bodily Awareness*. 2022. P. 137-149. URL: <http://www.ummoos.org/gall22bodyAwareness.pdf>.

41. Parma C. et al. An Overview of the Bodily Awareness Representation and Interoception: Insights and Progress in the Field of Neurorehabilitation Research. *Brain Sciences*. 2024. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci14040386>.

42. Amianto F. et al. Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach. *Front. Psychol.* 2016. Vol. 7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849>.

43. Sattin D. Theoretical Models of Consciousness: A Scoping Review. *Brain Sciences.* 2021. Vol. 11 (5). DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci11050535>.

44. Mandrigin A. The where of bodily awareness. *Synthese.* 2021. Vol. 198. P. 1887-1903. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11229-019-02171-3>.

45. Taipale J. Sense experience and differentiation: Husserl on bodily awareness. *The Routledge Handbook of Bodily Awareness.* 2023. P. 95-108. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429321542-10>.

46. Whitehead P. Phenomenology Without Correlationism: Husserl's Hyletic Material. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology.* 2015. Vol. 15. DOI: <https://doi.org/10.1080/20797222.2015.1101830>.

47. Colombetti G. Affective Incorporation. *Phenomenology for the Twenty-First Century.* 2016. DOI: https://doi.org/10.1057/978-1-137-55039-2_12.

48. Miall R. C. Perception of body shape and size without touch or proprioception: evidence from individuals with congenital and acquired neuropathy. *Experimental Brain Research.* 2021. P. 1203-1221. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06037-4>.

49. Berlucchi G., Aglioti S. M. The body in the brain revisited. *Experimental Brain Research.* 2010. Vol. 200 (1). P. 25-35. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00221-009-1970-7>.

50. Miall R. C. et al. Proprioceptive loss and the perception, control and learning of arm movements in humans: evidence from sensory neuronopathy. *Experimental Brain Research.* 2018. Vol. 236. P. 2137-2155. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00221-018-5289-0>.

51. Horst A. et al. The Effect of Chronic Deafferentation on Mental Imagery: A Case Study. *PLoS ONE.* 2012. Vol. 7 (8). P. 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042742>.

52. Macaluso E., Maravita A. The Representation of Space near the Body through Touch and Vision. *Neuropsychologia*. 2010. Vol. 48. P. 782-795. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.10.010>.
53. Kuchar A. et al. Resilience and Enhancement in Sport, Exercise, & Training (RESET): A brief self-compassion intervention with NCAA student-athletes. *Psychology of Sport & Exercise*. 2023. Vol. 67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2023.102426>.
54. Rothlin P. et al. Go soft or go home? A scoping review of empirical studies on the role of self-compassion in the competitive sport setting. *Current Issues in Sport Science*. 2019. Vol. 4. P. 1-14. DOI: https://doi.org/10.15203/CISS_2019.013.
55. Rothlin P. Self-compassion to decrease performance anxiety in climbers: A randomized control trial. *Current Issues in Sport Science*. 2021. Vol. 6. DOI: <https://doi.org/10.36950/2021ciss004>.
56. Friis A. M. et al. Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA_{1c} Among Patients with Diabetes. *Diabetes Care*. 2016. Vol. 39. P. 1963-1971. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc16-0416>.
57. Biber D., Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>.
58. Kelly A. C., Carter J. C. Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 2015. Vol. 88. P. 285-303. DOI: <https://doi.org/10.1111/papt.12044>.
59. Tapper K. et al. Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*. 2009. Vol. 52 (2). P. 396-404. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.012>.

60. Greeson J. M. et al. An adapted, four-week mind-body skills group for medical students: reducing stress, increasing mindfulness, and enhancing self-care. *Explore*. 2015. Vol. 11 (3). P. 186-192. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.02.003>.

61. Gale C. et al. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment program for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2014. Vol. 21 (1). P. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>.

62. Kelly A. C. et al. Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*. 2014. Vol. 47(1). P. 54-64. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22196>.

63. Tapper K. et al. Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*. 2009. Vol. 52 (2). P. 396-404. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.012>.

64. Adams C. E., Leary, M. R. Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2007. Vol. 26 (10). P. 1120-1144. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120>.

65. Yagci G. et al. Body awareness and its relation to quality of life in individuals with idiopathic scoliosis. *Perceptual and Motor Skills*. 2020. Vol. 127 (5). P. 841-857. DOI: <https://doi.org/10.1177/0031512520924945>.

66. Mehling W. E. If It All Comes Down to Bodily Awareness, How Do We Know? Assessing Bodily Awareness. *Kinesiology Review*. 2020. Vol. 9 (3). DOI: <https://doi.org/10.1123/kr.2020-0021>.

67. Schmalzl L., Kerr C. E. Editorial: Neural mechanisms under lying movement-based embodied contemplative practices. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016. Vol. 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00169>.

68. Farb N. et al. Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00763>.
69. Neff K., Toth-Kiraly I. Self-Compassion Scale (SCS). *Handbook of Assessment in Mindfulness Research*. 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-77644-2_36-1.
70. Neff K. et al. Examining the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*. 2019. Vol. 31 (1). P. 27-45. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000629>.
71. Kocur D. et al. Validity and reliability of the Polish version of the Self-Compassion Scale and its correlates. *PLoS ONE*. 2022. Vol. 17 (5). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267637>.
72. Neff K. The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*. 2016. Vol. 7. P. 264-274. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>.
73. Cabrera A. et al. Assessing Body Awareness and Autonomic Reactivity: Factor Structure and Psychometric Properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF). *International journal of methods in psychiatric research*. 2018. Vol. 27 (2). DOI: <https://doi.org/10.1002/mpr.1596>.
74. Денісієвська А. Є. Адаптація україномовної версії методики «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма». *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал*. Острог: Вид-во НаУОА, 2020. № 10. С. 132-135. DOI: <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2020-10-132-135>.
75. Kolacz J. *Body Perception Questionnaire (BPQ) Manual*. 2018. URL: <https://static1.squarespace.com/static/pdf>.
76. Cabrera A. et al. Assessing body awareness and autonomic reactivity: Factor structure and psychometric properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF). *International journal of methods in psychiatric research*. 2018. Vol. 27 (2). DOI: <https://doi.org/10.1002/mpr.1596>.

77. Jokic B. et al. Association of childhood maltreatment with adult body awareness and autonomic reactivity: The moderating effect of practicing body psychotherapy. *Psychotherapy*. Advance online publication. 2022. Vol. 60 (2). P. 159-170. DOI: <https://doi.org/10.1037/pst0000463>.

78. Kolacz J. et al. Adversity history predicts self-reported autonomic reactivity and mental health in US residents during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*. 2020. Vol. 11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.577728>.

79. Мельник Ю. Б., Стадник А. В. Профіль здорового способу життя (версія для дорослих): метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 20 с. DOI: <https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.4.2025>.

80. Stadnik A. V. et al. Psychological Distress and Healthy Lifestyle among University Students in Wartime. *International Journal of Science Annals*. 2025. Vol. 8 (1). P. 33-44. DOI: <https://doi.org/10.26697/ijsa.2025.1.3>.

81. Lim B. C. et al. Validation of health-promoting lifestyle profile II: a confirmatory study with a Malaysian Undergraduate Students sample. *Education in Medicine Journal*. 2016. Vol. 8 (2). P. 65-77. DOI: <https://doi.org/10.5959/eimj.v8i2.438>.

82. Погорільська Н.І., Ходанович О.В. Математичні методи: навч. посіб. для студ. спеціальності 6.030102 «Психологія». Київ. 2015. 121 с.

83. Hayes A. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach. New York: Guilford Press. 2018. 693 p. URL: https://eli.johogo.com/Class/CCU/SEM/_IntroductionHayes.pdf.

Додаток А

Шкала самоспівчуття

Як я зазвичай поведжуся та ставлюся до себе в скрутні часи

Будь ласка, уважно прочитайте усі твердження. Оцініть, як часто ви поведетесь так, як описано у них. Використовуйте шкалу, зазначену нижче:

Майже ніколи	Іноді	Час від часу	Часто	Майже завжди
1	2	3	4	5

№	Твердження	Відповідь
1	Я осуджую та критикую себе за свої слабкості та за невідповідність певним стандартам	
2	Коли я пригнічений (а), я схильний (а) зациклюватися на негативних аспектах ситуації	
3	Коли справи йдуть погано, я ставлюся до труднощів як до частини життя, через яку проходять усі	
4	Коли я думаю про свої недоліки або невідповідність певним стандартам, я починаю відчувати себе ізольованим (ою) та відрізнаним (ою) від решти світу	
5	Коли я відчуваю емоційний біль, я намагаюсь ставитись до себе з любов'ю	
6	Коли я терплю невдачу в чомусь важливому для мене, мене поглинає почуття власної неповноцінності	
7	Коли я пригнічений (а), я нагадую собі, що в світі є багато людей, які теж відчувають щось подібне, я не один (а)	
8	Коли у мене по-справжньому важкі часи, я схильний (а) бути жорстким по відношенню до себе	

9	Коли щось засмучує мене, я намагаюся тримати свої емоції збалансованими	
10	Коли я відчуваю, що в якійсь мірі не відповідаю певним стандартам, я намагаюся нагадати собі, що таке почуття має більшість людей	
11	Я нетолерантний (а) і нетерплячий (а) по відношенню до тих своїх якостей, які мені не подобаються	
12	Коли в моєму житті настають дійсно важкі часи, я даю собі турботу і підтримку, яких потребую	
13	Коли я пригнічений (а), я найчастіше відчуваю, що більшість інших людей щасливіші за мене	
14	Коли трапляється щось неприємне, я намагаюся дивитися на речі виважено	
15	Я намагаюся дивитися на свої помилки і недоліки як на частину людської природи	
16	Коли я помічаю в собі риси, які мені не подобаються, я починаю критикувати себе	
17	Якщо я помиляюся в чомусь важливому для мене, я намагаюся оцінювати ситуацію в цілому, підходити до неї зважено	
18	Коли я дійсно стикаюся з великими труднощами, я схильний(а) відчувати, ніби у інших людей життя набагато легше	
19	Я добрий (а) до себе, коли мені погано	
20	Коли щось засмучує мене, емоції повністю охоплюють мене	
21	Я можу бути холоднокровним (ою) по відношенню до себе, коли мені погано	
22	Коли я пригнічений (а), я намагаюся ставитися до своїх почуттів з цікавістю і бути відкритим(ою) до них	

23	Я толерантний (а) до своїх недоліків	
24	Коли трапляється щось неприємне, я схильний (а) робити з мухи слона	
25	Коли я терплю невдачу в чомусь важливому для мене, я відчуваю себе самотнім (ою) у своїй поразці	
26	Я намагаюся бути розуміючим (ою) і терпимим (ою) до тих своїх якостей, які мені не подобаються	

Ключ

Підсумкові бали обчислюються шляхом підрахунку середніх балів субшкал.

Для того, щоб обчислити загальну оцінку, негативні субшкали (самокритика, ізоляція, надідентифікація) обчислюються у зворотньому порядку (тобто 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Потім обчислюється велике середнє всіх шести субшкал.

Субшкали:

Доброта до себе: 5, 12, 19, 23, 26 (рахується в звичайному порядку)

Самокритика: 1, 8, 11, 16, 21 (рахується в зворотньому порядку: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1)

Загальна людяність: 3, 7, 10, 15 (рахується в звичайному порядку)

Ізоляція: 4, 13, 18, 25 (рахується в зворотньому порядку: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1)

Майндфулнес: 9, 14, 17, 22 (рахується в звичайному порядку)

Надідентифікація: 2, 6, 20, 24 (рахується в зворотньому порядку: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1)

Дослідники можуть вибрати, як використовувати дані: або результати кожної субшкали окремо, або загальний бал.

Додаток Б

Опитувальник тілесних відчуттів (BPQ-SF)

I: ТІЛЕСНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ

Виберіть відповідь, яка найбільш точно описує вас. Оцініть свою усвідомленість щодо кожної з характеристик, описаних нижче, використовуючи 5-бальну шкалу.

Ніколи	Рідко	Іноді	Зазвичай	Завжди
1	2	3	4	5

У більшості випадків я усвідомлюю, що:

№	Твердження	Відповідь
1	Я частіше ковтаю	
2	Хочу прокашлятися, щоб очистити горло	
3	У мене сухість у роті	
4	Моє дихання пришвидшується	
5	У мене сльозяться очі	
6	У мене бурчання у шлунку	
7	Моє тіло або його частини набрякають	
8	Маю бажання спорожнити кишечник	
9	Відчуваю зростання м'язової напруги в кінцівках	
10	Відчуваю роздутість через надмірне вживання води	
11	Відчуваю напругу м'язів обличчя	
12	Відчуваю мурашки по шкірі	
13	Відчуваю болі в шлунку та кишечнику	
14	Відчуваю розтягнення або здуття шлунку	
15	Мої долоні пітніють	
16	Моє чоло пітніє	

17	Мої губи тремтять	
18	Мої пахви пітніють	
19	Моє обличчя «горить» (особливо вуха)	
20	Скрегочу зубами	
21	Відчуваю знервованість	
22	У мене «волосся стає дибки»	
23	Мені важко сконцентруватися	
24	Хочу ковтати	
25	Моє серце б'ється сильніше	
26	Маю відчуття закрепу	

II: РЕАКТИВНІСТЬ АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Автономна нервова система є частиною вашої нервової системи, яка контролює ваші системи: серцево-судинну, дихальну та травну і температурну регуляцію.

Вона також відповідає за переживання та вираження емоцій. Автономна нервова система працює у кожного по-різному. Ця шкала була розроблена для вимірювання реакцій вашої автономної нервової системи.

№	Твердження	Відповідь
27	Я маю труднощі з координацією дихання та вживанням їжі	
28	Коли я їм, мені складно говорити	
29	Часто моє серце б'ється нерівномірно	
30	Коли я їм, їжа відчувається сухою і дряпає мій рот і горло	
31	Я відчуваю задишку	
32	Я маю труднощі з координацією дихання з розмовами (коли розмовляю)	
33	Коли я їм, мені складно координувати ковтання, жування та/чи смоктання і дихання	

34	Я постійно кашляю, коли говорю або їм	
35	Моя ротова порожнина наповнена слиною	
36	Я маю біль у грудях	
37	Я відчуваю «ком» у горлі, коли їм	
38	Коли я розмовляю, я часто відчуваю, що повинен прокашлятися або проковтнути слину	
39	Коли я дихаю, я відчуваю, що мені бракує кисню	
40	Мені складно контролювати очі	
41	Мене нудить	
42	Я маю високий рівень кислотності шлунку	
43	Я страждаю закрепамми	
44	У мене розлад шлунку	
45	Після вживання їжі у мене є проблеми з травленням	
46	У мене діарея	

Додаток В**Профіль здорового способу життя**

Опитування проводиться з метою дослідження особистого здоров'я. Опитування є добровільним і анонімним.

Ця анкета містить твердження про Ваш теперішній спосіб життя або особисті звички. Будь ласка, відповідайте на кожне твердження якомога точніше та намагайтеся не пропускати жодного пункту.

Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, з якою частотою ви берете участь у кожній поведінці, із розрахунку:

Ніколи	Іноді	Часто	Регулярно
1	2	3	4

№	Твердження	Відповідь
1	Я обговорюю мої проблеми та хвилювання з людьми, близькими до мене	
2	Я вибираю дієту з низьким вмістом жирів, насичених жирів і холестерину	
3	Я повідомляю про будь-які незвичні ознаки або симптоми лікаря або іншого медичного працівника	
4	Я дотримуюсь запланованої програми фізичних вправ	
5	Я висипаюсь	
6	Я відчуваю, що зростаю та змінююся позитивно	
7	Я легко хвалю інших людей за їхні досягнення	
8	Я обмежую вживання цукру та продуктів, що містять цукор (солодощі)	
9	Я читаю або дивлюсь відео-контент про зміцнення здоров'я	
10	Я виконую інтенсивні вправи протягом 20 хвилин або більше	

	принаймні три рази на тиждень (наприклад, швидка ходьба, їзда на велосипеді, аеробні танці, використання сходів)	
11	Я щодня виділяю трохи часу для релаксації	
12	Я вірю, що моє життя має сенс	
13	Я підтримую змістовні та повноцінні відносини з іншими людьми	
14	Я їм 6-11 різновидів злакових (хліб, пластівці, крупи, макаронні вироби) кожен день	
15	Я запитую медичних працівників, щоб зрозуміти їхні інструкції	
16	Я маю легкі або помірні фізичні навантаження (наприклад, тривала ходьба по 30-40 хвилин 5 або більше разів на тиждень)	
17	Я приймаю ті речі у своєму житті, які я не можу змінити	
18	Я з оптимізмом дивлюся у майбутнє	
19	Я проводжу час з близькими друзями	
20	Я маю 2-4 прийоми фруктів щодня	
21	Я отримаю іншу думку, коли я маю сумніви щодо поради мого медичного працівника	
22	Я займаюсь оздоровчою фізичною активністю (плавання, танці, їзда на велосипеді)	
23	Я зосереджуюсь на приємних думках перед сном	
24	Я відчуваю себе задоволеним та в мирі з собою	
25	Я часто виявляю турботу, любов і тепло до інших	
26	Я маю 3-5 прийомів овочів щодня	
27	Я обговорюю свої проблеми зі здоров'ям з медичними працівниками	
28	Я роблю вправи на розтяжку щонайменше 3 рази на тиждень	
29	Я використовую спеціальні методи для контролю мого стресу	

30	Я працюю над досягненням довгострокових цілей у своєму житті	
31	Я взаємодію і зі мною взаємодіють люди, які мені не байдужі	
32	Я маю 2-3 прийоми молочних продуктів (молоко, йогурт, сир, інше) щодня	
33	Я оглядаю своє тіло принаймні щомісяця на наявність фізичних змін/ознак небезпеки	
34	Я виконую фізичні вправи під час звичайних повсякденних справ (ходьба під час обіду, користування сходами замість ліфту, паркування автомобіля подалі від місця призначення, прогулянка)	
35	Я збалансовую час між роботою та відпочинком	
36	Я знаходжу кожен день цікавим і складним	
37	Я знаходжу способи задоволення моїх потреб в інтимності	
38	Я маю тільки 2-3 прийоми їжі з групи м'яса, птиці, риби, сушених бобів, яєць і горіхів щодня	
39	Я звертаюсь до медичних працівників за інформацією, як правильно доглядати за собою	
40	Я перевіряю свій пульс під час фізичних вправ	
41	Я практикую релаксацію або медіацію протягом 15-20 хвилин щодня	
42	Я усвідомлюю, що для мене є важливим у житті	
43	Я отримую підтримку від багатьох небайдужих людей	
44	Я читаю етикетки, щоб визначити поживні речовини, жири, вміст харчових добавок в упакованих продуктах харчування	
45	Я відвідую освітні програми з особистої турботи про здоров'я	
46	Я можу досягати бажаного пульсу під час фізичних вправ	
47	Я дотримуюсь темпу, щоб запобігти втомі	
48	Я відчуваю зв'язок із певною силою, більшою за мене	

49	Я вирішую конфлікти з іншими шляхом обговорення та компромісу	
50	Я снідаю	
51	Я звертаюсь за порадою або консультацією за потреби	
52	Я відкриваю себе для нового досвіду та викликів	

До кожної шкали включені наступні питання:

Шкала	Номер питання
Здоровий спосіб життя	1-52
Відповідальність за стан здоров'я	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
Фізична активність	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Харчування	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
Духовний розвиток	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
Міжособистісні стосунки	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
Управління стресом	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47

Додаток Г

Описові статистики та результати перевірки на нормальність розподілу
основних досліджуваних змінних

Descriptives					
	SCS_Mean	BPQ_Mean	BPQ1_Mean	BPQ2_Mean (2)	HPLP_Mean
N	66	66	66	66	66
Середній	3.31	2.69	3.31	1.89	2.45
Стандартне відхилення	0.654	0.594	0.927	0.420	0.399
Мінімум	1.69	1.20	1.27	1.05	1.58
Максимум	4.88	3.59	4.85	3.00	3.44
Асиметрія	-0.107	-0.597	-0.304	0.272	0.422
Станд. помилка асиметрії	0.295	0.295	0.295	0.295	0.295
Ексцес	0.0818	-0.429	-0.947	-0.377	-0.0135
Станд. помилка ексцесу	0.582	0.582	0.582	0.582	0.582
Шапиро-Уилк W	0.994	0.951	0.960	0.982	0.976
Шапиро-Уилк p	0.986	0.011	0.033	0.473	0.228

Додаток Д

Результати статистичного порівняння показників у групах чоловіків та жінок за параметричним t-критерієм Стьюдента

		Статистика	df (ступенів свободи)	p
SCS_Mean (2)	Стьюдент t	-0.431	64.0	0.668
HPLP_Mean (2)	Стьюдент t	2.151	64.0	0.035

Додаток Е

Результати перевірки відмінностей між чоловіками та жінками за рівнем тілесної усвідомленості (U-критерій Манна-Уїтні)

		Статистика	р
BPQ1_Mean (2)	Манн-Уїтні U	411	0.087

Додаток Ж

Матриця кореляцій між основними досліджуваними змінними
(коефіцієнт r-Пірсона)

		SCS_Mean	BPQ_Mean	BPQ1_Mean	BPQ2_Mean (2)	HPLP_Mean
SCS_Mean	r Пірсона	—				
	df (ступенів свободи)	—				
	p-значення	—				
BPQ_Mean	r Пірсона	-0.128	—			
	df (ступенів свободи)	64	—			
	p-значення	0.305	—			
BPQ1_Mean	r Пірсона	0.026	0.954	—		
	df (ступенів свободи)	64	64	—		
	p-значення	0.837	< .001	—		
BPQ2_Mean (2)	r Пірсона	-0.490	0.512	0.231	—	
	df (ступенів свободи)	64	64	64	—	
	p-значення	< .001	< .001	0.062	—	
HPLP_Mean	r Пірсона	0.532	0.208	0.313	-0.221	—
	df (ступенів свободи)	64	64	64	64	—
	p-значення	< .001	0.093	0.010	0.074	—

Додаток И

Матриця кореляцій досліджуваних змінних для групи жінок

		SCS_Mean	BPQ_Mean	BPQ1_Mean	BPQ2_Mean (2)	HPLP_Mean
SCS_Mean	г Пірсона	—				
	df (ступенів свободи)	—				
	р-значення	—				
BPQ_Mean	г Пірсона	-0.050	—			
	df (ступенів свободи)	31	—			
	р-значення	0.780	—			
BPQ1_Mean	г Пірсона	0.122	0.952	—		
	df (ступенів свободи)	31	31	—		
	р-значення	0.500	< .001	—		
BPQ2_Mean (2)	г Пірсона	-0.518	0.449	0.154	—	
	df (ступенів свободи)	31	31	31	—	
	р-значення	0.002	0.009	0.392	—	
HPLP_Mean	г Пірсона	0.504	0.329	0.424	-0.174	—
	df (ступенів свободи)	31	31	31	31	—
	р-значення	0.003	0.061	0.014	0.332	—

Додаток К

Матриця кореляцій досліджуваних змінних для групи чоловіків

		SCS_Mean	BPQ_Mean	BPQ1_Mean	BPQ2_Mean (2)	HPLP_Mean
SCS_Mean	г Пірсона	—				
	df (ступенів свободи)	—				
	р-значення	—				
BPQ_Mean	г Пірсона	-0.192	—			
	df (ступенів свободи)	31	—			
	р-значення	0.283	—			
BPQ1_Mean	г Пірсона	-0.054	0.955	—		
	df (ступенів свободи)	31	31	—		
	р-значення	0.765	< .001	—		
BPQ2_Mean (2)	г Пірсона	-0.465	0.590	0.323	—	
	df (ступенів свободи)	31	31	31	—	
	р-значення	0.006	< .001	0.067	—	
HPLP_Mean	г Пірсона	0.641	-0.004	0.102	-0.288	—
	df (ступенів свободи)	31	31	31	31	—
	р-значення	< .001	0.984	0.571	0.104	—

Додаток Л

Матриця кореляцій між субшкалами самоспівчуття та загальним показником профілю здорового способу життя

		HPLP_Mean
HPLP_Mean	г Пірсона	—
	df (ступенів свободи)	—
	р-значення	—
Самодоброta	г Пірсона	0.555
	df (ступенів свободи)	64
	р-значення	< .001
Загальна людяність	г Пірсона	0.301
	df (ступенів свободи)	64
	р-значення	0.014
Самокритика	г Пірсона	0.303
	df (ступенів свободи)	64
	р-значення	0.013
Ізоляція	г Пірсона	0.434
	df (ступенів свободи)	64
	р-значення	< .001
Усвідомленість	г Пірсона	0.414
	df (ступенів свободи)	64
	р-значення	< .001
Надмірна ідентифікація	г Пірсона	0.141
	df (ступенів свободи)	64
	р-значення	0.257

Додаток М

Матриця кореляцій між субшкалами самоспівчуття та загальним показником профілю здорового способу життя у групі жінок

		HPLP_Mean
HPLP_Mean	г Пірсона	—
	df (ступенів свободи)	—
	р-значення	—
Самодоброta	г Пірсона	0.594
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	< .001
Загальна людяність	г Пірсона	0.181
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.313
Самокритика	г Пірсона	0.277
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.119
Ізоляція	г Пірсона	0.448
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.009
Усвідомленість	г Пірсона	0.408
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.018
Надмірна ідентифікація	г Пірсона	0.125
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.488

Додаток Н

Матриця кореляцій між субшкалами самоспівчуття та загальним показником профілю здорового способу життя у групі чоловіків

		HPLP_Mean
HPLP_Mean	г Пірсона	—
	df (ступенів свободи)	—
	р-значення	—
Самодоброта	г Пірсона	0.479
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.005
Загальна людяність	г Пірсона	0.382
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.028
Самокритика	г Пірсона	0.408
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.019
Ізоляція	г Пірсона	0.610
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	< .001
Усвідомленість	г Пірсона	0.611
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	< .001
Надмірна ідентифікація	г Пірсона	0.331
	df (ступенів свободи)	31
	р-значення	0.060

Додаток П

Матриця кореляцій між окремими компонентами (субшкалами) самоспівчуття та сферами турботи про здоров'я

		Самодоброта	Загальна людяність	Самокритика	Ізоляція	Усвідомленість	Надмірна ідентифікація
Відповідальність за стан здоров'я	r Пірсона	0.367	0.095	0.313	0.285	0.115	0.060
	df (ступенів свободи)	64	64	64	64	64	64
	p-значення	0.002	0.450	0.010	0.020	0.356	0.633
Фізична активність	r Пірсона	0.295	0.112	0.128	0.221	0.218	0.056
	df (ступенів свободи)	64	64	64	64	64	64
	p-значення	0.016	0.369	0.304	0.074	0.078	0.654
Харчування	r Пірсона	0.125	-0.022	-0.066	0.122	0.053	-0.065
	df (ступенів свободи)	64	64	64	64	64	64
	p-значення	0.317	0.859	0.601	0.331	0.673	0.603
Духовний розвиток	r Пірсона	0.388	0.298	0.253	0.405	0.317	0.227
	df (ступенів свободи)	64	64	64	64	64	64
	p-значення	0.001	0.015	0.040	< .001	0.010	0.067
Міжособистісні стосунки	r Пірсона	0.505	0.357	0.314	0.355	0.374	0.082
	df (ступенів свободи)	64	64	64	64	64	64
	p-значення	< .001	0.003	0.010	0.003	0.002	0.511

Додаток Р

Результати множинного регресійного аналізу впливу самоспівчуття та тілесної усвідомленості на рівень турботи про здоров'я

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²	Скоригований R ²	Загальний Модельний тест			
				F	df1	df2	p
1	0.610	0.373	0.353	18.7	2	63	< .001

Примечание. Models estimated using sample size of N=66

Коефіцієнти моделі - HPLP_Mean (2)

Предиктор	Оцінити	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват	0.964	0.2467	3.91	< .001	
SCS_Mean	0.320	0.0609	5.25	< .001	0.524
BPQ1_Mean	0.129	0.0430	3.00	0.004	0.300

Додаток С

Розширена регресійна модель прогнозування профілю здорового способу життя (HPLP) з урахуванням психологічних чинників та фактору статі

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²	Скоригований R ²	Загальний Модельний тест			
				F	df1	df2	p
1	0,654	0,428	0,400	15,5	3	62	< .001

Примечание. Models estimated using sample size of N=66

Коефіцієнти моделі - HPLP_Mean

Предиктор	Оцінити	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	1.097	0.2435	4.50	< .001	
SCS_Mean	0.328	0.0587	5.59	< .001	0.538
BPQ1_Mean	0.109	0.0422	2.59	0.012	0.253
Стать:					
Чоловік – Жінка	-0.190	0.0777	-2.45	0.017	-0.477

^a Представляти опорний рівень

Додаток Т

Результати множинного регресійного аналізу впливу двох узагальнених факторів самоспівчуття (позитивного та негативного аспектів) на рівень турботи про здоров'я

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²	Скоригований R ²	Загальний Модельний тест			
				F	df1	df2	p
1	0.516	0.266	0.243	11.4	2	63	< .001

Примечание. Models estimated using sample size of N=66

Коефіцієнти моделі - HPLP_Mean

Предиктор	Оцінити	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват	1.4967	0.2175	6.88	< .001	
SCS+	0.2332	0.0617	3.78	< .001	0.453
SCS-	0.0597	0.0596	1.00	0.320	0.120

Додаток У

Результати множинного регресійного аналізу впливу шести окремих субшкал
самоспівчуття на рівень турботи про здоров'я

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²	Скоригований R ²	Загальний Модельний тест			
				F	df1	df2	p
1	0.645	0.416	0.357	7.01	6	59	< .001

Примечание. Models estimated using sample size of N=66

Коефіцієнти моделі - HPLP_Mean

Предиктор	Оцінити	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват	1.5001	0.2150	6.976	< .001	
Самодоброta	0.1550	0.0608	2.549	0.013	0.3662
Самокритика	-0.0449	0.0663	-0.678	0.500	-0.0948
Загальна людяність	0.0611	0.0476	1.283	0.205	0.1473
Ізоляція	0.1495	0.0506	2.952	0.005	0.4182
Усвідомленість	0.0505	0.0589	0.856	0.395	0.1162
Надмірна ідентифікація	-0.0943	0.0558	-1.689	0.097	-0.2274

Додаток Ф

Результати дослідження медіаційної ролі тілесної усвідомленості у взаємозв'язку між самоспівчуттям та турботою про здоров'я

Mediation Estimates

Effect	Estimate	SE	95% Confidence Interval		Z	p
			Lower	Upper		
Indirect	0.00473	0.0266	-0.0439	0.0619	0.178	0.859
Direct	0.31974	0.0455	0.2267	0.4081	7.033	< .001
Total	0.32447	0.0530	0.2161	0.4217	6.127	< .001