

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КАЗАКОВ СТАНІСЛАВ СЕРГІЙОВИЧ

УДК 159.947.5::616-084+616-056.3

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО
РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 053 – Психологія
Галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Станіслав КАЗАКОВ

Науковий керівник: Кудріна Тетяна Семенівна, кандидат психологічних наук, доцент

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Казаков С. С. Психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (05 – Соціальні та поведінкові науки). – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, 2025.

У дисертації висвітлено результати комплексного дослідження психічних явищ, що визначають міру інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я. Представлена робота спрямована на вирішення проблеми відтермінування діяльності щодо лікування, діагностики та профілактики хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Актуальність дослідження визначається підвищенням залученості особистості до самостійної турботи про здоров'я в умовах послідовного зростання навантаження на галузь охорони здоров'я унаслідок пандемії та викликів воєнного часу. Метою роботи окреслено визначення психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я.

На етапі теоретичного дослідження виконано наративний та бібліометричний огляди. За результатами огляду прояснено сукупність термінів, що лежать в межах визначеного тематичного поля «здоров'я». Висвітлено дефініції та перетини таких понять: поведінка, пов'язана зі здоров'ям (health-related behaviour), турбота про здоров'я (health-behaviour, health-directed behaviour, health-seeking), здоровий спосіб життя (lifestyle, wellness), звернення по допомогу (help-seeking), комплаєнс (compliance), адгеренс (adherence), конкордантність (concordance), ставлення до здоров'я (health attitudes), грамотність щодо здоров'я (health literacy), локус контролю здоров'я (health locus of control), переконання щодо здоров'я (health beliefs), сприйняття хвороби (illness perception) та ін. Розмежовано інституційний та особистісний рівні у дослідженні здоров'я, окреслено значущість діяльнісного рівня для подолання проблеми відтермінування

турботи про здоров'я. Розрізнення понять слугувало основою для змістовної операціоналізації.

Представлено результати бібліометричного огляду публікацій, що використано у цьому дослідницькому напрямі вперше. Загалом опрацьовано 5055 джерел, з-поміж яких до кінцевого аналізу включено 3782. За результатами визначено, що превенція, промоція, а також ставлення до здоров'я і здоровий спосіб життя – є наріжними темами у дослідницькому спрямуванні з різною мірою продуктивності. З огляду на зростання представленості робіт за темою відтермінування турботи про здоров'я, підтверджено доцільність вибору предмета дослідження. Найбільш поширеною серед впливових публікацій було визначено модель процесуального підходу турботи про здоров'я (The Health Action Processing Approach, ППТЗ), яку було використано у якості концептуальної моделі емпіричного дослідження.

Крім того, за результатами наративного огляду окреслено ключові віхи розвитку теоретичних підходів психології здоров'я щодо турботи про здоров'я та прояснено тенденції аналізу турботи про здоров'я як форми діяльності. Також наведено наріжні моделі, якими послуговуються для опису інтенційно-поведінкового розриву у галузі, зокрема: модель переконань щодо здоров'я (The Health Beliefs Model, МПЗ), теорія запланованої поведінки (The Theory of Planned Behaviour, ТПП), багаторівневий підхід до керування дією (Multi-process Action Control Approach, БПКД) та ППТЗ.

Сформовано операційну модель та дизайн дослідження, що передбачали проведення двох послідовних етапів: пошукового якісного дослідження, що спрямоване на визначення потенційних чинників відтермінування, а також узгодження теоретичної моделі з досвідом досліджуваної популяції; і пояснювального кількісного дослідження, що виконане задля визначення психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву у ході моделювання.

Експлораторний етап представлено трьома якісними дослідженнями, що надали можливість виокремити потенційні чинники та конкретизувати індивідуальний досвід осіб з популяції. За результатами аналізу матеріалів інтерв'ю клінічної та неклінічної вибірок, обсягом 55 та 51 респондент, відповідно, визначено, що важливими сприйнятими психологічними чинниками турботи про здоров'я були екзистенційний досвід та ставлення до медицини. Тобто провідні чинники були дистальними, віддаленими від операційного етапу інтенційно-поведінкового розриву та визначали неспроможність своєчасної турботи про здоров'я поза контекстом безпосереднього втілення наміру. Згідно з висновками, отриманими за результатами аналізу стенограм інтерв'ю 24 військовослужбовців, сприйнятим чинником розриву була недовіра до інституту охорони здоров'я, що є складником досвіду інституційної зради. Насамкінець, було проведено внутрішнє дослідження випадку (*intrinsic case study*) прихильності до альтернативної та комплементарної медицини як форми відтермінування турботи про здоров'я. Залучені 12 осіб літнього віку, повідомляли про такі чинники, як сприймана загроза від інституту охорони здоров'я, потреба самостійності у турботі про здоров'я та поясненні хвороби, а також переживання соціальної залученості у самолікуванні за допомогою альтернативної та комплементарної медицини.

Завершальний експланаторний етап втілено, послуговуючись методами психологічного опитування та анкетування 512 осіб, залучених методами зручної вибірки та снігової кулі. Цей етап спрямовано на розробку пояснювальної моделі психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я. Крім того, на цьому етапі було виконано психометричну адаптацію для використання в українському соціально-психологічному середовищі таких психодіагностичних інструментів: Шкала турботи про здоров'я, Шкала прокрастинації звернення по медичну допомогу, Короткий опитувальник ставлення до хвороби та Індекс медичної недовіри. Послуговуючись моделюванням структурними рівняннями було оцінено внесок у схильність до

відтермінування таких чинників, як екзистенційна тривога, рівень медичної недовіри, локус контролю здоров'я, дистрес, зумовлений хворобою та рівень суб'єктивного благополуччя щодо стосунків. За результатами пошукового дослідження психологічними чинниками ітенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я визначено екзистенційну тривогу та страх смерті, медичну недовіру та локус контролю здоров'я.

Наведені чинники розриву визначено віддаленими, тобто такими що не зумовлюють розрив безпосередньо на момент потенційної реалізації дії. Розкрито сутність неузгодженості рефлексивних та рефлексивних процесів щодо турботи про здоров'я як основи ірраціонального розриву, за якого усвідомлювана потреба турботи про здоров'я формується, проте реалізація наміру в дію унеможлиблюється афективним сприйняттям негативних наслідків цієї дії. У цьому контексті переживання екзистенційної тривоги та страху смерті, як висвітлено у результатах якісних досліджень, актуалізуються у ході звернення по медичну допомогу. Напруга, що формується, підвищує рівень медичної недовіри, а слабкий локус контролю здоров'я не спроможний компенсувати процес реалізації наміру. Таким чином ці переживання на рефлексивному рівні обмежують втілення дії.

Згідно з висвітленою у роботі моделлю, доцільно припустити, що ефективність втручання, орієнтованого на мінімізацію впливу віддалених чинників – екзистенційної тривоги, медичної недовіри, локусу контролю здоров'я – може слугувати основою для вирішення кризи розриву. Водночас, актуальною лишається проблема безпосередньої оцінки ефективності. Власне, провідним обмеженням дисертаційного дослідження передусім є крос-секційний дизайн, що унеможлиблює оцінку дієвості подібних інтервенцій, спрямованих на подолання ітенційно-поведінкового розриву.

Прогностичний характер наведених результатів накладає відповідне обмеження на можливість втілення висновків, з огляду на ймовірнісний зміст пояснювальної моделі. Крім того, до кінцевої моделі не включено

змінну грамотності щодо здоров'я, з огляду на суттєве ускладнення концептуальної моделі за умови повного охоплення конструктів нижчого порядку грамотності. Виключення вказаної змінної, ймовірно, знизило міру поясненої варіативності прогностичною моделлю.

Ключові слова: здоров'я; психічне здоров'я; промоція здоров'я; психічний стан; вітальність; соматичні захворювання; особиста відповідь на хворобу; локус контролю; локус контролю здоров'я; багатовимірний локус контролю здоров'я; прокрастинація; мотиви; структурні компоненти; війна; глибинні інтерв'ю.

ABSTRACT

Kazakov S. S. Psychological predictors of the health-related intention-behaviour gap. – Manuscript.

Thesis for a Philosophy Doctor Degree in Psychology: Specialty 053 «Psychology» (05 – Social and behavioural sciences). – Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, 2025.

The thesis presents the results of a comprehensive study of mental phenomena impacting the degree of the health-related intention-behaviour gap. The research addresses the issue of delaying actions related to treatment, diagnosis, and prevention of diseases and other health-related issues. The study's relevance is underscored by the risks posed to public health amid a consistently increasing burden on the healthcare sector due to the pandemic and wartime challenges. The primary objective of the study is to identify the psychological predictors of the health-related intention-behaviour gap.

During the theoretical research phase, a narrative and bibliometric review was conducted. The findings clarify a set of terms within the thematic field of “health.” Definitions and intersections of the following concepts are highlighted: health-related behaviour, health behaviour, health-directed behaviour, health-seeking, lifestyle, wellness, help-seeking, compliance, adherence, concordance, health attitudes, health literacy, health locus of control, health beliefs, illness perception, and others. The study distinguishes between institutional and personal levels in health research and emphasizes the significance of activity [diialnisnyi] level in addressing health-related procrastination. This conceptual framework provided a solid foundation for meaningful operationalization within the research.

The results of a bibliometric review, conducted for the first time in this research area, are presented. A total of 5,055 sources were processed, of which 3,782 were included in the final analysis. The findings identified that prevention, promotion, as well as attitudes toward health and a healthy lifestyle, are key topics within this research area, albeit with varying degrees of productivity. The

increasing focus on the topic of health-related postponing confirmed the appropriateness of the chosen research subject.

Among the impactful papers, the Health Action Processing Approach (HAPA) emerged as the most widely applied conceptual framework for empirical studies. Additionally, the narrative review highlighted key milestones in the development of theoretical approaches in health psychology, specifically regarding health behaviour, and clarified trends in analysing health behaviour as a form of activity [diialnist]. Key models used to describe the intention-behaviour gap in this field were also identified, specifically the Health Belief Model (HBM), the Theory of Planned Behaviour (TPB), the Multi-Process Action Control Approach (M-PAC) and the HAPA.

An operational model and research design were developed, comprising two consecutive stages: an exploratory qualitative study aimed at identifying potential factors contributing to procrastination and harmonizing the theoretical model with the lived experiences of the studied population, and an explanatory quantitative study designed to identify psychological factors influencing the intention-behavior gap during the modeling process.

The exploratory stage included three qualitative studies that identified potential factors and provided insights into the individual experiences of participants. Analysis of interview materials from clinical and non-clinical samples, consisting of 55 and 51 respondents respectively, revealed that critical perceived psychological factors in health care included existential experiences and attitudes toward medicine. These factors were categorized as distal, meaning they influenced the intention-behavior gap indirectly and hindered timely health care outside the immediate context of action implementation. From interview transcripts of 24 servicemen, the perceived factor contributing to the gap was identified as distrust of the health care institution, stemming from experiences of institutional betrayal. Furthermore, an intrinsic case study of adherence to alternative and complementary medicine as a form of postponing health care was conducted. Twelve elderly participants reported factors such as perceived threats from health care institutions, the desire for independence in managing

health care and understanding illness, and social involvement in self-treatment using alternative and complementary medicine.

The explanatory stage involved psychological interviewing and questionnaire methods applied to 512 participants recruited via convenience and snowball sampling. This stage aimed to develop an explanatory model of the psychological factors influencing the intentional-behavioral gap in health care. During this phase, psychometric adaptations were made for use in the Ukrainian socio-psychological context, including the Health Care Scale, Procrastination Scale for Seeking Medical Care, Short Questionnaire on Attitudes to Illness, and Medical Mistrust Index. Using structural equation modeling, factors contributing to the propensity for postponement were assessed, including existential anxiety, medical mistrust, health locus of control, distress due to illness, and subjective well-being in relationships. The exploratory study identified existential anxiety, fear of death, medical mistrust, and health locus of control as key psychological factors influencing the intentional-behavior gap in health care.

These gap factors were characterized as distal, meaning they do not directly cause a gap at the moment of potential action implementation. The inconsistency between reflective and reflexive processes in health care is revealed as the basis of this irrational gap. While the perceived need for health care is recognized, the implementation of intention is obstructed by affective perceptions of the potential negative consequences of action. Experiences of existential anxiety and fear of death, as identified in qualitative research, were found to intensify during the process of seeking medical care. The resulting tension elevates levels of medical mistrust, while a weak health locus of control fails to compensate for the inability to realize the intention to act. Thus, these experiences at the reflexive level constrain the implementation of action. According to the model proposed in this work, it is reasonable to assume that interventions aimed at minimizing the impact of distal factors—such as existential anxiety, medical mistrust, and health locus of control—can provide a

foundation for addressing the gap crisis. However, the direct assessment of intervention effectiveness remains a significant challenge.

A primary limitation of the dissertation is its cross-sectional design, which prevents the evaluation of the long-term effectiveness of interventions designed to overcome the intention-behavior gap. The predictive nature of the presented findings further restricts the practical implementation of conclusions, given the probabilistic structure of the explanatory model. Additionally, the health literacy variable was excluded from the final model to avoid overcomplicating the conceptual framework, as lower-order literacy constructs were already comprehensively addressed. While this exclusion streamlined the model, it likely reduced the amount of variance explained by the predictive framework.

Keywords: health; mental health; health promotion; mental state vitality; somatic diseases; personal response to disease; locus of control; health locus of control; multidimensional health locus of control; procrastination; motives; structural components; war; in-depth interviews.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, які відображають основні наукові результати дисертації:

1. Казаков, С. С. (2023). Екзистенційні чинники прокрастинації турботи про здоров'я: Експлораторне дослідження. *Габітус*, (49), 204–210. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.35>
2. Казаков, С. С. (2024). Тренди досліджень турботи про здоров'я: Бібліометричний аналіз. *Габітус*, (58), 257–266. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.58.43>
3. Казаков, С. С. & Грицай, Д. В. (2024). Чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я військовослужбовців: Експлораторне дослідження. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*, (1(2023)), 61–68. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.11>

Праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Казаков, С. С. (2023). Health procrastination and the search for meaning: exploring the existential roots of health behavior. У І. В. Данилюк & С. Ю. Пащенко. (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження* (с. 284–287). Ліра-К. [https://doi.org/15.15832/PPMSRPR.2023.20\(21\)](https://doi.org/15.15832/PPMSRPR.2023.20(21))
2. Казаков, С. С. & Мокроусова, А. А. (2023). Перетин досвіду воєнної травми та інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я комбатантів десантно-штурмових військ. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* (с. 62–67). КНУ імені Тараса Шевченка.
3. Казаков, С. С. & Яценко, Н. В. (2023). Health neuroscience: Культура інтенційно-поведінкового розриву. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Мозок, Культура, Особистість* (с. 43–46). КНУ імені Тараса Шевченка. <https://shorturl.at/ikI89>
4. Казаков, С. С. (2023). Засади центрованої на особистості терапії у подоланні інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я. У Л. Ф.

Крупельницька та ін. (Ред.), *Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування* (с. 71–74). Університетська книга. <https://doi.org/10.32782/978-617-521-049-9>

5. Казаков, С. С. (2023). Концептуалізація інтенційно-поведінкового розриву в терапевтичному процесі. У К. Г. Малишева (Ред.), *Регістри стосунків 2023: Життя всупереч – далі буде* (с. 63–69). УСП. <https://shorturl.at/fBFP9>

6. Казаков, С. С. (2024). Mental health behaviour, not literacy: A person-centered client case study. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи* (с. 103–105). ЦП “КОМПРИНТ”.

Оприлюднені дані використані у дисертаційному дослідженні:

1. Казаков, С. С. (2024). *Тренди досліджень турботи про здоров'я: Бібліометричний аналіз* [Набір даних]. OSF. <https://doi.org/10.17605/osf.io/h4yf8>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	14
ВСТУП	15
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ІНТЕНЦІЙНО- ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я	25
1.1. Поведінка, пов'язана зі здоров'ям: огляд визначень та категорій	25
1.2. Турбота про здоров'я як предмет психологічного вивчення	39
1.3. Аналітичний огляд сучасних підходів до вивчення турботи про здоров'я	47
1.4. Сучасні підходи до вивчення психологічних чинників інтенційно- поведінкового розриву турботи про здоров'я	55
Висновки до першого розділу	73
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я..	76
2.1. Операціональна модель та дизайн дослідження	76
2.2. Психометричні показники реалізованих україномовних адаптацій діагностичних інструментів	93
Висновки до другого розділу	103
РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я..	105
3.1. Експлораторний етап дослідження чинників інтенційно- поведінкового розриву	105
3.2. Експланаторний етап дослідження чинників інтенційно- поведінкового розриву	146
3.3. Зміст та психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я	155
Висновки до третього розділу	170
ВИСНОВКИ	172
ДОДАТКИ	196

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ППТЗ – процесуальний підхід турботи про здоров'я (the health action process approach, HAPA)
- ТПП – теорія планованої поведінки (the theory of planned behaviour, TPB)
- БПКД – багаторівневий підхід до керування дією (the multi-process action control approach, M-PAC)
- КАМ – комплементарна та альтернативна медицина (complementary and alternative medicine, CAM)
- КМ – конвенційна медицина (conventional medicine, CM)
- КФА – конфірмаційний факторний аналіз (confirmatory factor analysis, CFA)
- КМО – критерій Кайзера-Майєра-Олкіна (Kaiser-Meyer-Olkin test, КМО)
- вмПФК – вентромедіальна префронтальна кора (ventromedial prefrontal cortex, vmPFC)

ВСТУП

Актуальність проблеми. Наступність епідемії COVID-19 та повномасштабних бойових дій на території України формує обтяжливий контекст для забезпечення соціальної захищеності особистості, зокрема, у галузі охорони здоров'я (Varnalii et al., 2022). Концепція соціальної безпеки людини на противагу реалістичним підходам постулює необхідність звернення до власне психологічних чинників досліджуваних явищ, підтверджуючи доцільність представленої епістемологічної перспективи щодо категорії здоров'я (Nana, 2017, Malik et al., 2021).

Водночас результати низки дослідницьких зрізів підтверджують актуальність проблеми відтермінування турботи про здоров'я, що міститься у вимірі суб'єктності (Goyal et al., 2021; Goldberg et al., 2019; Mahl et al., 2020). Вона характерна для українських реалій. Останнє підтверджено дослідженням Морозової-Ларіної та ін. (Morozova-Larina et al., 2018). Відповідно, хоча загрозовою є міра фізичного дистанціювання особистості від ресурсів підтримки належного рівня здоров'я, що зумовлена діяльністю окупаційних військ (Leon et al., 2022); в той же час цей процес ускладнюється психологічним, за своєю природою, відстороненням суб'єкта у зв'язку з інтенційно-поведінковим розривом турботи про здоров'я. Зокрема, результативність інтервенцій фахівців галузі охорони здоров'я визначається психологічною готовністю суспільства до реалізації необхідних дій, мірою «суспільного комплаєнсу» – загального позитивного погляду на медицину та своєчасного звернення до фахівців означеної галузі. В умовах доступності медичних послуг, зберігається внутрішнє обмеження щодо їх використання. Натомість в контексті сучасних реалій, розрив збільшується, з огляду на констеляцію зовнішніх та внутрішніх чинників, унеможливаючи діяльнісну допомогу фахівцями галузі та знижуючи рівень соціальної захищеності громадян.

Наразі погіршення загального стану здоров'я населення вже визначено одним із пріоритетів суспільного розвитку (Fortune et al., 2018).

Водночас немає чіткої відповіді щодо способів розв'язання проблеми відтермінування. Тобто втрачається один зі складників здоров'я особистості – агентність у турботі про себе. І, зрештою, бракує дієвого інструменту для відновлення повноти функціональності.

Поняття *інтенційно-поведінкового розриву* є наріжним каменем на даному етапі розвитку психології здоров'я, що висвітлено у численних публікаціях Сіруа та ін. (Sirois et al., 2004, 2010, 2022). Постульоване як невдача в досягненні наміру щодо поведінкового акту, слугує конструкцією, що прояснює неспроможність агента ефективно піклуватися про власне здоров'я. Варто зауважити, що деталізуючи категорію розриву, термін *прокрастинація турботи про здоров'я* розуміємо як узагальнюючий маркер даної проблеми, що включає суміжні явища, які не відповідають критеріям прокрастинації (пасивна прокрастинація, дезадаптивні переконання та ін.).

Представленість зазначеної категорії в актуальних публікаціях, зокрема, підтверджує тенденцію втілення психосоціальної концептуалізації в медичній практиці, а також релевантність дискурсу сучасному контекстові. Водночас зберігається дискретний підхід: домінує висвітлення окремих аспектів дезадаптивної турботи про здоров'я чи ставлення до здоров'я, що мають спеціальну спрямованість та орієнтовані на вирішення контекстуальних запитів (відтермінування стоматологічного обстеження, прокрастинація хіміотерапії та ін.). Відповідно, обмеженою є перспектива формування стратегій імплементації знахідок, з огляду на відсутність змістовної пояснювальної моделі системи зв'язків, що висвітлюються окремо. Власне внутрішні чинники суміжних до розриву конструкцій висвітлено у роботах Фіг та ін. (Feig et al., 2020), Меттсона та ін. (Mattson et al., 2023) та Нтуманіс та ін. (Ntoumanis et al., 2021); у свою чергу зовнішні фактори конкретизовано у працях Майкелсена та Еша (Michaelsen & Esch, 2023), Річардсона та ін. (Richardson et al., 2022).

Дослідження власне української наукової спільноти в напрямі психології здоров'я втілено переважно в педагогічному (Harashchenko et

al., 2021; Kabatska, & Shuba, 2023) та психолого-педагогічному підходах (Rogowska et al., 2020; Tekliuk et al., 2019). Турбота про здоров'я та відповідні переконання щодо здоров'я розглядаються як необхідний складник ціннісного розвитку особистості. Поряд із тим, поступово розвивається соціально-педагогічний дискурс цінності здоров'я (Danylenko et al., 2020; Kryvchun et al., 2018; Peresyphkina, 2020). Психологічні розвідки українських дослідників також мають описовий характер та надають ширший контекст для диференційованого пізнання психологічних чинників ставлення до здоров'я (Hrubá, & Tanklevska, 2019; Merkulova et al., 2021). Вектор розвитку українського дослідницького процесу засвідчує змістовність глибинного аналізу розриву поза операційним етапом. Проте переважання описового характеру та відсутність системотворчого підходу обумовлюють зазначений дискурс. Суттєвими є обмеження щодо узагальнення їх результатів, зважаючи на відсутність єдиної концептуальної рамки, що гарантує узгодження отриманих висновків. Відповідно, у даному проблемному полі невирішеними лишаються наступні суперечності:

- оскільки кількісно переважають дослідження фізичної активності та взаємодії у ході лікувально-реабілітаційних заходів, недостатньо висвітлений операційний етап – звернення по медичну допомогу та обмеження, що унеможливають чи роблять це звернення несвоєчасним;

- категорії відтермінування та прокрастинації мають характерне представлення у галузі досліджень академічної діяльності, проте їх втілення щодо охорони здоров'я та турботи про здоров'я не виконано повною мірою;

- турбота про здоров'я розглядається переважно через окрему її форму з метою вирішення конкретних прикладних задач, як-от: лікування окремого захворювання, превенція поширених інфекційних захворювань чи фізичний розвиток особистості; натомість бракує загальних описових моделей щодо системи турботи про здоров'я;

– водночас, відсутність термінологічної та теоретичної єдності сприяє розробці численних аналітичних утворень, що часто мають відповідні суперечності, з огляду на обмеження їх розробки;

– ірраціональна модель прокрастинації турботи про здоров'я нівелює внесок інших форм відтермінування, зокрема, втрачається фокус з пасивної прокрастинації та ефективності інтервенцій щодо ставлення;

– випробування моделей здебільшого орієнтовано на висвітлення ізольованих чинників, внесок яких може бути несуттєвим у ширшому контексті психологічної зумовленості відтермінування дій орієнтованих на піклування про здоров'я особистості.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана в межах наукового напрямку досліджень кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка за темою «Психологічні виміри якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у контексті сучасних викликів» (протокол No 5 від 21.11.2019 року. Тему затверджено на засіданні Вченої ради факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол No 6 від 25.11.2021 року). Зміни спрямовані на конкретизацію теми внесено на засіданні кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол No 7 від 23.12.2024 року).

Об'єкт дослідження: турбота про здоров'я.

Предмет дослідження: психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я.

Мета дослідження – визначити психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я та побудувати їх прогностичну модель.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні моделі турботи про здоров'я, що слугують для опису феномену інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я.

2. Встановити сприймані чинники розриву турботи про здоров'я окремих груп населення України.

3. Адаптувати до використання в українському контексті низку психодіагностичних інструментів, спрямованих на вимірювання поведінки, пов'язаної зі здоров'ям та ставлення до здоров'я.

4. Визначити психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву, проаналізувати зв'язки між ними.

5. Виявити характер впливу екзистенційного досвіду та ставлення до здоров'я на інтенційно-поведінковий розрив турботи про здоров'я.

Гіпотеза дослідження: екзистенційна тривога та негативне ставлення до медицини посилюють інтенційно-поведінковий розрив турботи про здоров'я.

Теоретико-методологічна основа дослідження: ідеї моделі користування послугами охорони здоров'я Андерсена (Andersen, 1995), яка вирізняє психологічні якості як одну із засад формування турботи про здоров'я; концептуальна основа вимірювання звернення по медичну допомогу (Rickwood & Thomas, 2012), що постулює проблему звернення за професійною допомогою як мірило активної турботи про здоров'я; ідея різномірності прокрастинації Сіроа (Sirois, 2007; 2014), зокрема, вирізнення прокрастинації турботи про здоров'я та її окремої форми – інтенційно-поведінкового розриву; процесуальний підхід турботи про здоров'я (Health Action Process Approach, НАРА), що змістовно описує вплив ставлення до здоров'я та суміжних чинників на реалізацію наміру у діяльності (Schwarzer, 1992). Крім того, важливим було проаналізувати сутність зв'язку між розривом та чинниками, що стало можливим завдяки використанню ідей багаторівневого підходу керування дією (The Multi-Process Action Control, БПКД), що постулює проблему узгодженості експліцитних та імпліцитних сприйманих результатів турботи про здоров'я

(Rhodes, 2017), а також процесуальним розрізненням переконань Сейц та Ейнджел (Seitz & Angel, 2020).

Методи дослідження:

Теоретичні: аналітичний огляд джерел, узагальнення та систематизація результатів попередніх досліджень, бібліометричний аналіз та бібліографічна візуалізація.

Емпіричні: напівструктуроване інтерв'ю, глибинне інтерв'ю, контент-аналіз, тематичний та мережевий аналіз та анкетування.

Математико-статистичної обробки: омега Макдональда (McDonalds), альфа Кронбаха (Chronbach) та лямбда-6 Гутмана (Guttman) для оцінки внутрішньої узгодженості шкал; витягнута середня дисперсія для визначення конвергентної валідності шкал; індекси композитної надійності для підтвердження стабільності вимірювань; критерій Кайзера-Майєра-Олкіна (Kaiser-Meyer-Olkin) для оцінки адекватності вибірки; кореляційний аналіз за критерієм Пірсона (Pearson) для виявлення взаємозв'язків між змінними; конфірматорний факторний аналіз (КФА) для перевірки відповідності моделі та даних із використанням типових індексів відповідності (порівняльний індекс відповідності, індекс Такера-Льюїса (Tucker-Lewis), середньоквадратична помилка наближення); контент-аналіз для підрахунку співвідношення тем та синтагмів; косинусна відстань та дивергенція для визначення оптимальної кількості тем; латентне концептуальне моделювання із застосуванням латентного розподілу Діріхле (Dirichlet) для розподілу тем за інтерв'ю; t-розподілене стохастичне вбудовування сусідів для визначення широких тем; моделювання структурними рівняннями для формування моделі психологічних чинників розриву; тесту випадкової втрати Літтла (Little) для оцінки шаблонів відсутніх даних.

Програмне забезпечення: RStudio версії 2024.12.0+467, biblioshiny 4.3.0, Numbers версії 14.2 (7041.0.109), abstrackR Beta версія для macOS Sequoia версії 15.2.

Організація дослідження та емпірична база. Загалом дисертаційне дослідження виконано послуговуючись пошуковим та пояснювальним дизайном у два послідовні етапи. Виконано 3 пошукових якісних дослідження та 1 пояснювальне кількісне, із сукупною вибіркою 847 осіб, з-поміж яких:

– 106 мешканців м. Гребінка (Полтавська обл.), а саме 51 осіб неклінічної вибірки та 55 осіб клінічної вибірки з пацієнтів стаціонарних відділень Гребінківської центральної районної лікарні;

– 12 резиденток літнього віку с. Селещина (Полтавська обл.);

– 217 військовослужбовців, що проходили стаціонарне лікування на базі Київського обласного центру ментального здоров'я (м. Ворзель, Київська обл.), з-поміж яких 24 долучились до глибинних інтерв'ю.

– 512 осіб, що залучені, послуговуючись інтернет-ресурсами, до завершального опитування.

Підбір респондентів реалізовано послуговуючись цифровими формами опитувальників серед тематичних груп користувачів соціальної мережі Facebook, а також за допомогою очних зустрічей.

Наукова новизна представленої праці полягає у тому, що:

Уперше:

– *Розроблено* операціональну модель дослідження психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я;

– *виокремлено* три типи відтермінування турботи про здоров'я за кінцевою метою відповідної діяльності: прокрастинація лікування, діагностики та профілактики;

– *визначено* сприймані чинники відтермінування турботи про здоров'я серед українського населення з різною мірою доступу до медичних послуг та військовослужбовців;

– *виконано адаптацію* таких методик: Шкала турботи про здоров'я, Шкала прокрастинації звернення по медичну допомогу, Короткий опитувальник ставлення до хвороби та Індекс медичної недовіри;

– визначено психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я, а саме: рівень медичної недовіри, екзистенційна тривога та екзистенційний страх смерті, локус контролю здоров'я, дистрес, зумовлений хворобою, та рівень суб'єктивного благополуччя щодо стосунків.

Удосконалено та поглиблено:

– наукові уявлення про інтенційно-поведінковий розрив як психологічне явище, що обмежує самоефективність особистості у турботі про здоров'я, яке раніше розглядалося переважно у поведінкових дослідженнях превентивного спрямування;

– зміст та структуру поведінкового та діяльнісного рівнів у психології здоров'я, а саме аспекту агентності особистості у турботі про власне здоров'я, на противагу інституційному впливові.

Дістали подальшого розвитку:

– підходи до опису поведінки пов'язаної зі здоров'ям, а саме процесуальний підхід турботи про здоров'я та багаторівневий підхід керування дією. Підтверджено можливість та доцільність їх інтеграції з метою розширення концептуальної рамки турботи про здоров'я;

– психометричні дослідження щодо адаптації психодіагностичних інструментів для використання в українському середовищі низки авторів, а саме: Данилюка та ін. (2024a; 2024b), Яценка та ін. (2024), Стаднік та Мельник (2023), Карамушки та ін. (2022), Кучини (2020);

– психометричні розробки у галузі психодіагностики феноменів пов'язаних зі здоров'ям Сойлер та ін. (Söyler et al., 2022), Кірач та Озтрюк (Kıraç & Öztürk, 2021), Броудбент та ін. (Broadbent et al., 2006), ЛаВіст та ін. (LaVeist et al., 2003);

– узагальнення ідеї класифікації наукових підходів до категорії “здоров'язбереження” запропоноване Мединським та Карвацькою (2019).

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що запропоновані результати сприяють розширенню можливостей аналізу поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, через інтеграцію моделей опису

розриву, що поєднують мотиваційний та поведінковий аспекти. Теоретична модель, що враховує ключові психологічні чинники розриву між наміром та дією у турботі про здоров'я – такі як екзистенційна тривога, переконання щодо здоров'я та сприймані негативні наслідки – може використовуватися для планування змін заснованих на доказах у галузі охорони здоров'я, а саме щодо громадського здоров'я.

Зокрема, результати дослідження можуть бути використані:

- у психологічному супроводі та консультуванні клієнтів з питань турботи про здоров'я; у напрямі первинної та вторинної профілактики;
- у розробці інтервенцій для зменшення рівня прокрастинації у турботі про здоров'я;
- у розробці державних програм з охорони здоров'я для зниження рівня звернень, що відкладаються, через поліпшення комунікації між медичними установами та населенням;
- у освітньому процесі при викладанні дисциплін, таких як “Психологія здоров'я”, “Клінічна психологія”, “Міжпрофесійна взаємодія у галузі охорони здоров'я” та “Психологічна експертиза в роботі клінічного психолога”.

Крім того, практичну цінність мають адаптації психодіагностичних інструментів для використання на українській популяції: *Шкали турботи про здоров'я*, *Шкали прокрастинації звернення по медичну допомогу*, *Короткого опитувальника ставлення до хвороби* та *Індексу медичної недовіри*.

Апробація результатів дослідження та публікації. Основні результати дисертаційного дослідження узагальнено й представлено у 10 наукових публікаціях, серед яких 3 статті опубліковані у наукових фахових виданнях України категорії Б; 6 публікацій у матеріалах конференцій та 1 набір даних, опублікований у відповідному репозиторії. Також результати дослідження представлено у доповідях на відповідних науково-практичних конференціях: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю “Актуальні проблеми клінічної психології,

психотерапії та психологічного консультування” (Кафедра психодіагностики та клінічної психології КНУ імені Тараса Шевченка, Київ) та Всеукраїнська конференція “*Регістри стосунків 2023: Життя всупереч – далі буде*” (Секція центрованої на особистості терапії УСП, Київ).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження є самостійною науковою працею автора. Висновки та рекомендації, зокрема ті, що визначають наукову новизну роботи, отримано автором особисто. У друкованих працях, опублікованих у співавторстві ідеї та принципи, що використані в дисертаційному дослідженні, є результатом індивідуальної праці автора, а саме: у статті «Чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я військовослужбовців: Експлораторне дослідження» написаних у співавторстві з Грицай Д., особистим внеском Казакова С. є концептуалізація, розробка методології (100%), написання оригінальної чернетки (85%), збір даних (45%), аналіз та інтерпретація результатів дослідження (85%).

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 168 найменувань (з них 160 – іноземною мовою) та додатків. Загальний обсяг роботи – 204 сторінок, основний зміст роботи викладено на 160 сторінках. Дисертація містить 11 таблиць, 32 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

Міждисциплінарний напрям досліджень здоров'я (health research) охоплює значний спектр предметних галузей. Ця складність вимагає формування надійної теоретичної основи для підтримки емпіричного дослідження. Робайна Кастільйо (Robaina Castillo, 2022) акцентує на необхідності попереднього визначення окремої ніші дослідження у проблемному полі здоров'я. Тож, необхідно окреслити ключові тенденції та ймовірні траєкторії наукового пошуку. У представленій роботі ми прагнули звужити фокус дослідження та розглядати *турботу про здоров'я* власне як психологічну категорію, відповідно звертаючись до галузі психології здоров'я як першоджерела. Проте, навіть у межах визначеного напрямку публікації мають характерні розбіжності, що, на думку Амбуель та Інаєн (Ambuehl & Inauen, 2022), зумовлено контекстуальністю пізнання у клінічному спрямуванні.

Відповідно, метою цього розділу дисертації є окреслення інтелектуальної структури дослідницького напрямку, визначення прогалін щодо досліджуваного об'єкту та формулювання дослідницьких запитань. Першим етапом теоретичного дослідження визначено наративний огляд психологічних досліджень здоров'я (narrative review), що спрямовано на визначення основних дефініцій та огляд актуальних моделей. Послідовним етапом є бібліометричний аналіз досліджень поведінки, пов'язаної зі здоров'ям та турботи про здоров'я (bibliometric analysis). Заключним етапом слугує огляд публікацій щодо чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я (scoping review) та визначення концептуальної основи дослідження (conceptual framework).

1.1. Поведінка, пов'язана зі здоров'ям: огляд визначень та категорій

Критична роль попередження хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у забезпеченні громадського здоров'я (public health), сприяла

стрімкому розвитку галузі психології здоров'я. Ця тенденція відображає значний зсув до опису зазначеної категорії крізь біопсихосоціальну призму (Engel, 1996). Проте відсутність узгодженої системи термінів індексування, визначених дефініцій та низька кількість оглядових робіт зумовлює накопичення різнорідних знань окремих галузей щодо спільної досліджуваної реальності здоров'я. Зокрема, парасольковий термін *турбота про здоров'я* включає низку явищ, що належать до міждисциплінарного поля досліджень здоров'я (health research), проте він не має чіткої дефініції та не використовується як самостійний термін індексування у наукометричних базах даних. Натомість, серед українських фахівців поняття є розповсюдженим. Значна кількість окремих явищ, що підпадають під цю категорію та досліджуються фахівцями незалежних напрямів, вимагає певного узгодження та структурування, задля можливого узагальнення власне результатів дослідницьких пошуків. Представлений наративний огляд джерел надає можливість концептуалізувати об'єкт дослідження та вичленувати окремі складники, що лежать в межах поняття. Крім того, огляд спрямований на визначення того, як турбота про здоров'я інтерпретується та вимірюється у дослідженнях галузі психології здоров'я. Відповідно, також розглянуто провідні моделі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, що представлені в актуальних публікаціях. Наведені у підрозділі результати слугують підґрунтям для створення концептуальної основи емпіричного дослідження.

Термінологічний огляд свідчить про те, що поняття «турбота» чи «піклування про здоров'я» не використовується як самостійне у англійських публікаціях, проте посідає важливе місце у психолого-педагогічних дослідженнях українських фахівців, що використовується на рівні з визначниками здоров'язберігаючий, здоров'язбережувальний, здоров'яформуючий, здоровий спосіб життя та ін. Доцільно надати уточнення щодо слововжитку, оскільки найбільш поширені форми здоров'язберігаючий та здоров'язбережувальний є покручами, що не відповідають чинним нормам словотворення (Заєць, 2017). Натомість

турбота про здоров'я, як окрема форма, вживається значно рідше, на противагу наведеним виразам (2.510 результатів за пошуковим запитом “*турбота про здоров'я*” проти 8.070 за запитами “*здоров'язберігаючі*” та “*здоров'язбережувальні*” у пошуковій системі Google Scholar), що засвідчує сформовану традицію слововжитку у психолого-педагогічному спрямуванні. У той же час у Конституції України не зустрічається жодне із зазначених понять, натомість вжито словосполучення *охорона здоров'я* та *захист здоров'я* (Конституція України, 1996). Це підтверджує наближеність основоположних принципів галузі до копенгагенської моделі соціальної безпеки в українському контексті, на противагу підходу до безпеки людини (Нама, 2017). Власне, доцільно зважити на це з огляду на ієрархічний зв'язок: турбота про здоров'я як діяльність особистості узалежнена від інституційних інтервенцій, з огляду на обмеження автономії у цій сфері. Розгляд можливих шляхів вирішення проблеми узалежнення у даній роботі дозволить розкрити причини відторгнення особистістю можливості самостійної турботи про здоров'я. Відповідно, конструкції охорони та захисту, що апелюють до рівню соціальної безпеки у контексті дослідження, не було операціоналізовано.

Натомість доцільними видаються поняття, якими послуговується у своїй роботі Кошляк (2022). Зокрема, заміною покручам у публікації є конструкції *збереження здоров'я* та *зміцнення здоров'я*. Звертаючись до англійських статей, можемо знайти такі відповідники: збереження здоров'я представлено як *health preservation*, зміцнення здоров'я відображає ширший напрям досліджень – *health promotion*. Водночас Мелешко (2018) послуговується безпосередньою транскрипцією *промоція здоров'я* для позначення цього напрямку діяльності. Поняття *health preservation*, натомість, зустрічається у публікаціях досить рідко та переважно використовується авторами, для яких англійська мова не є рідною (напр., Chen et al., 2023), а більшість записів належить авторам, афілійованим у інституціях країн-терористів. Подібна тенденція спостерігається щодо іншого варіанту перекладу поняття зміцнення

здоров'я – health improvement (напр., Bergman Bruhn et al., 2023). Це альтернативне формулювання також зустрічається серед публікацій носіїв мови, проте більшою мірою у значенні наслідку втручань – *покращення здоров'я*, а не самих втручань, спрямованих на його зміцнення (напр., Irish et al., 2021). Відповідно, перегляд тверджень, запропонований Кошляк, видається цінним для поліпшення наукового стилю на національному рівні, проте узгодження міжнародних та власне україномовних публікацій вимагає певних спрощень. Можемо припустити доцільність включення понять «збереження» та «зміцнення» до ширшої категорії - *промоції*, з огляду на спільність кінцевої мети інтервенцій, що названі «здоров'язміцнюючими» та «здоров'язбережувальними» та передбачають безпосередню реалізацію функцій галузі охорони здоров'я.

Висвітлені поняття відображають ті форми захисту та відновлення здоров'я, що реалізуються переважно інститутами охорони здоров'я та окремими агентами, що їх репрезентують. Хоча категорія промоції у психолого-педагогічному напрямі тісно пов'язана з навчально-виховною діяльністю, спрямованою на сприяння здоровому способу життя, суб'єктом діяльності передусім визначається саме інституційний агент (викладач, тренер, лікар та ін.). Водночас, об'єктом дослідження у представленій роботі було визначено саме турботу про здоров'я особистості, як “ініціатора поведінки, пов'язаної зі здоров'ям” (Navigerová et al., 2022). Таким чином, уможлиблюється акцент на “діяльнісному” змісті турботи, як цілеспрямованому процесі досягнення результатів для здоров'я людини. Такий опис передбачає відповідну передачу агентних прав цільовій аудиторії – користувачам послуг медичної сфери та громадянам, загалом. Таким чином, необхідно розмежувати види турботи про здоров'я, що передбачають втручання у парадигмі медичного догляду та ті, що орієнтовані на проактивну діяльність особистості. Власне, звертаючись до концептуальної моделі використання медичних послуг, запропонованої Андерсен (Andersen, 1995), що наразі досить розповсюджена серед

досліджень визначеного спрямування, можемо вирізнити зазначені рівні

(1) Екологічний рівень	Система охорони здоров'я		Зовнішні чинники	(2) Популяційний рівень	Ресурси доступності	Соціальний контекст	
(3) Рівень ставлення	Переконання	Грамотність	Контроль	(4) Рівень потреби	Міра дискомфорту	Тривалість дискомфорту	
(4) Рівень наміру	Намір пошуку допомоги		Намір активної турботи	Розрив	(5) Рівень дії	Звернення за допомогою	Активна турбота
(6) Рівень перетину наслідків			Сприяманий стан здоров'я	Споживацька задоволеність	Вимірюваний стан здоров'я	Вторинні наслідки	

Рис. 1.1. Опис розриву через модель використання медичних послуг

турботи про здоров'я (див. рис. 1.1).

Звертаючись до моделі Андерсена (Andersen, 1995), очевидно, що реалізація здоров'я не обмежується сферою медичного догляду. Відповідно, варто розмежувати поняття поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, та поведінки, спрямованої на отримання необхідної допомоги. З метою розмежування інституційних стратегій охорони здоров'я та дій, до яких вдається особистість самостійно для збереження та відновлення власного рівня здоров'я, доцільно вказати, що термін «*health care*» більш доцільно тлумачити як «*охорона здоров'я*» для україномовного контексту, оскільки це словосполучення рідко використовується за визначенням «*care*», як безпосередньо турботи. За пошуковими запитам у системі Scopus, ключова фраза «*health care*» відображає дослідження, орієнтовані на інституційні характеристики: професійні, адміністративні, організаційні, – натомість «*health behaviours*» стосується різних варіантів дій, до яких вдається особистість задля відновлення чи збереження рівню здоров'я (Ogden, 2019). Для україномовного середовища словосполучення «*поведінка, пов'язана зі здоров'ям*» (*health-related behaviour*) та «*поведінка щодо здоров'я*» (*health behaviour*) є складними конструкціями, які, мало ймовірно, що набудуть вжитку. Відповідно, ми вважаємо доцільним використовувати поняття «*турбота про здоров'я*» як визначник для зазначеної низки явищ. Поняття увійшло до наукового лексикону з доробку Сухомлинського (1976, с. 255).

Власне, конструкт здоров'я передбачає окрему деталізацію, що висвітлено у відповідних фахових роботах (Мединський & Карвацька, 2019). Звертаючись до мовознавчої практики, варто звернути увагу на значущі непрямі значення, що містяться в концептосфері. «Здоровий» – не лише позбавлений хвороби, але також дужий, міцний, великий, цілісний, правильний чи корисний (Мартінек, 2019). У слововжитку помітна зв'язність між категоріями здоров'я та добробуту (well-being). Передусім, вона характерна для розмовного виміру та виявляється в усталених формах привітання, що зберігаються в сучасній українській мові: *«живий-здоровий»*, *«бувай здоровий»*, *«бажаю здоров'я»*, *«чи здорові спали?»* та ін., – фразеологічні утворення відображають голістичне уявлення мовців про життєві гаразди та здоров'я. Їхня первинна єдність має стійку еволюційну основу і тому зберігається у відтворюваних лінгвістичних формах та імпліцитних уявленнях (Wells et al., 2017).

Цей зв'язок також притаманний експліцитним моделям здоров'я. Голістичний підхід сприяє відходу від вектору лікувального процесу та акцентує на функціональності особистості. Зокрема, згідно з Лаллей та ін. (Lalley et al., 2021), здорова особа спроможна до самостійного контролю над власним здоров'ям, що підкреслює значущість аспекту сприйманого контролю у прийнятті рішення щодо реалізації дії. Гофманн (Hofmann, 2005) акцентує на тяглоті здоров'я, розглядаючи його як динамічний процес життєдіяльності у всіх сферах, що продовжує ідеї Бюрк (Burke, 1986) щодо єдності часу та свідомості у здоров'ї. Натомість, Гоженко та ін. (Gozhenko et al., 2018) формують загальну концептуалізацію хронотопу здоров'я та надають важливі конективи для висвітлення агентності як його засновку. І в цьому процесі життєтворчості відторгнення себе видається летальним для агента, що оперує висловом *«живий-здоровий»* (Казаков, 2023). Відповідно, закономірним є звернення до ідеї саморуху як першоджерела збереження здоров'я. А отже, зміщення фокусу від інституційного догляду до суб'єктності особистості у турботі про себе є

необхідним етапом для подолання розриву. Таким чином, для опису ширшої категорії було обрано саме поведінковий вимір.

Хоча *турбота* відображає безпосередньо дії, що стосуються лікувальних чи профілактичних заходів, втілюючи поведінковий рівень аналізу, невід'ємною складовою є ставлення суб'єкта. Будь-яка діяльність, спрямована щодо виміру здоров'я, є водночас вираженням особистісної позиції щодо власного добробуту та системи заходів, спрямованих на охорону здоров'я соціуму. Зокрема, турботу про здоров'я у широкому значенні, як загальну предметну спрямованість особистості щодо власного здоров'я, можемо розділити на діяльнісному засновку за відповідними рівнями: мотиваційним, на якому турботу виражено у понятті *переконань щодо здоров'я* (health beliefs) та безпосередньо поведінковим, на якому турботу втілено у категорії *власне турботи про здоров'я* як реалізованих дій (health behaviour, health-related behaviour). У цьому контексті виявляється певна термінологічна неузгодженість, оскільки відсутнє номінативне розрізнення між турботою про здоров'я як сферою життєдіяльності та поведінкою, що реалізується в цьому контексті. Відповідно, ми можемо звернутися до поняття *поведінки, пов'язаної зі здоров'ям*, для позначення ширшої категорії, оскільки її дослідження, як єдиного цілого, є суттєво ускладненою обсягом, а отже використання зазначеної складеної конструкції буде мінімізовано.

Галузеві ключові категорії, як-от: health-related behaviour, health-directed behaviour та health behaviour використовуються досить часто як взаємозамінні, як і health-seeking та help-seeking. У нашій роботі доцільно їх розмежувати задля специфікації та формування теоретичного підґрунтя, що відповідатиме традиції розрізнення діяльності та поведінки в україномовному фаховому середовищі. З цією метою основні категорії було розподілено за діадою “інституційного-особистісного”, тобто за характером суб'єктності особистості як залученої до турботи про власне здоров'я (див. рис. 1.2).

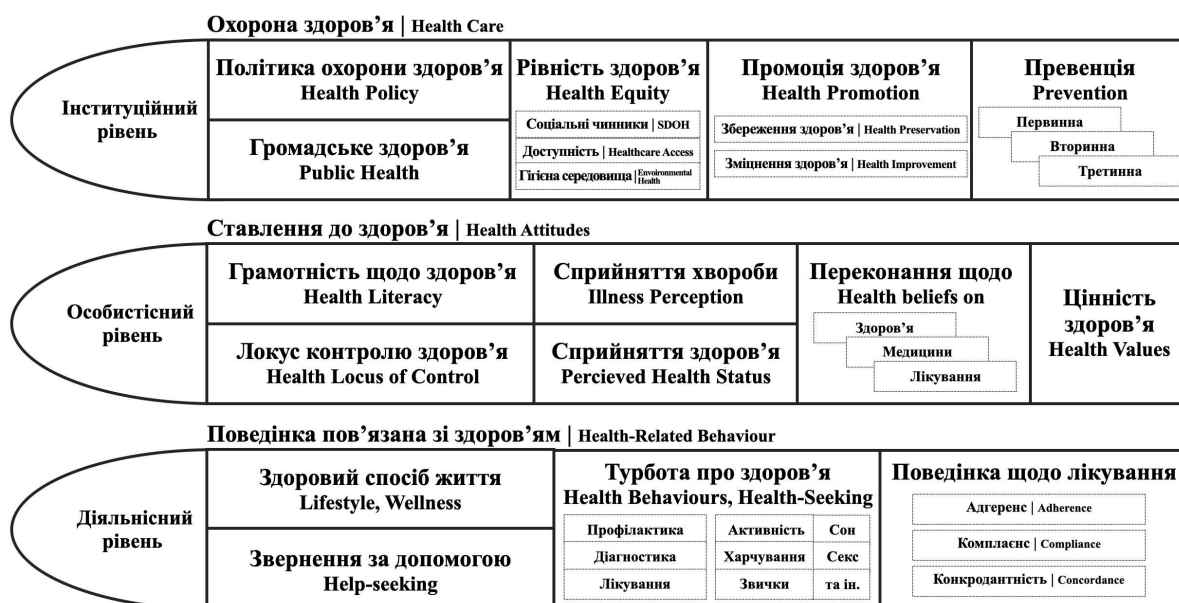


Рис. 1.2. Рівневий розподіл основних категорій психології здоров'я

Тож, наріжними елементами суспільного рівня було визначено широкі категорії екосистеми охорони здоров'я – політика охорони здоров'я та громадське здоров'я, що відображають регулятивний та ініціативний елементи загального процесу. Зауважимо, що поняття “поведінка” використано для позначення і поведінки і ставлення, з огляду на тенденцію у дослідницькому процесі до використання цього визначника для опису широких категорій життєдіяльності: харчова поведінка, сексуальна поведінка, делінквентна поведінка та ін. Відповідно видового значення надано категорії “турботи” – як цілеспрямованій, свідомій, передбачуваній діяльності, що має суспільну значущість у вигляді збереження здоров'я популяції.

Громадська охорона здоров'я використовує підхід, орієнтований на населення, зосереджуючись на профілактиці захворювань, зміцненні здоров'я та зверненні до соціальних детермінант здоров'я. Навпаки, політика охорони здоров'я характеризується орієнтацією на особистість, що стосується організації, фінансування та надання послуг з охорони здоров'я. Ця дихотомія підкреслює проактивний характер ініціатив

громадського здоров'я, порівняно з реактивним, орієнтованим на лікування фокусом систем охорони здоров'я.

Хоча охорона здоров'я та політика охорони здоров'я є різними сферами, вони часто перетинаються та впливають одна на одну. Ефективна політика охорони здоров'я може сприяти досягненню цілей охорони здоров'я шляхом забезпечення належного фінансування профілактичних послуг і створення середовища, сприятливого для зміцнення здоров'я. Навпаки, дослідження та розуміння громадської охорони здоров'я сприяють ухваленню політичних рішень у сфері охорони здоров'я, гарантуючи, що політика ґрунтується на фактичних даних і спрямована на вирішення проблем здоров'я на рівні населення (Gostin, 2000).

Отже, звертаючись до запропонованої системи основних конструктів, що належать до проблемного поля, можемо навести відповідні дефініції явищ діяльнісного рівня за наведеною ієрархією.

Поведінка, пов'язана зі здоров'ям (health-related behaviour) – узагальнене поняття, що охоплює спектр явних і прихованих поведінкових проявів, які прямо чи опосередковано впливають на фізичне чи психічне здоров'я особистості (Carmody, 2007). Визначена категорія поведінки визначається дистальними (віддаленими) та проксимальними (наближеними) процесами – тобто тими, що не стосуються чи стосуються здоров'я безпосередньо – і може як сприяти підвищенню та відновленню здоров'я, так і шкодити. Динамічна взаємодія біопсихосоціальних факторів формує таку поведінку, роблячи її ключовою для результатів здоров'я та хвороби.

Турбота про здоров'я (health-behaviour, health-directed behaviour, health-seeking) – навмисні дії та звички, спрямовані на збереження, зміцнення або відновлення здоров'я (Conner & Norman, 2005). Ця категорія об'єднує психосоціальні конструкції мотивації, ставлення та сприйнятого поведінкового контролю, що слугують одиницями аналізу у більшості моделей. Доповнюючи визначення, вважаємо за доцільне розрізнення цієї діяльності на профілактичну, лікувальну, та стимулюючу. Примітно, що

турбота визначається, зокрема, ставленням до здоров'я у загальному розумінні. Тобто будь-яка дія, спрямована щодо діагностики, лікування чи підтримання власного рівня здоров'я, буде опосередкована сприйняттям концепту здоров'я, образу медичної системи та ін.

Здоровий спосіб життя (lifestyle, wellness) – сукупність усталених форм поведінки, що спрямовані на взаємодію з навколишнім середовищем та формують траєкторію здоров'я людини (Parkenson et al., 1995). Як біопсихосоціальний конструкт, спосіб життя інкапсулює моделі поведінки, що визначаються категоріями особистісного рівня (особистісні цінності, соціально-економічний статус і культурна ідентичність).

Звернення по допомогу (help-seeking) – адаптивний когнітивно-поведінковий процес, що передбачає визнання проблеми, оцінку потреби та активний пошук зовнішньої підтримки (Rickwood & Thomas, 2012). Цей процес розглядається через конструкти соціального пізнання та сприйманої соціальної підтримки. Поведінка пошуку допомоги часто відображає основну динаміку сприйнятої самоефективності щодо турботи про здоров'я, підкреслюючи її складність як механізму подолання та поведінкового вираження вразливості.

Також варто розрізняти три складники поведінки щодо лікування, які переважають у соціальних дослідженнях медичного спрямування, а саме:

Комплаєнс (compliance) – відповідність поведінки особистості терапевтичним рекомендаціям (Horne, 2006). Традиційно визначається в термінах слухняності або прихильності зовнішньому авторитету, що представляє односпрямовану модель взаємодії з фахівцями галузі. Сучасні моделі постулюють внесок когнітивного залучення, емоційної регуляції та сприйманої довіри у формування комплаєнсу.

Адгеренс (adherence) – ступінь поведінкової автономії, що виявляється в мірі узгодження індивідуальної поведінки з терапевтичними рекомендаціями (Horne, 2006). На відміну від комплаєнсу, адгеренс характеризує активну залученість до дій, спрямованих на зміцнення чи

відновлення здоров'я. Відповідно, основу дескрипції адгеренсу формує внутрішня мотивація та власне турбота про здоров'я як діяльність.

Конкордантність (concordance) – термін, що позначає особистісно-центровану егалітарну модель взаємодії в галузі охорони здоров'я та динаміку, що формується унаслідок реалізації моделі. Конкордантність визначає планування поведінки на основі спільного прийняття рішень та розділеного конструювання знання. Компонентами конкордантності визначено емоційну емпатію, когнітивну конгруентність та поведінкову згоду.

Звертаючись до особистісного рівня, ми виокремлюємо передусім складники, що описують широку категорію *ставлення до здоров'я* (health attitudes), яка позначає площину переконань та вірувань, а також знань та цінностей, що лежать в їх основі, тобто визначають інтенційний рівень аналізу в психології здоров'я.

Грамотність щодо здоров'я (health literacy) – багатовимірною конструкцією, що охоплює здібності особистості щодо пошуку, розуміння, оцінки та ефективного використання інформації, пов'язаної зі здоров'ям (Weiss, 2007). Ця категорія охоплює низку феноменів загальної грамотності, необхідних для прийняття обґрунтованих рішень. Грамотність у сфері охорони здоров'я опосередковує зв'язок між екологічними можливостями та самоефективністю, а наріжним її визначником є міра адаптивності способу життя, переконань, діяльності та ін.

Локус контролю здоров'я (health locus of control) – конструкт, що бере свій початок у теорії соціального навчання Роттера, та відображає ступінь, до якого люди приписують результати свого здоров'я інтернальним та екстернальним факторам (Otto et al., 2011). У галузі психології здоров'я конструкція має триєдину структуру: внутрішній локус, сильні інші та випадок. Локус служить критичним визначальним фактором мотивації поведінки щодо здоров'я, оптимізуючи розрізнення турботи про здоров'я у межах категорій теорії самодетермінації.

Цінність здоров'я (health values) – суб'єктивна цінність здоров'я у мережі внутрішніх орієнтирів особистості. Ця конструкція, яка часто досліджується через рамки прийняття рішень на основі цінностей, об'єднує внутрішні та зовнішні мотиваційні фактори, відображаючи те, як здоров'я порівнюється з конкуруючими життєвими цілями (Malloy-Weir et al., 2016). Цінності здоров'я здебільшого розглядаються за традиційно виокремлюваними у загальній психології рівнями – емоційним, когнітивним та поведінковим. Значущу роль відіграють в цьому контексті когнітивні оцінки благополуччя та стилю життя.

Переконання щодо здоров'я (health beliefs) – низка уявлень та переконань особистості щодо атрибутів здоров'я, які формують мережу когнітивних схем (Nazareth et al., 2015). Переконання щодо здоров'я лежать в основі ставлення до здоров'я та хвороби. Ключовими спрямуваннями переконань є сприйнятливість, серйозність, переваги та бар'єри, які разом передбачають поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Характерною якістю переконань є евристична захисна спрямованість.

Сприйняття здоров'я (health perception) – суб'єктивна оцінка загального стану здоров'я людини, що включає фізичний, психологічний і соціальний аспекти добробуту (Urstad et al., 2022). На власне сприйняття безпосередньо впливають когнітивні упередження, сприйняття соматичних симптомів і контекстуальні фактори, такі як соціальне порівняння та культурні норми здоров'я. Сприйняття здоров'я служить ключовим предиктором використання медичних послуг і поведінки щодо самообслуговування, функціонуючи як посередник між об'єктивними показниками здоров'я та суб'єктивним переживанням інтенсивності проявів хвороби.

Сприйняття хвороби (illness perception) – стосується когнітивного та емоційного уявлення людини про свою хворобу, як це концептуально визначено в моделі саморегуляції (Malloy-Weir et al., 2016). Ця конструкція включає п'ять основних вимірів: ідентичність (ярлики хвороби та симптоми), причина (атрибуції про походження), хронологія (хроніка або

тривалість), наслідки (передбачуваний вплив на життя) і контроль (уявна керованість). Сприйняття хвороби впливає на емоційні реакції (наприклад, занепокоєння, прийняття), механізми подолання та прихильність до лікування, що робить його ключовим фактором у психологічній адаптації до хронічних або гострих захворювань.

Насамкінець, висвітливо дефініції понять, що характеризують впливи, спрямовані на особистість, але які не пов'язані з саморухом у напрямку турботи про здоров'я. Їх позначено як інституційні.

Політика охорони здоров'я (health policy) – стратегічне формування, впровадження та оцінка принципів, нормативних актів і рамок, які керують системами та послугами охорони здоров'я на місцевому, національному або глобальному рівнях (Caron, 2024). Грунтуючись на поведінковій та системній теорії, політика охорони здоров'я спрямована на вирішення біопсихосоціальних детермінант здоров'я, реалізуючи деонтологічні принципи розподілу та справедливості. Концепт відображає динамічну взаємодію між суспільними цінностями, інтересами зацікавлених сторін і прийняттям рішень на основі фактичних даних, часто спрямованих на пом'якшення розбіжностей у здоров'ї та сприяння добробуту населення через міждисциплінарну призму.

Громадське здоров'я (public health) – це інтегративна галузь, що спрямована на підтримання та покращення колективного добробуту населення через профілактику, втручання та стратегії зміцнення здоров'я (Detels, 2015). Цей напрям здебільшого послуговується епідеміологічними дослідженнями, апелює до основ психології здоров'я та соціокультурних принципів аналізу, з метою розв'язання задачі щодо визначення взаємодії детермінант здоров'я. Ініціативи громадського здоров'я є проактивними та системно-орієнтованими, використовуючи дані про поведінку для впливу на норми та політику охорони здоров'я. Націлюючись на соціальні детермінанти, галузь громадського здоров'я сприяє стійкості та знижує вразливість до загроз здоров'ю, підкреслюючи взаємозв'язок екологічних, психологічних і біологічних факторів у підтримці здоров'я.

Рівність здоров'я (health equity) – справедливість у здоров'ї - означає етичне та систематичне прагнення до усунення нерівностей у здоров'ї, щоб гарантувати, що кожна людина має можливість досягти оптимального здоров'я, незалежно від соціально-економічних, географічних чи демографічних бар'єрів (Carlisle, 2000). З психологічної точки зору, концепт рівності узгоджується з принципами соціальної справедливості та наголошує на зменшенні нерівності, сформованої системними упередженнями, уявною дискримінацією та різним доступом до ресурсів. Справедливість у здоров'ї реалізується через втручання, з урахуванням культурних особливостей, пропаганду змін у політиці та сприяння грамотності у сфері охорони здоров'я з метою розширення можливостей населення, яке недостатньо обслуговується, та корекції дисбалансу влади в системах охорони здоров'я.

Промоція здоров'я (health promotion) – зміцнення здоров'я – охоплює застосування психологічних теорій, таких, як модель переконань у здоров'ї та теорія соціального пізнання, щоб надати окремим особам і громадам можливість брати активну роль у покращенні та підтримці здоров'я (Quilling et al., 2022). Цей конструкт виходить за рамки індивідуальної модифікації поведінки, усуваючи структурні та системні бар'єри на шляху до здоров'я, такі, як соціально-економічна нерівність та екологічні ризики. Зміцнення здоров'я є як профілактичним, так і розвиваючим, включаючи стратегії формування стійкості, сприяння внутрішньої мотивації та підвищення самоефективності в управлінні проблемами, пов'язаними зі здоров'ям, серед різних груп населення.

Превенція (prevention) – триада первинних, вторинних і третинних стратегій, спрямованих на пом'якшення факторів ризику, сприяння захисній поведінці. Поняття об'єднує такі психологічні конструкції, як уявна сприйнятливність ("хворобливість"), поведінкове підкріплення та здатність до емоційної саморегуляції, що слугують основою для адаптації відповідних превентивних втручань. Первинна профілактика зосереджена на уникненні ризику через освіту та політику, вторинна спрямована на

раннє виявлення за допомогою скринінгу та поведінкових ознак, а третинна профілактика прагне оптимізувати відновлення та якість життя шляхом реабілітації та когнітивної реструктуризації.

Отже, у цьому параграфі наведено змістовне розмежування наріжних категорій та визначень галузі дослідження здоров'я, що охоплюють низку біопсихосоціальних явищ. Зокрема, виокремлено психологічні категорії для їх подальшої операціоналізації та дослідження. Об'єктом дослідження визначено турботу про здоров'я як діяльність, метою якої є зміна рівня здоров'я особистості. З огляду на міждисциплінарний характер проблемного поля, дослідницькому напрямку притаманна термінологічна фрагментація. Власне, турбота про здоров'я, що є наріжною категорією психологічних, а саме – поведінкових, досліджень, не має уніфікованого визначника (як-от ключового слова) в англійській та українській літературі, що ускладнює стандартизацію та огляд досліджень. Натомість саме поняття турботи про здоров'я охоплює кілька взаємопов'язаних явищ: психосоціальні конструкції мотивації, ставлення та сприйнятого поведінкового контролю.

Важливим у цьому контексті є розподіл категорій за рівнями впливу, а саме – на дії, що ініціюються інституційними структурами (health care, public health) та індивідуальні (health-directed behavior, health-seeking), які зосереджені на активній участі індивіда у турботі про власне здоров'я. Поєднання як індивідуальної діяльності, так і інституційних заходів є необхідним для успішного забезпечення громадського здоров'я. Проте у контексті дослідження явища інтенційно-поведінкового розриву доцільно звернутися саме до особистісного виміру турботи.

1.2. Турбота про здоров'я як предмет психологічного вивчення

Поведінковий рівень у галузі психології здоров'я, як і в загальнопсихологічних та суміжних дослідженнях був концептуалізований, послуговуючись низкою різних, а подекуди - суперечливих, підходів. Характерна дивергенція наукового опису поведінки, пов'язаної зі

здоров'ям, визначає актуальні тенденції у дослідженні цього феномену. Цінним видається коментар Джонсон та Акабчук (Johnson & Acabchuk, 2018) щодо необхідності зважати на внесок численних досліджень за всю історію розвитку галузі, не зважаючи на те, який саме обсяг було визначено при дослідженні. Мюррей (Murray) у своїй роботі з соціальної історії психології здоров'я зазначає, що «через критичне залучення до історії галузі можна краще зрозуміти її поточну форму та фокус» [through a critical engagement with the history of the field it is possible to better understand its current shape and focus] (2014, p. 215).

Тож, важливим етапом роботи є послідовний історичний огляд галузевих публікацій. Зокрема, видається доцільним охарактеризувати розвиток категорії поведінки у дослідженнях наук про здоров'я з метою поглиблення розуміння сучасного наукового змісту категорії турботи. Варто зазначити, що зважаючи на суттєвий обсяг, що передбачає висвітлення історичного контексту розвитку галузі, надано узагальнення трендів розвитку за результатами оглядів Мюррей (Murray, 2014), Пікрен та Дегні (Pickren & Degni, 2012). Крім того, брак розрізнення поведінки та діяльності за їх рівневими відмінностями у англійських публікаціях зумовлює потребу опису ширшої, родової категорії, яка охоплює діяльнісний вимір поза диференціацією.

Отже, здійснимо вщезазначений історичний огляд. Власне, психологічне пізнання категорії здоров'я у науковому методі почалося орієнтовно у 60-х роках ХХ ст. У цей період суттєве підвищення поінформованості фахівців щодо психосоматичних взаємозв'язків сприяло постулюванню проблеми психогенних порушень. Було розпочато обговорення ролі психологічних факторів у соматичних захворюваннях, що знаменувало зародження критики біомедичної гегемонії та її редуційного погляду на здоров'я. Варто вказати, що до цього періоду *поведінка* в основному розглядалася через біомедичну призму, а результати для здоров'я були безпосередньо пов'язані передусім з фізичними та біологічними чинниками. Натомість фактори поведінки, хоча й визнавали,

часто розглядали як вторинні щодо фізіологічних та екологічних детермінант. Разом з тим, перші кампанії громадської охорони здоров'я проти інфекційних захворювань наголошували на санітарії та вакцинації, неявно впроваджуючи перші поведінкові норми (Porter, 2005).

Ключовими роботами періоду можемо визначити публікації Сас (Szasz, 1961) та Фуко (Foucault, 1964; 1965), спрямовані на переосмислення інституту медицини. Фактично, 1960-ті рр. – це стадія зародження психології здоров'я, яка характеризується дискурсом про інтеграцію психологічних рамок у охорону здоров'я. Проте цей дискурс не набув глобального характеру, більшою мірою відбувалися зміни опису соціальної реальності загалом. Доцільно припустити, що період конструювання новітніх епістемологічних моделей, зокрема теорії соціального наочіння, сприяв змінам у галузі здоров'я, проте не був спрямований саме на цю галузь. Зусилля фахівців цього часу зосереджені більшою мірою на викликах та обмеженнях редуціоністських парадигм біомедицини, що притаманно духові епохи. Одночасно молодші спеціалісти активно відстоювали більш цілісні, орієнтовані на пацієнта підходи, такі, як догляд на рівні спільноти (community-based care) для осіб із психічними порушеннями. Ці ініціативи заклали основу для майбутнього перегляду здоров'я як багатофакторної конструкції, інтеграції соціальних і психологічних аспектів, а також сприяли ранній гуманізації медичної практики. Проте, ці основи залишалися незавершеними, а їхня інтеграція у повсякденну практику ще не набула системного характеру.

На цьому етапі поведінка розглядалася як результат когнітивного процесу, що залежить від індивідуального сприйняття зовнішніх факторів і соціального навчання. Її вивчення спрямовувалося на розуміння, як люди адаптуються до середовища та приймають рішення під впливом загроз і стимулів. Турбота про здоров'я розглядалася переважно як реактивна діяльність, що мала на меті уникнення хвороб чи мінімізацію їхніх наслідків. Вона здебільшого пов'язувалася з лікувальною допомогою та дотриманням медичних рекомендацій, що залишало обмежений простір

для усвідомлення її проактивного виміру чи впровадження профілактичних заходів.

У 1979 році опубліковано перший підручник з психології здоров'я (Stone et al., 1979). Серія спеціалізованих семінарів, реалізована авторами, фактично є результатом діяльності упродовж двох десятиліть, що знаменувалась формуванням нової інтердисциплінарної галузі знання. Загалом, у 1970-х рр, розпочалась офіційна інституціоналізація психології здоров'я як дисципліни. Впродовж цього десятиліття було розроблено та розповсюджено ключові когнітивні та соціально-поведінкові моделі, такі, як модель переконань щодо здоров'я та теорія соціального наочіння. Ці підходи акцентували увагу на ролі переконань, намірів і соціального впливу у формуванні поведінки. Це сприяло адвокації індивідуальних втручань, орієнтованих на когнітивні процеси у поведінці, пов'язаній із здоров'ям. Саме ці впровадження заклали основу для теорій, спрямованих на прогнозування та вплив на результати здоров'я шляхом зміни поведінки, що розвивалися у ХХІ столітті.

На цьому етапі поведінка розглядалася як когнітивно вмотивована дія, що ґрунтується на усвідомлених переконаннях, оцінках ризиків і сприйнятій ефективності дій. Поведінка вважалася процесом, який формується під впливом зовнішніх (соціальних) і внутрішніх (когнітивних) чинників (Fishbein & Ajzen, 1975). Турбота про здоров'я інтерпретувалася як результат впливу намірів та переконань, що мотивують індивідів до певних дій, спрямованих на профілактику або лікування хвороб. Вона здебільшого асоціювалася із дотриманням конкретних рекомендацій та реакцією на ризики, аніж із проактивною діяльністю щодо збереження загального добробуту

У 1980-х роках увага зосередилася на розробках біопсихосоціального спрямування, що пропонували інтегративний підхід. Стандартизація дослідницьких методів і впровадження доказових підходів посилили наукову легітимність галузі. Однак критики почали звертати увагу на обмеження надмірно індивідуалістичного фокусу, що стимулювало

посилення соціальної медицини. У цей період було запропоновано декілька ключових теорій і моделей, зокрема, трансакційна модель стресу та подолання, що зосереджувалася на оцінці стресових ситуацій та ресурсів для їх подолання (Lazarus & Folkman, 1984). Ця модель фактично наголосила на ролі когнітивної оцінки та механізмів копінгу в здоровій поведінці. Теорія мотивації до захисту описувала міру, якою оцінка загрози для здоров'я та ефективності власних дій впливає на мотивацію до виконання захисних дій (Rogers, 1983). Теорія саморегуляції підкреслила важливість когнітивних і емоційних уявлень про хворобу у формуванні здорової поведінки, зокрема, через процеси усвідомлення, планування та адаптації (Levental et al., 1980). На цьому етапі поведінка розглядалася як адаптивна реакція, що базується на когнітивних оцінках, емоційних переживаннях і мотиваційних установках. Поведінка сприймалася як динамічний процес, що формується під впливом суб'єктивного сприйняття загрози та наявності ресурсів для її подолання. Турбота про здоров'я розглядалася як активний процес регулювання власного добробуту, що включав як індивідуальні зусилля (самоконтроль, планування, профілактика), так і соціальну підтримку (доступ до медичних послуг, суспільні ініціативи). Вона почала сприйматися не тільки як реакція на хворобу, а й як спосіб запобігання ризикам через підвищення самосвідомості та залучення до процесу прийняття рішень.

90-ті рр. ознаменувалися пошуком нових підходів та рефлексивністю. Сфера наук про здоров'я почала досліджувати власні епістемологічні та методологічні припущення, виходячи за рамки редуccionістських моделей, щоб охопити ширшу соціально-політичну динаміку. У цей період спостерігався розвиток міждисциплінарних підходів і впровадження якісних методів для охоплення життєвого досвіду та соціальних аспектів здоров'я та хвороби. Актуальними у цей період стали транстеоретична модель, яка представила етапи зміни поведінки, та соціально-екологічна модель, що наголосила на численних рівнях впливу на поведінку — від індивідуальних до суспільних факторів. Ці моделі

заклали основу для багаторівневого аналізу здорової поведінки та сприяли розвитку втручань, спрямованих на усвідомлення індивідами своїх дій у ширшому соціальному контексті.

На цьому етапі поведінка розглядалася як результат взаємодії внутрішніх когнітивних процесів (наміри, переконання) із зовнішнім соціальним середовищем. Вона сприймалася як багаторівневий процес, де індивідуальні дії формуються під впливом міжособистісних і структурних факторів. Турбота про здоров'я сприймалася як інтегративна діяльність, яка включає як індивідуальні зусилля (профілактика, усвідомлені зміни поведінки), так і колективні дії (зміна умов середовища, впровадження соціальних програм).

У 2000-х роках психологія здоров'я інтегрувала глобальні перспективи, зосередившись на вирішенні нерівності у здоров'ї та інших системних бар'єрах. Це десятиліття характеризувалося впровадженням цифрових інструментів, персоналізованої медицини та розширенням міждисциплінарного співробітництва. У цей час отримали розвиток такі моделі, як ППТЗ та теорія самовизначення (The Self-Determination Theory, SDT), яка наголосила на ролі внутрішньої мотивації, автономії та соціальної підтримки в підтримці здорових звичок. Первинно поведінка, пов'язана зі здоров'ям, була вузько визначена як дії, вжиті здоровими людьми для запобігання хвороб. Ця перспектива розширилася, охопивши мотиваційний компонент (Cockerham, 2024). Це уможливило дослідження турботи про здоров'я, як приклад, при хронічних захворюваннях чи в естетичних цілях.

Помітним є послідовний перехід від широкого розуміння психологічних детермінант турботи про здоров'я як уявлень, переконань та мисленневих репрезентацій до поведінково-мотиваційної структури. Зокрема, важливим етапом слугувала розробка моделей, що описують зміст та інтенсивність інтенцій особистості, а також спроможність до їх реалізації у відповідному контексті. Ця спроможність визначається

наявними внутрішніми та зовнішніми ресурсами, контекстуальними обмеженнями та вираженістю потреби до турботи про здоров'я.

Останнє десятиліття позначилося активним використанням технологічних інновацій для втручань та розвитком підходу поведінкових змін (behaviour change). Узагальнюючи, слід зазначити, що галузь стала платформою для масштабованих рішень із урахуванням структурних детермінант (Murray, 2014). Разом з тим, низка новітніх підходів до опису поведінки запропонувала інтегровані підходи до розробки втручань, зберігаючи критичну позицію щодо редукціонізму. Зокрема, модель СОМ-В (Michie et al., 2011), спрощена модель поведінки щодо здоров'я, яка послуговується трьома основними компонентами: здібності (capabilities, С), можливості (opportunities, О) та мотивація (motivation, М). Саме останні визначають поведінкові (behavioural, В) наслідки. Вказана модель сприяла популяризації підходу поведінкових змін. Колесо зміни поведінки (Michie та ін., 2011) надало комплексну основу для розробки втручань, у той час як екологічна миттєва оцінка (The Ecological Momentary Assessment, ЕМА) фіксації поведінки здоров'я в реальному часі була сформована з метою дигіталізації поведінкових досліджень (Shiffman et al., 2008).

Водночас, сучасний етап досліджень має характерні відмінності, які, на наш погляд, варто враховувати. Накопичення та розширення наукового знання, а також його підвищена доступність суттєво визначають напрям дослідницьких пошуків. Зокрема, в умовах глобалізації зростає кількість трансдисциплінарних проєктів та публікацій щодо глобальних змін здоров'я та практик медичного супроводу. Найбільш актуальними є публікації щодо перспектив інтеграції інформаційно-технологічного забезпечення у галузі охорони здоров'я та сприяння зміцненню здоров'я (health promotion), послуговуючись методологією електронних систем охорони здоров'я e-health (Flujas-Contreras et al., 2023; Taj et al., 2019). Крім того, пандемія COVID-19 стала передумовою для суттєвого посилення дослідницького процесу у напрямках суміжних до психологічних наслідків здоров'я, що відображено у низці оглядів публікацій зазначеного періоду

(Balaban et al., 2023; Ho et al., 2021; Zambrano et al., 2021). Проте, недостатнім лишається число праць, присвячених саме психологічному вимірові здоров'я, що, зокрема, пов'язано із низьким потенціалом фінансування сектору профілактики (Peng & Yan, 2022).

Узагальнюючи вищенаведене, слід зазначити, що еволюція психологічних підходів до турботи про здоров'я демонструє поступовий перехід від індивідуалістичних моделей до багаторівневих, інтегративних і технологічно орієнтованих підходів. Разом з тим, у розвитку категорії поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, можна прослідкувати її послідовне відокремлення від інституційної парадигми та набуття більшої рівності. Таким чином, можемо констатувати наявність чіткої тенденції до специфікації у психологічних дослідженнях турботи про здоров'я. Хоча фокус змістився в бік більш всеосяжного розуміння здорової поведінки, Коннер та Норман (Conner & Norman, 2023) стверджують, що складність цієї поведінки все ще може бути занадто спрощеною в існуючих моделях, що потребує подальших досліджень, для виявлення нюансів здорової поведінки в різних групах населення.

Отже, турбота про здоров'я поступово, протягом розвитку психологічного знання, набувала діяльнісних характеристик. Зокрема, розширювалося поле потенційних предикторів, що визначають результати, які є важливими для здоров'я, але, разом з тим, і поле процесуальних аспектів: дій та операцій, що лежать в основі виконуваної діяльності спрямованої на здоров'я. Мотиваційний аспект набув суттєвого значення та сприяв становленню агентності. Наразі турбота про здоров'я асоціюється з посиленням агентності, що відображається у здатності індивіда усвідомлено планувати й здійснювати дії, спрямовані на досягнення оптимального рівня здоров'я. Останнє передбачає врахування як внутрішніх, так і зовнішніх чинників, які впливають на здоров'я, таких, як самоєфективність, соціальна підтримка та доступ до ресурсів.

Хоча дослідження ранніх етапів фокусувалися переважно на індивідуальній поведінці, пізніші моделі враховують соціальні, екологічні

та культурні контексти, що впливають на здоров'я. Не зважаючи на це, дослідницькі доробки XXI століття орієнтовані більшою мірою на інституційні впливи, а прикладні дослідження та інтервенції частіше звертаються до традиційної біомедичної моделі. Насамкінець, у контексті розробки моделей існує потреба подолання обмежень традиційних когнітивних підходів та розуміння турботи як цілеспрямованої дії.

1.3. Аналітичний огляд сучасних підходів до вивчення турботи про здоров'я

Звертаючись до оглядів актуальних досліджень у галузі наук про здоров'я, можна помітити їх спрямованість на вирішення окремих проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Зазначене є продовженням історичної тенденції до досліджень, орієнтованих передусім на хворобу, а не на здоров'я (Fleischer et al., 2006). Значна кількість робіт висвітлює психосоціальні аспекти окремих клінічних станів, як-от: безпліддя (Zhu et al., 2022), онкологічні захворювання (Fox et al., 2021), нейрорізноманіття (Gong et al., 2023) та ін. Як зазначають Амбюль та Ін'єн, «дослідження психології здоров'я, за своєю суттю, залежать від контексту» [health psychology research is inherently context specific] (Ambuehl & Inauen, 2022, para. 1). Зазначений фокус унеможливорює висвітлення категорії здоров'я у ширшому її значенні. Зокрема, дискретний підхід обмежує дослідження здоров'я як благополуччя, а також здоров'я громади поза основними епідемологічними показниками (Cueva et al., 2023). Проте результативність дискретних досліджень для клінічної практики виправдовує зазначену диспропорцію, оскільки розв'язання окремих проблем, пов'язаних зі здоров'ям та турботою про нього, є провідною метою клініцистів, що працюють за чинними моделями медичного догляду. Натомість загальні оглядові дослідження у галузі також зберігають тенденцію до звуження обсягу. Здебільшого це зумовлено методологічною складністю реалізації «широких» оглядів та потребою виокремлення чітких дослідницьких запитань. Крім того, результативність загальних оглядових робіт обмежена

дисциплінарним розривом напряму дослідження здоров'я та відсутністю єдиної системи стандартизації термінів індексування (Humboldt-Dachroeden et al., 2020).

Оскільки дослідження щодо здоров'я, а також поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, є динамічними, тобто суттєво змінюються залежно від соціокультурного контексту, визначення актуальних тенденцій є необхідним для оцінки доцільності та релевантності моделей для опису досліджуваного явища. Для розв'язання цієї задачі було обрано метод бібліометричного аналізу, з огляду на його ефективність для опису значного масиву накопичених неструктурованих даних. Первинною метою досліджень за цим методом є конкретизація змістів великого обсягу наукових знахідок. Згідно Донту та ін. (Donthu et al., 2021), бібліометричний огляд уможливорює досягнення чотирьох основних результатів: (1) узгодження різнорідних доробків, (2) визначення прогалів в актуальній літературі та (3) напрямів подальших досліджень, а також (4) оцінювання їх прогностичного внеску у відповідній галузі. Первинна мета огляду у даній роботі – конкретизація напряму дослідження, а саме – визначення теоретичної основи для створення операціональної моделі дослідження.

Отже, пошук публікацій виконано в системі наукометричної бази даних Scopus. Хоча об'єднання записів Scopus та Web of Science Core Collection є найбільш повним методом підбору без втрат значущих даних, Donthu та ін., рекомендують звертатися до однієї з баз даних, щоб уникнути етапу консолідації та супутніх помилок (Donthu et al., 2021). Технічні обмеження аналізу різних наборів даних, зокрема, різниця джерел та періодів індексування, суттєво ускладнюють процес обробки даних (Taj et al., 2019). Ключові слова для пошуку підібрано за результатами попереднього нарративного огляду: здоров'я, поведінка, переконання, ставлення та промоція. Оскільки пошук у системі Scopus передбачає можливість пошуку за основою зведено до коротких форм визначники за зазначеними категоріями: health*, behav*, belie*, promot* та attitude. Отже,

до огляду включено 3782 записи, на основі яких було виконано аналіз продуктивності, наукове картування та мережевий аналіз.

Низькі значення цитованості, ймовірно, відображають менше охоплення публікацій соціального спрямування досліджень здоров'я, на противагу біомедичним. Проте варто зазначити, що дані щодо цитувань надаються згідно з записів бази даних Scopus та не включають незалежні видання, що формують значний масив досліджень національного рівня. Відповідно до загального числа посилань (17,9289) можемо припустити емпіричну орієнтованість робіт та меншу кількість оглядових та аналітичних публікацій. Значення авторських ключових слів (8,854) та термінів індексування (7,733) різняться незначною мірою, тож визначений масив охоплює суміжні тематичні категорії, і не обмежується власне психологічним спрямуванням, що підтверджується результатами мережевого аналізу ключових слів. Характерна тенденція до зниження дослідницької продуктивності за один календарний рік у припустимих межах 1–15% від кількості робіт попереднього року. Тож, відповідні зміни можуть тлумачитися як асоційовані із переглядом актуальності дослідницьких проєктів у короткостроковій перспективі. Примітна кількість міжнародних дослідницьких робіт (26.9%) передбачає аналіз мережі співпраці та розподілу продуктивності за країнами. З огляду на актуальну тенденцію американізації, як прояву інтенсивного глобалізаційного процесу, можемо припустити, що наслідки дослідницьких проєктів значною мірою формуються під впливом парадигми, заданої фахівцями США. Натомість країни Східної Європи, як-от: Угорщина, Чехія та Україна, – демонструють дещо нижчу продуктивність досліджень у сфері охорони здоров'я, із загальною кількістю від 1 до 15 статей за період із 2018 до 2023 р.

Зазначена перевага підтверджується результатами оцінювання коефіцієнтів закону Лотка (Lotka's law) для наукової продуктивності. Бета-коефіцієнт (3.6) значущо відрізняється від передбаченого законом Lotka значення (2.0) за статистичної значущості на рівні $p = 0.001$. Водночас

модель обернених квадратів відповідає масиву даних ($R^2 = 0.97$). Тож, значна частка розподілу публікацій концентрована серед меншої кількості авторів, що, відповідно, визначають форму наукового дискурсу проблеми турботи про здоров'я. Зважаючи на визначені попередньо переваги продуктивності США, можна припустити, що саме розвинений інститут фінансування є основою такою диспропорції. Зокрема, висока вартість як організації дослідження, так і публікації результатів поза програмою Research4Life, можуть сприяти формуванню розриву між країнами в зазначеній галузі.

За кумулятивною частотою з-поміж досліджуваних джерел 1,304 належить до першої зони, 1,234 публікації належать до другої та 1,244 – до третьої. Відповідно, найбільш поширеними серед цільової аудиторії є журнали орієнтовані на окремі форми турботи про здоров'я та пов'язані з ними клінічні стани, а також журнали ширшого обсягу. Не характерне домінування певного видавця серед провідних журналів. Разом з тим, помітна стійкість активності останніх у визначений проміжок часу. Характерне зниження активності фахових журналів, які публікують знахідки щодо певних клінічних станів (AIDS Behav., Psycho-Oncol., AIDS Care). Зважаючи на диверсифікацію журналів за напрямом психології здоров'я, ймовірно, автори схильні публікувати роботи на суміжні теми в нових виданнях, що мають ширший тематичний обсяг (Front. Psychol.). Зокрема, це засвідчує розширення внеску психології здоров'я як самостійної галузі. Натомість зберігається стійкий рівень активності журналів, що безпосередньо орієнтовані на висвітлення зазначеної теми (Health Psychol., J. Health Psychol., Br. J. Health Psychol.). Окрім того, подібна тенденція характерна для журналів, що звертаються до окремих форм турботи про здоров'я (Appetite, Arch. Sex. Behav.). Можемо припустити, що дослідження певних типів поведінки, пов'язаної зі здоров'ям (харчова, сексуальна поведінка, фізична активність та ін.), відповідають окремим тематичним категоріям у інтелектуальній структурі галузі.

Звертаючись до огляду найбільш впливових авторів, ми прагнемо визначити моделі, що використовуються цією категорією науковців. Зокрема, найбільшу кількість статей та високі значення за всіма індексами має Гаггер (Hagger), що засвідчує впливовість автора в проблемній галузі. Основні проблеми, які висвітлено у його роботах – це прояснення психосоціальних умов промоції здоров'я, сприяння фізичній активності та інтервенції, що базуються на ТПП та ППТЗ. Власне, найпоширенішим внутрішнім цитуванням є спільна робота Гаггера, Чжан та Чжан (Zhang et al., 2019), що висвітлює результати метааналітичного огляду моделі ППТЗ, а найбільш цитованими авторами є саме Гаггер та Гамільтон (Hamilton). Натомість Вотерс (Waters), Лю (Liu) та Коннер (Conner), імовірно, мають менший відгук від спільноти, проте високий коефіцієнт домінування надає можливість припустити, що вони орієнтовані на роботу в характерній ніші (Waters et al., 2021; Wu et al., 2021). Зокрема, Коннер (Conner et al., 2022) висвітлює проблему переконань та бар'єрів поведінкової зміни.

Можемо зробити попередній висновок щодо тенденцій у цьому спрямуванні, зокрема, ключові теми останніх років підпадають під категорію досліджень, для яких доцільнішою є імплементація саме моделі НАРА (див. рис. 1.3.).

Моделі ППТЗ та ТПП слугують основою для впливових робіт, у яких розглянуто ширші категорії здоров'я, зокрема, психологічні умови промоції та превенції. Власне найбільш цитовані роботи загалом у зазначеному масиві записів підтверджують наведені тенденції до використання моделей ТПП та ППТЗ як основи досліджень, що розглядаються.

Найбільш актуальними та поширеними наразі є теми превенції та поведінки пов'язаної із ВІЛ, а також фізична активність у кластері з проблемою адипоцитозу. Зважаючи на результати аналізу еволюції тем та варіанти мапування з кластеризацією за алгоритмами Leiden та Fast Greedy, можемо зазначити, що превенція ВІЛ та промоція фізичної активності помірно переходять до категорії базових тем, натомість дослідження ожиріння можуть бути відокремлені до самостійного нішевого кластеру.

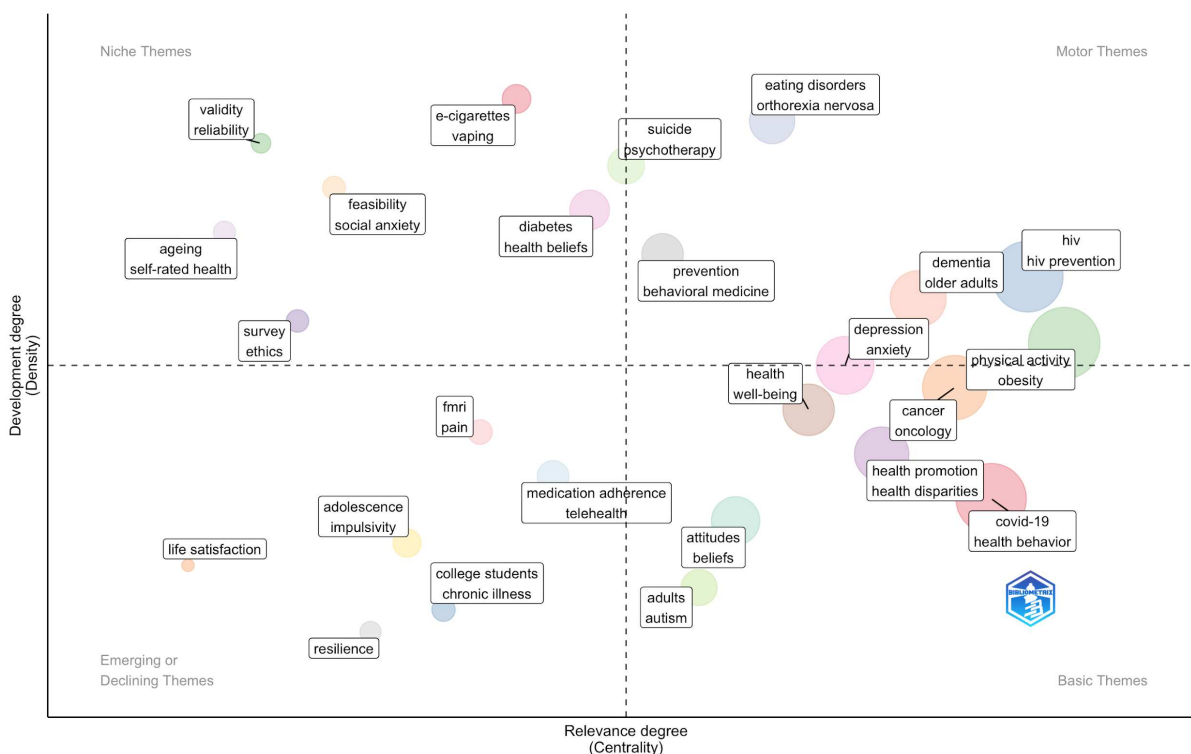


Рис. 1.3. Тематичні тренди досліджень турботи про здоров'я

Дослідження вікових змін та харчової поведінки наразі досить помітно набувають поширеності, хоча тривалий час теж належали до нішевих. Загальна проблематика переконань щодо здоров'я та його промоції наразі набула нового перегляду та поступово стає більш релевантною (див. рис. 1.4.).

Ключовими периферійними темами є психометрія та методологія в галузі дослідження здоров'я. Натомість дослідження щодо споживання нікотину та діабету мають неабиякий потенціал актуалізації, з огляду на високий рівень релевантності та помірний зсув за віссю розробленості. Варто зазначити, що специфічність нішевих тем також пов'язана із недостатньою інтегрованістю у межах ширшого дискурсу турботи про здоров'я. Зокрема, це помітно за тенденцією до збільшення продуктивності в напрямі телездоров'я та досліджень адгеренсу, що є наслідком формування зв'язків із центральними темами. Крім того, стрімко розвивається напрям турботи про психічне здоров'я. З цієї групи суттєвий потенціал у робіт, орієнтованих на використання технології

нейроімеджингу, що набуває актуальності. Крім того, зростає продуктивність щодо проблеми відтермінування турботи про здоров'я та поведінкових ризиків, як складників кластеру промоції, що чітко виокремлюється серед публікацій 2023 року.

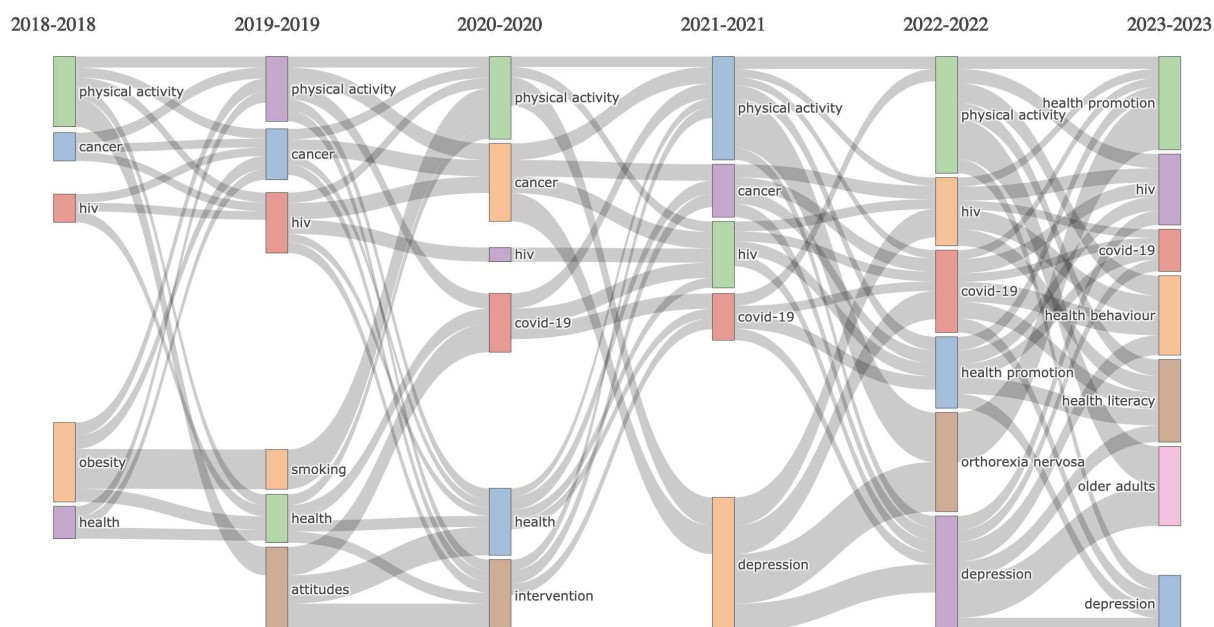


Рис. 1.4 Розвиток ключових тем досліджень турботи про здоров'я

Визначено наскрізні теми, що зберігаються протягом усього періоду, що досліджувався. Зокрема, на представленій візуалізації тема промоції фізичної активності фрагментована у 2023 році, проте зберігається при кластеризації за Leiden. Відносна стійкість досліджень ВІЛ та онкології, при чому остання вже перейшла до групи класичних тем. Психонкологія як окрема тема здебільшого збережена до 2021 року за різних варіантів мапування, що може свідчити про певний зсув на початку 2022 року.

Напрямок поведінкової медицини сприяв формуванню досліджень поведінки, пов'язаної із психічним здоров'ям. І водночас наслідки COVID для психічного здоров'я стали передумовою для посилення міждисциплінарних розвідок щодо взаємодії соматичного та психічного здоров'я з 2021 року. Примітна зміна ключових категорій у 2023 році, що визначає перехід до поведінкової, психосоціальної парадигми в описі

турботи про здоров'я. Неабиякого поширення набуває категорія промоції та грамотності, помітною стає категорія поведінки пов'язаної зі здоров'ям.

Разом з тим, дослідження відтермінування, хоч і стають більш доцільними, не мають широкої представленості серед ключових публікацій визначеного періоду. Продуктивність авторів щодо цієї тематики зростає послідовно. Прокрастинація залишається постійною сферою інтересів, проте представленість відповідних публікацій у спільноті є меншою. Термін «захисна поведінка» набрав поширеності з 2020 року, демонструючи помітне зростання від нуля випадків у 2018–2019 роках до приблизно 4–5 випадків до 2023 року (див. рис. 1.5).

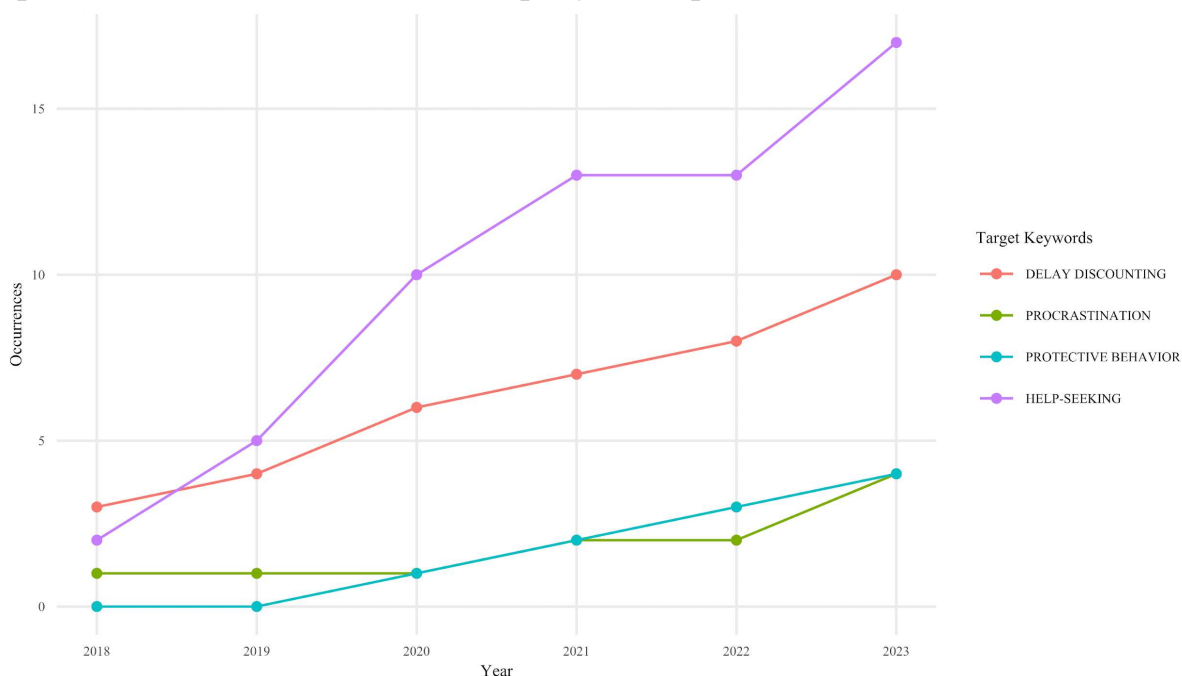


Рис 1.5. Частота вживання ключових слів з теми відтермінування

Це зростання може бути пов'язане з підвищеною увагою до поведінки, що захищає здоров'я, у світлі глобальних криз у сфері охорони здоров'я, таких, як пандемія COVID-19.

Дані підкреслюють значне зростання дискусій навколо категорій пошуку допомоги та гіперболічного дисконтування, що відображає зростаючий акцент на цих темах у дослідженнях поведінкових та наук здоров'я, загалом. Проблема захисної поведінки набула популярності в останні роки, ймовірно, під впливом глобальних проблем охорони

здоров'я. Тим часом, прокрастинація демонструє стабільне, але обмежене зростання, що свідчить про нішевість у контексті досліджень. Поява категорії захисної поведінки, як теми дослідження, підкреслює динамічний характер досліджень поведінки щодо здоров'я, особливо у відповідь на глобальні кризи, такі як пандемії.

Отже, помітні тенденції розмежування клінічно-орієнтованих публікацій та власне психологічних зі збереженням біопсихосоціальної парадигми. Праці найбільш цитованих авторів мають чітку психосоціальну спрямованість. ТПП та ППТЗ є провідними моделями, що формують теоретичну основу досліджень напрому. Визначено класичні наскрізні теми, зокрема, промоція фізичної активності, психоонкологічний напрям та превенція ВІЛ/СНІД. Актуальними напрямками є дослідження поведінки, пов'язаної із психічним здоров'ям та харчовою поведінкою, а також геронтопсихологічний вектор. У межах теми промоції здоров'я перспективними темами можна назвати дослідження проблеми відтермінування турботи про здоров'я, ефективності нейроімеджингу та дигіталізації. Хоча прокрастинація залишається нішевою темою, її перетини з категоріями дисконтування та промоції визначають доцільність більш комплексного дослідження. Збільшення кількості публікацій щодо зазначених категорій засвідчує актуальність дослідження явищ, пов'язаних із відтермінуванням турботи про здоров'я.

1.4. Сучасні підходи до вивчення психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я

Необхідною складовою подолання викликів щодо турботи про здоров'я, є використання комплексних моделей поведінки та діяльності, що визначають дослідницьку процесуальність. Моделі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, визначають категорії аналізу та їх взаємозв'язки, зокрема, з позиції діади «намір-поведінка». Зазначені моделі полегшують ідентифікацію модераторів, які впливають на силу зв'язку між наміром та поведінкою, а отже й на розрив між ними. Відповідно доцільним є огляд

актуальних моделей, що використовуються для опису досліджуваного явища.

Передусім, необхідно конкретизувати явище розриву турботи про здоров'я. Неспроможність особистості до втілення наміру у діях є конкретним випадком прокрастинації турботи про здоров'я. Власне, поняття прокрастинації щодо турботи про здоров'я позначає загальну тенденцію до відкладання або уникання дій, спрямованих на підтримку та покращення здоров'я. Проте ця категорія охоплює як свідомі, так і несвідомі випадки відтермінування дій, що мають позитивний вплив на фізичний та психічний стан, таких як регулярні медичні огляди, фізичні вправи, прийом ліків, дотримання дієтичних рекомендацій або зміна шкідливих звичок (Sirois & Puchyl, 2013). Оскільки прокрастинація в контексті здоров'я є багатофакторним явищем, що включає психологічні, соціальні та поведінкові аспекти, поширеним є виокремлення окремих аспектів з метою їх вивчення та коригування.

Дослідження в цій галузі вказують, що відтермінування турботи про здоров'я загалом може бути пов'язане з низькою мотивацією, страхом перед можливими негативними наслідками, перфекціонізмом або відчуттям власної безпорадності (Sirois, 2007). Зокрема, люди, схильні до прокрастинації, часто уникають здорових практик через занепокоєння щодо їхньої ефективності або через побоювання зазнати невдачі у дотриманні рекомендацій щодо здорового способу життя (Rozenal & Carlbring, 2014). Вплив прокрастинації турботи про здоров'я на індивідуальне благополуччя є значним. Доведено, що відкладання медичних процедур, профілактичних заходів та інших форм самоопіки підвищує ризик розвитку хронічних захворювань, ускладнює їхнє лікування та сприяє погіршенню якості життя (Steel, 2007). Крім того, постійна прокрастинація може створювати цикл самообвинувачення і тривоги, що ще більше поглиблює проблеми зі здоров'ям та знижує здатність людини до позитивних змін (Sirois, 2014).

Розуміння механізмів прокрастинації турботи про здоров'я та її детермінант є важливим кроком у розробці ефективних інтервенцій, спрямованих на підвищення участі у здоровій поведінці. Впровадження психологічних стратегій, таких, як когнітивно-поведінкова терапія та мотиваційне консультування, є перспективними напрямками для подолання цієї поведінки (Ferrari & Tice, 2000). Таким чином, прокрастинація турботи про здоров'я виступає важливим фактором, який слід враховувати у дослідженнях та практиці охорони здоров'я.

Прокрастинація, як складна форма автономії агента, відображає тонку межу та водночас конективи між детермінізмом та волевиявленням. Ірраціональне відтермінування загалом засвідчує обмеженість у інтерпретації свободи волі на особистісному рівні: відсутня відповідь щодо міри агентності у відтерміновуванні (у значенні процесу). Цінні висновки надають нейропсихологічні дослідження явища прокрастинації. Зокрема, згідно з результатами актуальних оглядів, як зазначено у роботі Кодіна та ін. (Codina et al., 2018), характерний зв'язок між мірою схильності до зазначеної форми дезадаптивної поведінки та об'ємом сірої речовини кластерів парагіппокампальної звивини, а також орбітальної кори. Водночас негативні кореляції встановлено з об'ємом сірої речовини кластерів нижньої лобової звивини та середньої лобової звивини. Можемо припустити, що оскільки значну роль відіграють саме зони, що пов'язані з регуляцією емоцій та самоконтролем, характерні певні вроджені чи засвоєні протягом зростання схильності до відтермінування, які можуть потребувати більш вагомих трансформацій від особистості для її подолання. При цьому наразі бракує інформації щодо того, які саме форми відтермінування пов'язані із вказаною схильністю, а розрізнення ірраціональної та раціональної прокрастинації у цьому напрямі не виконувалося. Разом з тим доцільно припустити, що знижена здатність до саморегуляції може характеризувати обидві форми різною мірою, проте категорія ставлення видається більш описовою саме щодо інтенційно-поведінкового розриву. Варто розглянути окремо форму відтермінування за

якої особистість спроможна до формулювання наміру, проте не виконує заплановані дії.

Інтенційно-поведінковий розрив у поведінці, пов'язаний зі здоров'ям, характеризує неспроможність особистості втілити усвідомлюваний намір збереження та зміцнення здоров'я. З огляду на представлене попередньо визначення, поняття турбота про здоров'я використовується для позначення реалізованих намірів. Ризик «застрягання» між інтенцією та дією зберігається щодо кожної із категорій та перешкоджає ефективному втручанню або ж унеможлиблює його. Водночас технологічна модель медичного догляду, орієнтована на вирішення окремої проблеми поза загальною системою добробуту особистості, зумовила зменшення ваги самодетермінації щодо здоров'я, збільшивши наявний розрив. На рівні з іншими викликами, забезпечення охорони здоров'я ускладнене також відстороненістю агента, що відображається в понятті інтенційно-поведінкового розриву (*intentional-behavioral gap*). Цим терміном позначено нездатність втілити сформований намір піклуватися про власне здоров'я. Суміжним є поняття прокрастинації турботи про здоров'я (*health procrastination, health-related procrastination, healthcare delay*), тобто відтермінування відповідних дій. Прокрастинація описує тенденцію не виконувати в моменті необхідну для збереження чи відновлення здоров'я дію, у той час як розрив – ірраціональну, пасивну прокрастинацію.

Модель переконань щодо здоров'я (Health Beliefs Model, HBM) є класичною рамкою досліджень здоров'я, що моделює когнітивні механізми діяльності, пов'язаної зі здоров'ям. З позиції HBM саме параметри когнітивного рівня обумовлюють індивідуальну поведінку в контексті профілактики та лікування. Модель було створено з метою пояснення чинників прийняття чи опору здоровій поведінці. Підхід HBM наголошує на ролі передбачуваної вразливості, тяжкості захворювання, переваг і перешкод для дії, самоефективності та зовнішніх сигналів (Jones et al., 2015). Застосовність цієї моделі обмежено поширюється на усунення розриву між наміром і поведінкою, коли існує розрив між заявленими

намірами індивідів та їх фактичною поведінкою щодо здоров'я. Проте НВМ визначає переконання та вірування особистості щодо власної вразливості чи сприйманий дистрес, пов'язаний із хворобою, наріжними факторами, що передбачають готовність особистості прийняти та імплементувати турботу про здоров'я (див. рис. 1.6).

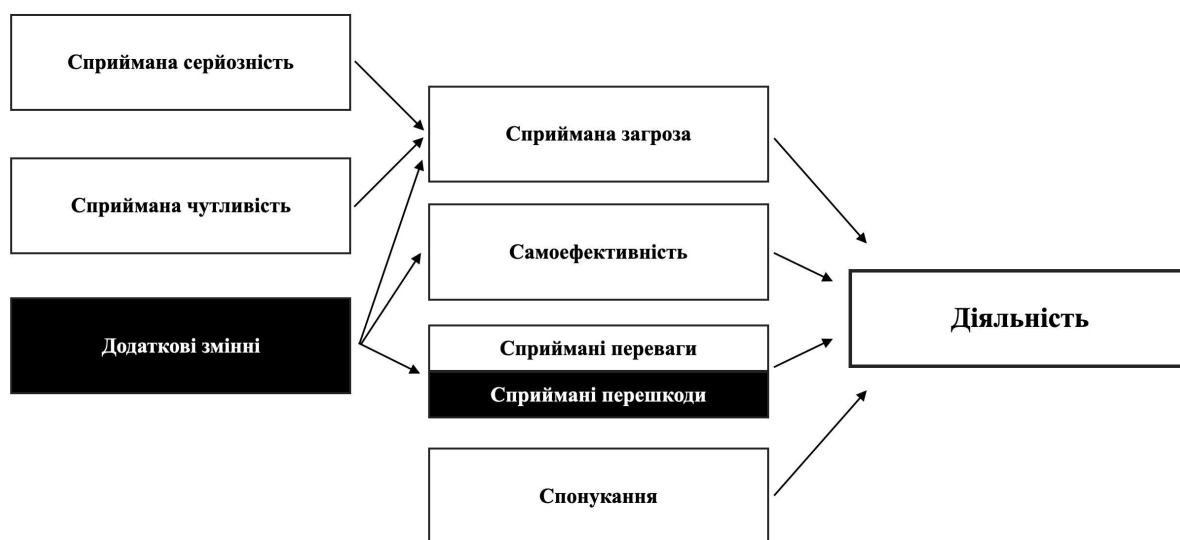


Рис. 1.6. Візуалізація моделі переконань щодо здоров'я

Карпентер (Carpenter, 2010) підкреслює синергетичний вплив передбачуваних переваг (наприклад, ефективність профілактичних заходів) і перешкод (наприклад, труднощі в доступі) на рішення щодо здоров'я. Ця взаємодія стає вирішальною для розуміння розриву між наміром і поведінкою, оскільки люди можуть демонструвати високі наміри, але не діяти через уявні перешкоди або низьку самоефективність. Включення самоефективності в НВМ — впевненість людини у своїй здатності діяти — звертається до ключового фактора, який поєднує наміри та поведінку. Зовнішні сигнали, такі як симптоми чи кампанії з охорони здоров'я, служать проксимальними тригерами, перетворюючи абстрактні наміри на відчутну поведінку (Shmueli, 2021).

Емпіричні дослідження демонструють корисність НВМ для розуміння розриву між наміром і поведінкою, особливо в профілактичних

заходах здоров'я. Наприклад, під час пандемії COVID-19 люди з підвищеним уявленням про вразливість і серйозність, швидше за все, дотримувалися вказівок щодо соціального дистанціювання та носіння масок (Shmueli, 2021). Разом з тим, в ситуації пандемії сприймана перевага вакцинації над ризиками смертності унаслідок хвороби суттєво сприяли зростанню рівня вакцинацій. Ці висновки ілюструють, як НВМ інформує про дизайн втручань у сфері громадського здоров'я, націлюючись на конкретні когнітивні та мотиваційні бар'єри.

Незважаючи на надійну структуру, НВМ не позбавлений обмежень. Критики підкреслюють його вузьку спрямованість на когнітивні процеси, часто нехтуючи впливом соціальних і емоційних факторів, які сильно впливають на поведінку (Jones et al., 2015). Наприклад, вплив однолітків або емоційний опір змінам за своєю суттю не розглядаються в параметрах НВМ. Інтегративні підходи, такі як поєднання НВМ з ТПП, були запропоновані для підвищення її пояснювальної та прогностичної цінності. Включаючи такі конструкції, як суб'єктивні норми та сприйнятий поведінковий контроль, такі гібридні моделі забезпечують більш повний опис соціальних і структурних детермінант поведінки (Montanaro & Bryan, 2018).

НВМ залишається ключовою моделлю для дослідження розриву між наміром і поведінкою, пропонуючи структурований підхід для визначення когнітивних і мотиваційних бар'єрів, які перешкоджають виконанню поведінки. Його акцент на передбачуваній вразливості, серйозності та самоєфективності дає практичну інформацію для стратегій громадського здоров'я. Проте його прогностична сила узалежнена від комплементарних соціальних та емоційних аспектів.

Теорія запланованої поведінки (Theory of Planned Behaviour, ТПП) – це когнітивно-соціальна рамка опису поведінкових намірів, як результату установок, суб'єктивних норм та уявного контролю поведінки (РВС). Представляючи РВС, ТПП розширює теорію обґрунтованих дій,

протиставляючи РВС фактичному контролю поведінки, як висвітлено на

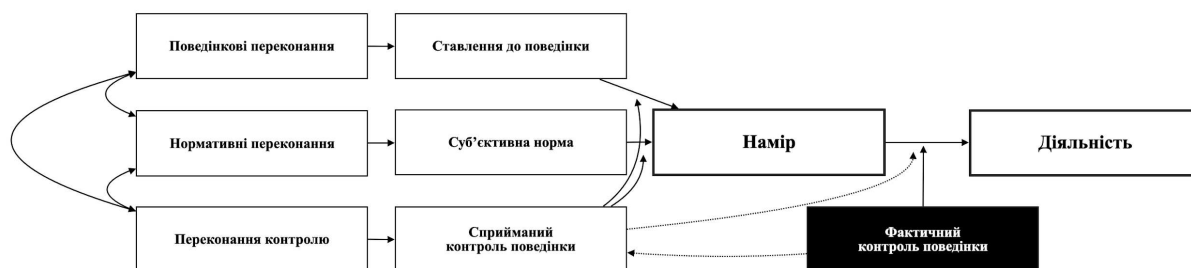


Рис. 1.7. Візуалізація теорії запланованої поведінки

рис. 1.7.

Ставлення являють собою оціночні судження про поведінку, виведені з переконань щодо її наслідків та їх бажаності. Позитивне ставлення до поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я, підвищує ймовірність формування наміру (Ajzen, 2019). Відображаючи передбачувані соціальні очікування, суб'єктивні норми фіксують мотиваційний вплив значущих інших на поведінку, підкреслюючи соціальну вкоріненість процесів прийняття рішень. Сприйнятий поведінковий контроль (perceived behavioural control, РВС) – це подвійна рольова конструкція, що безпосередньо передбачає поведінку та модерує перетворення намірів у дії. Він охоплює як самоефективність (впевненість у своїх можливостях), так і керованість (зовнішні бар'єри), підкреслюючи вплив ситуації на свободу волі. ТПП забезпечує критичне розуміння розриву між наміром і поведінкою, визначаючи РВС як ключового модератора. Високий РВС полегшує виконання намірів шляхом пом'якшення бар'єрів, тоді як низький РВС може порушити шлях намір-поведінка навіть за наявності сильних намірів. Ця динаміка підкреслює роль ситуаційних і психологічних обмежень у впровадженні здорової поведінки.

Структура ТПП пропонує дієві стратегії для звуження розриву між наміром і поведінкою, такі як підвищення самоефективності шляхом розвитку навичок, зменшення сприйнятих бар'єрів і використання

нормативних впливів. Наприклад, втручання, спрямовані на охоплення вакцинацією, можуть усунути помилкові уявлення про ефективність (ставлення), використовувати підтримку колег (суб'єктивні норми) і надавати матеріально-технічну підтримку (зокрема щодо розвитку РВС) для подолання намірів і поведінки. ТПП висвітлює взаємодію між когнітивними та контекстуальними детермінантами поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, пропонуючи тонкий погляд на зв'язок «намір-поведінка». Його акцент на РВС забезпечує шлях для усунення прогалини, що робить його основоположною моделлю як для теоретичного дослідження, так і для розробки практичного втручання. ТПП розглядає намір як основний предиктор реальної поведінки, що формується під впливом трьох компонентів: ставлення до дії, суб'єктивних норм та сприйнятого поведінкового контролю (Ajzen, 1991). Ставлення відображає позитивну чи негативну оцінку індивідом певного вчинку. Суб'єктивні норми відображають сприйняття соціального тиску з боку значущих людей (Fishbein & Ajzen, 2010). Контроль над поведінкою визначає віру людини у свою здатність здійснити певні дії, враховуючи можливі перешкоди.

Сучасні дослідження підтверджують ефективність ТПП у прогнозуванні різних видів здорової поведінки, включаючи фізичну активність, здорове харчування та профілактику захворювань (McEachan et al., 2016). Наприклад, позитивне ставлення до фізичних вправ, підтримка з боку соціального оточення та висока самоефективність пов'язані з підвищеною ймовірністю займатися спортом (Hagger et al., 2018). У контексті вакцинації проти COVID-19 компоненти ТПП, зокрема контроль і суб'єктивні норми, були значущими предикторами наміру вакцинуватися (Shmueli, 2021). Це підкреслює необхідність інтервенцій, спрямованих на підвищення самоефективності та врахування соціального впливу.

ТПП також має обмеження, зокрема недооцінку емоційних та несвідомих факторів, що впливають на поведінку (Sniehotta et al., 2014). Деякі дослідники пропонують розширити модель, включивши додаткові компоненти, як-от моральні норми та емоційні впливи (Rivis et al., 2009).

Незважаючи на це, ТПП залишається однією з найпоширеніших теорій у сфері психології здоров'я завдяки універсальності та простоті застосування. Інтеграція ТПП з іншими моделями може підвищити її прогностичну силу та допомогти створити більш ефективні інтервенції (Hagger et al., 2020).

Процесуальний підхід турботи про здоров'я (Health action process approach, ППТЗ) – це соціально-когнітивна основа, призначена для прогнозування та сприяння змінам поведінки, пов'язаних зі здоров'ям. Вона вирізняється з-поміж інших моделей акцентом як на мотиваційній, так і на вольовій фазах, охоплюючи динамічний характер прийняття та підтримки здорової поведінки. Ця двофазова структура окреслює процеси, пов'язані з формуванням намірів і перетворенням цих намірів у тривалу дію.

Мотиваційна фаза ППТЗ охоплює ключові когнітивні та афективні детермінанти, які сприяють формуванню намірів. Три основні конструкції є центральними на цьому етапі: очікувані результати, самоефективність та сприйманий ризик – тобто проспективні категорії особистісного рівня. Очікувані результати відображають переконання людини щодо очікуваних наслідків певної поведінки для здоров'я. Позитивні очікування щодо переваг дії (наприклад, покращення самопочуття чи зниження ризику захворювання) сприяють сильнішим намірам діяти. Натомість, самоефективність – це впевненість у своїй здатності успішно виконувати певну поведінку, навіть незважаючи на виклики. Це критично важливий показник того, чи формують люди наміри, і ймовірність подальших дій. Сприйманий ризик – суб'єктивна оцінка особи щодо її вразливості до несприятливих наслідків для здоров'я (Zhang et al., 2019). Незважаючи на важливе значення, одного тільки сприйняття ризику недостатньо для ініціювання зміни поведінки без наявності сильної самоефективності та сприятливих очікуваних результатів.

Вольова фаза стосується процесів, необхідних для втілення намірів у дії, підкреслюючи важливість стратегічного планування та подолання

перешкод. Виділено дві форми планування: визначення контексту та планування подолання. Контекстуалізація (коли, де і як) запланованої поведінки. Розробляючи конкретні плани, люди створюють підказки, які сприяють автоматичному початку бажаних дій. планування подолання передбачає потенційні перешкоди та окреслює стратегії їх подолання. Активно вирішуючи проблеми, люди покращують свою здатність підтримувати послідовність поведінки, незважаючи на збої. Ці механізми планування опосередковують зв'язок «намір-поведінка», діючи як міст між мотиваційною та вольовою фазами. Дослідження свідчать про те, що особи, які займаються як діями, так і плануванням подолання, демонструють більшу прихильність до здорової поведінки, особливо в таких контекстах, як припинення куріння, фізична активність і лікування хронічних захворювань (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Двофазна структура ППТЗ забезпечує надійну структуру для розробки заходів зі зміни поведінки. Наприклад, у програмах відмови від куріння мотиваційна фаза може бути зосереджена на підвищенні усвідомлення ризиків і переваг для здоров'я, тоді як вольова фаза наголошує на розробці детальних планів відмови від куріння та контролю стресових факторів, таких як соціальний тиск або симптоми абстиненції (Schüz et al., 2009). Подібним чином, у програмах контролю ваги або фізичної активності планування подолання дає змогу людям долати загальні бар'єри, такі як брак часу або втома (Schwarzer et al., 2011). Модель ППТЗ зробила значний внесок у розуміння здорової поведінки шляхом об'єднання когнітивних, емоційних і контекстуальних факторів у єдину структуру. Його акцент на самоефективності підкреслює роль особистої волі в зміцненні здоров'я, тоді як його включення конструкцій планування забезпечує дієві стратегії для зміни поведінки (див. рис. 1.8.).

Можливість адаптації моделі до різноманітних контекстів охорони здоров'я підкреслює її корисність як для дослідників, так і для практиків, які прагнуть розробити ефективні заходи (Schwarzer, 2008).

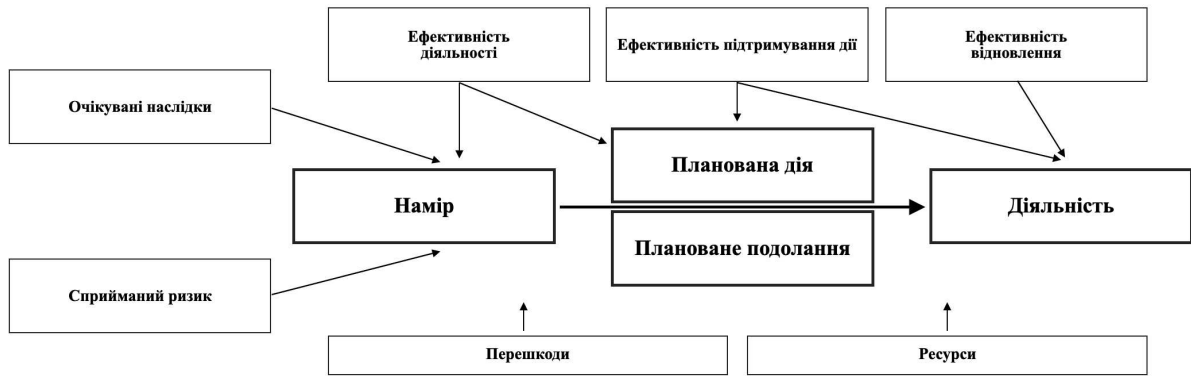


Рис. 1.8. Візуалізація процесуального підходу турботи про здоров'я

Спільною рисою зазначених моделей Rebar та Rhodes (2020) визначають орієнтованість на очікуваний результат, що формує основу мотиву виконуваної дії. Водночас ППТЗ має характерні обмеження щодо післяопераціонального рівню реалізації наміру турботи про здоров'я (тобто для вирішення питання чи одиничний випадок успішно виконаної дії пов'язаний із тривалішою успішною турботою про здоров'я). Окремо варто розглянути концептуальну рамку багаторівневого підходу керування дією – The Multi-Process Action Control, БПКД (див. рис. 1.9).

Зокрема, у напрямі психології здоров'я цю модель вперше використано для операціоналізації прихильності та залученості осіб до фізичної активності, що уможлиблює її перенесення у вимір інших форм турботи про здоров'я (Rhodes, 2017). Родес (Rhodes, 2021) називає БПКД наступником попередніх моделей галузі психології здоров'я, значну частку яких висвітлено вище у роботі. Значущою якістю БПКД у контексті представленого дослідження слугує орієнтованість моделі на контроль дії, тобто операційний рівень трансформації інтенції у фактичну дію.

Таким чином, доцільно припустити застосовність моделі для подолання розриву шляхом посилення контролю дії. Характерною особливістю моделі є її орієнтованість на досягнення прикладних цілей зміцнення здоров'я, що визначає перевагу горизонтальних зв'язків (зокрема, втручання на відповідних рівнях) над вертикальними. Таким



Рисунок 1.9. Візуалізація багаторівневого підходу керування дією

чином, безпосередньо перехід від одного етапу до іншого не формалізовано та не досліджено, проте виокремлення втручань релевантних для протидії розпаду зв'язку між наміром та поведінкою для кожного з них надає можливості вирішення поставленої в роботі проблеми. Згідно з моделлю, стійкий поведінковий шаблон формується унаслідок поступової та послідовної реалізації низки механізмів, що було узагальнено названо рефлексивними, регулятивними та рефлексивними (див. рис. 1.10).

Перша група процесів, рефлексивних, визначає усвідомлювані передбачувані результати конкретної діяльності, що визначаються середовищними та особистісними складовими.

Виокремлені складники є необхідними для утворення вираженого стійкого наміру діяльності, що виокремлюється з огляду на мотиваційно-потребову селективність. Відповідно, турбота про здоров'я передбачає відповідність планованої діяльності цінностям суб'єкта, що є передумовою для утворення наміру. При цьому, інтенсивність ціннісного компоненту, що у М-РАС втілено як інструментальне ставлення, у поєднанні зі сприйнятими можливостями, визначають лише початкову спроможність до формування наміру, натомість афективне ставлення та сприймана здатність мають коротшу темпоральну стійкість, що асоційовано з їх значущістю для первинної трансформації наміру в дії.



Рис. 1.10. Рефлексивні процеси ініціації та продовження за БПКД

Регулятивний рівень є наріжним каменем поведінкового контролю. Механізми регулятивного рівню формують основу для більшості моделей висвітлених попередньо. Таким чином, саме цей складник широко представлений у дослідницькому доробці, зокрема, у вигляді чинних моделей цілепокладання (проспективні механізми) та саморегуляції (реактивні механізми). Згідно з висновками Карраро та Гадрю (Carraro & Gaudreau, 2013) можемо провести паралель між регулятивним рівнем та диференціацією мотивів за теорією самодетермінації (Gillison et al., 2019).

Важливим внеском Родес та ін. є перегляд часового аспекту операційного розриву. Турботу про здоров'я досить часто розглядають як стратегічну поведінку, тобто таку, що передбачає певну консистентність, повторюваність та довгострокові цілі. Відповідно, саме підтримування поведінки в контексті поведінкового контролю є проблемою. Проте Родес та ін. (Rhodes et al., 2021), зазначають, що виклики стратегічного рівню можуть обмежувати реалізацію наміру в поведінці не лише щодо її підтримування, але й на етапі первинної ініціації діяльності. Зокрема це

пояснюється проспективністю рефлексивних механізмів та неузгоденістю між сприйманим результатом та ціллю суб'єкта. З огляду на це, регуляторні процеси, що сприяють зверненню до поведінкового досвіду безпосередньо, але не до віддалених наслідків, оцінено як більш ефективні (Segar & Richardson, 2014; Locke & Latham, 2006). У цьому контексті значну роль відіграють саме автоматичні тенденції, тобто послаблення свідомого контролю діяльності, що визначають проксимальний чинник розриву. Нарешті, рефлексивні процеси в БПКД — це ті конструкції, які розвиваються як наслідок повторюваного контролю за діями з часом (Rhodes, 2017). На цьому рівні відбувається упереджений відбір діяльності відповідно до ціннісних формацій. Проте досягнення рефлексивного контролю уможлиблюється за попереднього визначення віддаленої цілі, що матиме достатню узгодженість із селективними структурами відбору — тобто елементами ідентичності особистості.

У цьому контексті значущу роль відіграють саме переконання, зокрема експліцитні уявлення про кінцеву мету. Їхня первинна єдність має стійку еволюційну основу і тому зберігається у відтворюваних лінгвістичних формах та імпліцитних уявленнях (Wells et al., 2017). Цей зв'язок також притаманний експліцитним моделям здоров'я. Голістичний підхід прагне відійти від вектора лікувального процесу та акцентує на функціональності особистості. Зокрема, згідно з Лаллі та ін. (Lalley et al., 2021), здорова особа спроможна до самостійного контролю над власним здоров'ям. У цьому процесі життєтворчості відторгнення себе видається летальним для агента, що оперує висловом «живий-здоровий». Розрив визначає сутність функціонального здоров'я особистості — тобто її здатності до повноцінної реалізації у власному життєвому просторі — і не обмежується рамками галузі охорони здоров'я. Однак звернення до клінічної перспективи важливе для прояснення змісту самого розриву як основоположної категорії, що обмежує цю функціональність особистості.

Суттєвими є ускладнення в досягненні повноцінного життєвого досвіду в умовах вимушеного відторгнення певної діяльності.

Звертаючись до матеріалів напівструктурованих інтерв'ю отриманих під час дослідження теми: *«Я знаю як я хочу жити і я бачу фінальну точку, куди я повинна прийти... Проблема в тому, що между мною січас і мною потом – один шаг, який я не можу зробити»*. Доцільно звернути увагу на поняття відторгнення, що розкриває важливий аспект розриву, висвітлений у публікаціях, що висвітлюють результати дисертаційного дослідження (Kazakov, 2023). Особистість, що має сформований намір та усвідомлює його, не може вдатися до необхідної дії, оскільки відторгає її. І наріжне питання полягає в причині цього відторгнення. Звернення по медичну допомогу, здавалося б проста дія, часто запускає складний процес прийняття цього рішення. Цей приклад відторгнення можна зрозуміти через призму зіткнення з екзистенціальними реаліями, часто символічно представленими в медіа через образи медичної інфраструктури (Arenas-Rojas, 2021). Для багатьох людей заклади охорони здоров'я – це не просто фізичний простір, але втілення смертності та вразливості. Це помітно в настрої: *«Я не хочу думати про смерть, тому я не піду туди, де вона мешкає»*. Твердження відображає бажання уникнути загрози, що пов'язана із виконуваною дією. Уникнення є не просто питанням зволікання, але більшою мірою – захисним механізмом для збереження епістемологічної цілісності. Зіткнення з фактом власної смертності чи вразливості є відчутною загрозою світогляду.

Тобто уникнення передбачає розбіжність не тільки між запланованою дією та її виконанням (*«хочу, але не можу»*), але й між фактичною діяльністю та її символічним значенням (*«пройти курс лікування»* чи *«покладуть в дурдом»*). Розглядаючи перспективу роботи із проблемою розриву, варто зазначити, що основою слугує основоположне питання свободи волі. Прокрастинація як складна форма автономії агента відображає тонку межу та водночас конективи між детермінованістю та волевиявленням. Ірраціональне відтермінування загалом засвідчує обмеженість у інтерпретації свободи волі на особистісному рівні: немає чітких аргументів щодо міри агентності в цьому процесі (Codina et al.,

2018). Натомість розрізнення раціональної та ірраціональної форм прокрастинації відповідає компатибілістському трактуванню вільної дії та надає важливі уточнення щодо передумов відтермінування, узалежнених від контексту її розгортання (Stockdale, 2020). Прокрастинація може бути раціональним рішенням виконати дію потім чи ірраціональною нездатністю її виконувати. Власне ірраціональна прокрастинація часто і позначається розривом.

Але відкритим лишається питання лімітів у самодетермінації особистості під час сприйняття наслідків майбутньої дії. Оскільки сприйманий результат визначає її ставлення, доцільно припустити, що також він модулює готовність діяти, а відтак свободу особистості в процесі прокрастинування. Іntenційно-поведінковий розрив ставить питання волевиявлення більш гостро: клієнт уже має сформований намір «Я хочу», але не спроможний його досягти. Тобто ключова відмінність полягає у вираженій, свідомій бажаності діяти.

Ірраціональність у цьому разі може бути підконтрольною агентові, і саме на це може націлюватися втручання в центрованому на особистості підході. Конгруентність – це перехід агента до метараціональності у відтермінуванні, а саме: прийняття власної детермінованості та прояснення ставлення до цього факту. Проте здебільшого дослідження, присвячені перетворенню намірів у поведінку зосереджені на явних когнітивних складниках, які ґрунтуються на осмисленні та обмірковуванні. А оскільки ефективного рішення не знайдено, ймовірно, доцільніше змістити фокус уваги до неусвідомлюваного аспекту досвіду, тобто до факту інконгруентності.

Можемо припустити, що результативність виконання запланованої дії визначається як явними, так і неявними (тобто автоматичними процесами, які не є навмисними або аргументованими) процесами. Тобто недостатньою є раціональність, але більш важливим є подолання розриву інконгруентності перед подоланням розриву наміру та поведінки. Зокрема, багаторівневий підхід керування дією (БПКД) передбачає, що ініціація

поведінки вимагає як *рефлексивних*, так і *рефлексивних* процесів. У межах моделі рефлексивні процеси стосуються аргументованих, осмислених, раціональних рішень, тоді як рефлексивні процеси виникають із контекстуальних факторів та наявних асоціацій, тобто мають експеріментальну природу:

(1) Рефлексивний: «Я маю потурбуватися про себе, прийнявши ванну, бо відчуваю емоційне навантаження і це допоможе мені уникнути емоційного вигорання»;

(1) Рефлексивний: «Приймати ванну так приємно. Прийму ванну».

(2) Рефлексивний: «Мені хочеться провести час наодинці в парку, це корисно для мого психічного та фізичного здоров'я»;

(2) Рефлексивний: «Пам'ятаю як я приємно проводив(-ла) час у парку з бабусею. Сходжу туди зараз».

Модель підкреслює, що індивід сприйматиме майбутню діяльність як позитивну, коли саме експеріментальні фактори (наприклад, афективні судження, передбачувані можливості та очікувані результати), що виникають після утворення наміру мають позитивну валентність та достатню інтенсивність. Як приклад, відторгнення візиту до спеціаліста з психічного здоров'я може бути подолано попереднім досвідом безумовного прийняття. Тож, ймовірна причина, розриву щодо запланованого полягає у відмінності раціонального складнику дії «було б добре це зробити» та справжнього прагнення виконувати чи не виконувати цю діяльність «насправді я боюсь це робити». Зокрема, чим більше невідповідність, між імпліцитними та експліцитними мотивами турботи про здоров'я, тим менша ймовірність того, що люди втілюватимуть свої наміри в поведінці.

Розбіжність між явними та прихованими оцінками може призвести до невдалого втілення намірів турботи про здоров'я унаслідок когнітивного дисонансу, що призводить до посилення обробки інформації щодо власного ставлення до цієї дії: «чого я узагалі хочу?» (Divine et al., 2021; Antoniewicz, 2016). Визнання цієї прогалини може допомогти спрямувати клієнта до узгодження своїх намірів із діями, що є фундаментальним кроком на шляху

до терапевтичного зростання. Розрив унеможливорює автентичність, тому вкрай важливо зважати на цю прогалину, щоб ефективно відобразити її на клієнта, сприяючи глибшому його саморозумінню та інтеграції себе. Клієнти часто приходять на терапію з наміром змінитися, але їм важко реалізувати це бажання. Визнання цієї прірви між мною ідеальним та мною живим, власне, і є наріжним каменем змін у процесі самоактуалізації.

Дослідження показують розбіжність між явним і неявним ставленням, особливо в поведінці курців, де некурці демонструють обережне приховане ставлення, яке відрізняється від їхніх явних переконань (Gao et al., 2022). Прихильність до прийому ліків: у пацієнтів з ревматоїдним артритом неявне ставлення значно не покращувало прогноз прихильності до лікування, крім явних заходів, що вказує на те, що чіткі переконання можуть домінувати у поведінці щодо здоров'я (Neuckelum et al., 2019).

Отже, сутність інтенційно-поведінкового розриву полягає в неузгодженості між наміром діяти для збереження або покращення здоров'я та фактичними діями. Розрив характеризується усвідомленням потреби у змінах і водночас неспроможністю реалізувати ці наміри. Указана ірраціональність розриву обтяжує його представлення у моделях поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Водночас, у ході огляду джерел визначено низку таких, що використовувалися у попередніх дослідженнях для опису розриву.

Зокрема, основоположна модель переконань щодо здоров'я уможливорює опис когнітивних репрезентацій, що лежать в основі дезадаптивних переконань щодо турботи про здоров'я та модерують розрив. Теорія запланованої поведінки контекстуалізує значущу змінну контролю над діяльністю, що визначає стійкість виконуваної дії. ППТЗ інтегрує мотиваційні складові з етапом вольового контролю, визначаючи планування ключовим механізмом подолання розриву. Розрив виникає під впливом взаємодії внутрішніх (напр., ставлення до здоров'я, рівень

самоефективності) та зовнішніх чинників (напр., соціальна підтримка, доступ до медичних послуг). Екзистенційний досвід зокрема виявлено як потенційний чинник розриву, особливо в умовах криз, таких як війна чи пандемія. Для подолання інтенційно-поведінкового розриву важливим є використання стратегій, спрямованих на підвищення самоефективності, подолання перешкод та формування адаптивних планів дій. Водночас, сучасні моделі часто зосереджуються на когнітивних аспектах, недостатньо враховуючи роль емоційних та соціальних факторів. Це вимагає подальшої інтеграції різнорівневих підходів для пояснення та подолання розриву.

Висновки до першого розділу

1. *Турбота про здоров'я* розглядається як діяльність суб'єкта, спрямована на вплив на власне здоров'я, що проявляється у його зміцненні, збереженні або відновленні. Ця діяльність, як вища форма поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, передбачає цілеспрямованість, усвідомлення та прогнозування результатів, зокрема щодо здоров'я суб'єкта. Звернення до концепції турботи про здоров'я обумовлене орієнтацією представленого дослідження на особистість, а не на галузеві впливи з метою промоції суспільного здоров'я. Таким чином, провідну роль у досягненні результатів відіграє сама особистість, а отже, предметом дослідження визначено її неспроможність адаптивно реалізувати турботу про здоров'я.

2. *Відтермінування* турботи про здоров'я охоплює несвоєчасне виконання дій, що необхідні для збереження чи покращення здоров'я. Ця категорія є ключовою через значущість часового аспекту в охороні здоров'я: затримка лікувальних, профілактичних чи діагностичних дій може зумовити стрімке прогресування хвороби або ж зниження рівню здоров'я. Відповідно, відтермінування описує низку явищ, що характеризують усі форми турботи: недотримання лікувальних рекомендацій (комплаєнс), загальних профілактичних рекомендацій

(здоровий спосіб життя), а також відмова від планових діагностичних заходів через неприхильність до медичних установ (адгеренс) та ін.

3. *Інтенційно-поведінковий розрив* визначено як специфічну форму відтермінування, що проявляється у розбіжності між наміром (інтенцією) та безпосередньою реалізацією турботи про здоров'я (поведінкою). Розрив є ірраціональною формою відтермінування, оскільки особистість у цьому випадку усвідомлює свою мету щодо покращення здоров'я, але не втілює її в діях. Проблематика розриву актуалізує питання самодетермінації – здатності особистості самостійно контролювати результати власного здоров'я.

4. У сучасній психології здоров'я домінують дослідницькі напрями, спрямовані на промоцію здоров'я та профілактику. *Проблема відтермінування*, хоч і є частиною цього кластеру, поки що залишається недостатньо розробленою. Актуальні дослідження орієнтовані переважно на удосконалення інституційних впливів, але не на виокремлення чинників, що зумовлюють розрив у діях окремої особистості. Це пов'язано з превалюванням інструментальної моделі охорони здоров'я, що фокусується на лікуванні хвороб, а не на підтримці здоров'я та благополуччя.

5. *Подолання інтенційно-поведінкового розриву* описується за допомогою відповідних моделей турботи про здоров'я. Найбільш поширеною моделлю, що використовується у найбільш впливових публікаціях наразі є модель процесуального підходу турботи про здоров'я. Це двоетапна модель реалізації наміру в поведінці, яка, зокрема, охоплює складники, що описують динаміку та стійкість відповідної діяльності. Щодо часової стійкості результатів подолання розриву також важливі уточнення надає модель багаторівневого керування дією, що актуалізує питання узгодженості усвідомлюваних цілей та сприйманих наслідків діяльності, пов'язаної зі здоров'ям.

6. Попередньо визначено психологічні чинники розриву, а саме: *ставлення до здоров'я та екзистенційний досвід*. Ставлення до здоров'я

включає сприйняття результатів турботи, переконання щодо здоров'я та хвороби. Екзистенційний досвід, особливо значущий для суспільства в умовах війни, формує це ставлення, оскільки хвороба та здоров'я пов'язані з фундаментальними даностями людського існування, з якими стикається особистість у період криз.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

2.1. Операціональна модель та дизайн дослідження

Незважаючи на докази щодо потенційних чинників розриву, що були виокремлені за використання усталених теоретичних моделей, як-от ТПП та ППТЗ, невідповідність між намірами та діями лишається без належного пояснення (Conner & Norman, 2019). Почасти це зумовлено спрямованістю згаданих моделей на вирішення конкретних галузевих цілей, що не передбачають операціоналізацію розриву. Крім того, стрімкі зміни соціально-психологічної реальності сьогодення та дивергенція в соціокультурному вимірі, обмежують описову спроможність універсальних теоретичних моделей (Lippke et al., 2021). Зміни постіндустріальної епохи та постмодерні принципи конструювання знання передбачають більшу залученість ідеографічного підходу, що вимагає проведення пошукових досліджень для виявлення нових змінних та адаптації класичних моделей щодо конкретних популяцій (Hamilton et al., 2020; Hagger et al., 2020).

Таким чином, ми можемо сприяти більш скромним узагальненням щодо чинників досліджуваного феномену, не перевищуючи описову силу щодо загальної популяції. У представлений роботі експлораторне дослідження було реалізовано для пошуку контекстуально-специфічних чинників трансформації намірів у дії серед окремих груп українського населення (Michie та ін., 2020). Пошуковий етап дослідження слугував основою для виявлення ймовірних чинників та формулювання гіпотез щодо поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Однак без інтеграції отриманих результатів з кількісними значеннями пояснювального дослідження, отримані висновки залишаються неповними і не можуть бути ефективним джерелом доказів для перегляду втручань чи політичних рішень. Відповідно, було сформовано двоетапний дизайн дослідження, що передбачає поєднання пошукових та пояснювальних методів з метою

окреслення чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я популяції українців (див. рис. 2.1).

Етап	Пошуковий етап				Проміжні етапи	Пояснювальний етап
Досл.	Досл. №1	Досл. №2	Досл. №3		Психометрична адаптація	Досл. №4
Вибірка	106 осіб	12 осіб	24 осіб	217 осіб	Оцінка доказової сили щодо визначених сприйманих чинників	512 осіб
Методи	Інт. + Опит.	Інт.	Інт.	Опит.		Інт. + Анкет.
Метод добору:	Стратометричний добір (51 неклінічної, 55 клінічної вибірки)	Цілеспрямований добір (12 резиденток сільської місцевості літнього віку)	Добір зі зручної вибірки (217 військовослужбовців, серед яких 24 погодились на інтерв'ювання)		Етап оцінки інтерв'ю респондентами	Зручний добір + метод снігової кулі (3 поміж 757 опитуваних серед користувачів інтернет-платформи)
Методи:	Інтерв'ювання та опитування					Опитування та анкетування
Мета:	Визначення сприйманих чинників турботи про здоров'я певних груп населення України, які будуть покладені в основу операціональної моделі				Забезпечення цілей дослідження	Визначення чинників інт.-пов. розриву

Рис. 2.1. Логіко-структурна схема емпіричного дослідження

Відповідно метою першого етапу дослідження – є визначення сприйманих чинників турботи про здоров'я, що відіграють провідну роль у досвіді української популяції. Було обрано три окремі групи осіб для подальшого зіставлення ключових тем інтерв'ю та визначення потенційних перетинів досвіду. Зокрема, обрано групу осіб, що мають доступ до КМ, серед яких виокремлено клінічну та неклінічну вибірки, групу осіб, що мають обмежений доступ до КМ, а також групу військовослужбовців для дивергенції отриманих результатів. Таким чином, зібрані дані будуть інклюзивними та підтримуватимуть різноманіття голосів респондентів не обтяжуючи при цьому предиктивну потужність отриманих результатів.

Висвітлені чинники було покладено в основу операціональної моделі пояснювального етапу дослідження. Прогностично встановлено їх відповідність концептуальній рамці ППТЗ. Ключовими елементами, що було виокремлено для експланаторного аналізу слугують рефлексивні утворення, що виникають з огляду на контекстуальні стимули (Hagger, 2019) та міра їх узгодженості з ставленням до планованої поведінки щодо турботи про здоров'я (Rhodes, 2021). Відповідно, в основу пояснювального

дослідження було покладено припущення щодо розбіжностей між усвідомленими та неусвідомленими переконаннями щодо здоров'я досліджуваних осіб (див. рис. 2.2).

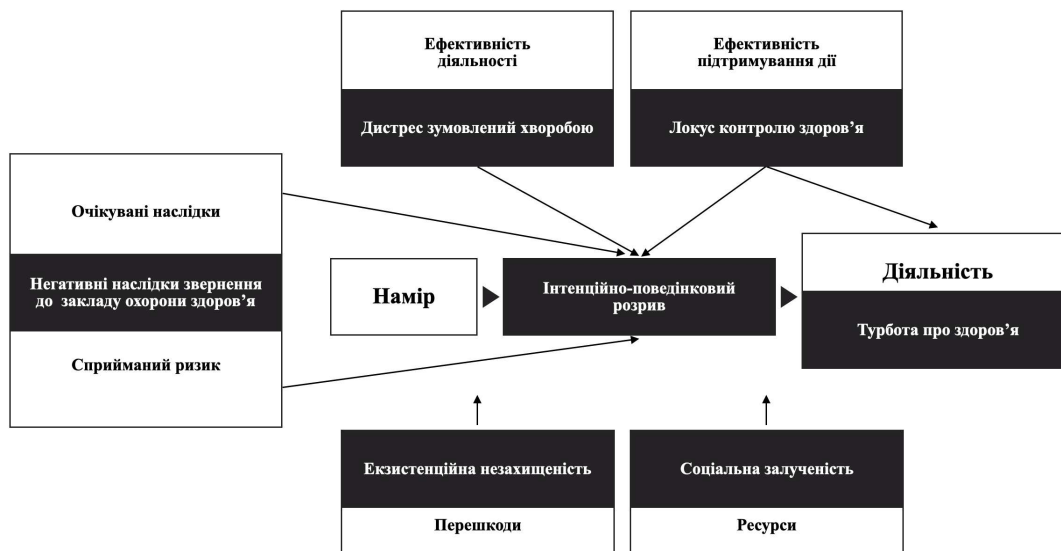


Рис. 2.2. Операціональна модель пояснювального дослідження

Знов-таки, отримані результати накладають обмеження на форму турботи про здоров'я, що досліджуватиметься – зокрема, звернення до закладу охорони здоров'я з метою лікування та діагностики, але не профілактичні дії. Згідно моделі ППТЗ подолання інтенційно-поведінкового розриву можна досягнути шляхом інтеграції постінтенціональних процесів, проте за результатами якісного етапу дослідження видається доцільним розглянути роль віддалених чинників, що сприяють неузгодженості вказаних процесів згідно М-РАС. Таким чином, представлено ті складники, що було операціоналізовано та включено до кількісного дослідження.

Пошуковий етап дослідження передбачав три підетапи: перший спрямований на висвітлення досвіду осіб щодо звернення за конвенційною медичною допомогою; другий – на висвітлення досвіду осіб що надають перевагу засобам КАМ; третій – на висвітлення досвіду військовослужбовців, що наразі є цільовою групою психологічних втручань в Україні. Для усіх підетапів вибірки було сформовано серед осіб,

що мають обмежений доступ до медичних послуг. Разом з тим перший підетап включав як осіб, що звернулися за допомогою, так і тих, хто не користувався медичними послугами. Натомість на другому підетапі було висвітлено досвід осіб, які цілеспрямовано зверталися до інших методів лікування, відтермінуючи професійну допомогу. На третьому підетапі було залучено військовослужбовців, що отримували професійну допомогу у цивільному закладі охорони здоров'я. Таким чином, ми намагалися охопити сприймані чинники, що безпосередньо визначають розрив у зверненні за допомогою, ставлення до неї, а також ті чинники, що стосуються більш складної форми відтермінування – використання альтернативних засобів самопомоги.

Вибірка. Перший підетап пошукового етапу було реалізовано серед клінічної та неклінічної вибірок мешканців м. Гребінка Полтавської області. Клінічну групу (51 респондент) сформовано на базі Гребінківської центральної районної лікарні (м. Гребінка, Полтавська обл.). Залучено респондентів, що перебували на стаціонарному лікуванні не більш як за три тижні до моменту інтерв'ювання. Відібрано пацієнтів, що отримували медичну допомогу у зв'язку із соматичними захворюваннями. Критерієм виключення визначено супутні психіатричні діагнози чи скарги. Неклінічна вибірка (55 респондентів) сформована за принципом зручного добору серед мешканців того ж міста, з огляду на вимогу конзистентності (відповідності за віком, гендером та місцем проживання). Селективною умовою слугував критерій здоров'я – респонденти не перебували на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні впродовж півроку до моменту інтерв'ю та не мали відповідних скарг.

Збір даних. Організовано очні сесії, зручною для респондента мовою. За згодою учасників відбувався аудіозапис. Аудіоматеріали дослівно розшифровано та перекладено українською мовою за необхідності для подальшого тематичного та контент-аналізу.

Завданням було визначено саме ідентифікацію значущих для особистості конструктів, що формують її досвід звернення до фахівців

галузі охорони здоров'я. На основі попереднього огляду джерел було сформульовано припущення щодо потенційного внеску екзистенційного досвіду у реалізацію наміру звернення по допомогу. Відповідно, сформульовано такі дослідницькі питання:

RQ₁: Який дотичний до реалій звернення по медичну допомогу екзистенційний досвід переживає особистість?

RQ₂: Чи зберігається відповідність поміж суб'єктивною оцінкою екзистенційного переживання під час інтерв'ювання та опитування?

RQ₃: Яким є сприйнятий вплив кожної із виокремлених тем екзистенційного досвіду на прокрастинацію турботи про здоров'я?

З огляду на експлораторну спрямованість, реалізовано змішаний дизайн дослідження, що послуговується суб'єктивним діагностичним підходом. Респонденти долучилися до інтерв'ю та заповнили опитувальник «Види екзистенційної тривоги» ван Брюггена в поданні чотирифакторної моделі В. Кучини (2020). Також проведено низку індивідуальних інтерв'ю за відповідним планом.

Аналіз даних. Отримані дані зменшено до керованого порядкового представлення для зіставлення з результатами психологічного опитування. Статистичний аналіз втілено послуговуючись програмним забезпеченням RStudio. Застосовано методи дескриптивної статистики для формування екзистенційного профілю респондентів та інтерференціальної статистики, необхідні для формулювання прогностичних висновків.

Другий підетап було реалізовано послуговуючись методами глибинного інтерв'ю та якісного аналізу даних на основі стенограм. Основною метою було вивчення уявлень про лікування травами серед окремого сільського населення з особливим акцентом на основних цінностях або корисності цих переконань. Саме лікування травами було обрано як тему для висвітлення, з огляду на поширеність цього методу КАМ серед досліджуваної популяції та його цінність для досліджуваних як способу самолікування. КАМ уможлиблює відмову чи відтермінування звернень за професійною медичною допомогою, не зважаючи на міру її

доступності. Таким чином, ми розглядали лікування травами як компенсаторний вияв інтенційно-поведінкового розриву. У дослідженні використовується інструментальна методологія тематичного дослідження, щоб отримати уявлення про ширший спектр переконань щодо здоров'я, припускаючи, що результати можуть пролити світло на фактори, які впливають на поведінку щодо здоров'я як результат переконань. Це особливо актуально для питання переваг щодо КАМ та потенційної затримки, що виникає внаслідок цього, у поведінці, спрямованій на здоров'я. Посилаючись на дослідження затримки лікування раку серед користувачів КАМ, можемо припустити, що переконання, орієнтовані на КАМ, можуть відображати проблему прокрастинації, пов'язаної зі здоров'ям (Akhtar et al., 2018; Balogh et al., 2021). Вибір лікування травами як фокусу цього дослідження впливає з необхідності підтримувати вузький тематичний обсяг у ході інтерв'ю. Враховуючи значний спектр тем переконань щодо здоров'я, охоплення всіх цих аспектів у рамках цього єдиного дослідження є неможливим (Казаков, 2023). Більш розширений обсяг, ймовірно, призведе до збору безладних даних, що вимагатиме значного виключення або кластеризації, що призведе до втрати змісту. Внутрішня перспектива дослідження сприяє детальному вивченню місцевих перспектив і практик щодо фітотерапії в їх природному соціокультурному контексті.

Вибірка. Дослідження було зосереджено на конкретному сільському населенні с. Селещина, розташованого в Полтавській області. Для відбору учасників було використано методику цілеспрямованої вибірки. Вибірка дослідження складається з 12 резиденток віком 65–83 років із середнім віком 67,1 року. Кожна учасниця проживала у цій громаді протягом усього свого життя, і їхні батьки також народилися або проживали в одній місцевості протягом більшої частини свого життя. Цей вузький обсяг було визнано найбільш придатним щодо мети дослідження та сприяння сильним діалогам (Malterud et al., 2016).

Збір даних. У грудні 2023 року були проведені інтерв'ю з мешканками в звичних для них умовах. Цей збір даних включав глибокі, напівструктуровані інтерв'ю. Учасники були проінформовані про цілі дослідження та їхню участь, забезпечуючи інформовану згоду. Форми згоди та стенограми співбесід надійно зберігаються в хмарному сховищі. Під час глибинних інтерв'ю всім учасницям було поставлено однакові основні запитання.

Аналіз даних. Дані пройшли як змістовий, так і тематичний аналіз. Аналіз даних було проведено за допомогою RStudio версії 4.3.2, випущеної 31 жовтня 2023 року. Тематичний аналіз проведено шляхом консолідації окремих ручних перевірок інтерв'ю. Підтеми були визначені за допомогою латентного концептуального моделювання з використанням латентного розподілу Діріхле. Визначення оптимальної кількості тем у межах LDA ґрунтувалося на метриках дивергенції та узгодженості (Сао, 2009; Deveaud, 2014). Розподіл тем серед інтерв'ю оцінювався з пороговим значенням 0,15. Більш широкі теми були визначені на основі t-розподіленого стохастичного вбудовування сусідів. Було проведено аналіз контенту на основі ключових слів, щоб виявити тенденції у звітах. Під час побудови матриці співпоширень із записів інтерв'ю навмисно виключено терміни, пов'язані з вимірюванням (наприклад, «ложка», «склянка»), методами («вдихання», «накриття») та часом застосування ліків («ніч», «кілька днів», «вранці»), а також числові позначення та службові слова. Етап контент-аналізу включає точну кількісну оцінку тематичних елементів, визначених у наборі даних.

На етапі збору даних пріоритет надано підходу до розмови під час інтерв'ю, щоб сприяти тривалому спілкуванню з учасниками. Інтерв'ю тривало від 2,5 до 4,5 годин із середньою тривалістю 3,25 години без урахування перерв.

На третьому підетапі було проведено аналіз даних зібраних під час вхідного патопсихологічного дослідження військовослужбовців, що реалізувалося у процесі медико-психологічної реабілітації комбатантів на

базі КНП КОР “Київський обласний центр ментального здоров’я” (с-ще Ворзель, Київська обл.).

Вибірка. До дослідження було залучено 217 комбатантів десантно-штурмових військ, що проходили реабілітацію в умовах стаціонару та надали інформовану згоду на використання результатів патопсихологічного дослідження у наукових цілях. Крім того, серед опитаних комбатантів 24 надали згоду на проведення інтерв’ю щодо досвіду звернення за медичною допомогою та турботи про власне здоров’я.

Збір даних. У рамках патопсихологічного оцінювання їм надано опитувальники IES-R, HADS та M-PTSD. За результатами інтерв’ювання також зафіксовано контекстуальні параметри: вік, термін перебування в зоні бойових дій, самооцінка контузій, сімейний стан, сприйняття бойових завдань. Опрацьовано матеріали 217 напівструктурованих інтерв’ю з комбатантами десантно-штурмових військ, що на момент дослідження проходили реабілітацію

З огляду на обмеження визначені процесом дослідження пацієнтів центром ментального здоров’я не було використано окремих методик спрямованих на вимірювання поведінки, пов’язаної зі здоров’ям. Натомість тенденції щодо турботи про здоров’я оцінено через міру схильності до проблеми узалежнення (за моделлю Тесту на наркотичну та алкогольну залежність, Хелпер) та категоріальні змінні, отримані під час інтерв’ю: ставлення до здоров’я та хвороби, сформованість наміру розв’язати проблему узалежнення, сформованість наміру турботи про здоров’я. Зауважимо, що в роботі, зокрема використовувався попередньо складений план інтерв’ю, випробуваний серед цивільного населення, задля узгодження висновків. Згідно складеного якісного пошукового дизайну було проведено також 24 напівструктуровані клінічні інтерв’ю спрямовані на розкриття ставлення до здоров’я та досвіду турботи про здоров’я, зокрема, звернення за послугами КМ.

Аналіз даних. Записи, сформовані за результатами інтерв’ювання, опрацьовано, послуговуючись методами якісного аналізу даних. Зокрема,

виконано контент-аналіз на засновку ключових слів, моделювання латентних концептів за латентним розподілом Діріхле та t-розподіленим вкладенням стохастичної близькості. Аналіз проведено за допомогою R-версії 4.3.2 (31.10.2023). Респонденти були ознайомлені зі змістом і умовами дослідження та надали інформовану згоду на участь.

Пояснювальне дослідження. Для перевірки визначеної моделі було обрано відповідні діагностичні інструменти (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Використані діагностичні інструменти

Абрев,	Українська назва	Оригінальна назва	Ф	Р	Т	Першоджерело	Адаптація
ММІ	Індекс медичної недовіри	Medical Mistrust Index	1	4	7	LaVeist et al. (2003)	–
ECQ	Види екзистенційної тривоги	Existential Concerns Questionnaire	4	5	22	Van Bruggen et al. (2017)	Кучина (2020)
BBCr	Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя Бібісі. Субшкала “Стосунки”	Modified BBC Subjective Well-being Scale. Relationships subscale	1	5	5	Pontin et al. (2013)	Карамушка та ін. (2022)
MHLC	Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я	Multidimensional Health Locus of Control	3	6	18	Wallston et al. (1978)	Данилюк та ін. (2024)
HSB	Шкала турботи про здоров'я	Health seeking behaviour	3	5	12	Kıraç & Öztürk (2021)	–
HDPS	Шкала прокрастинації звернення по медичну допомогу	Healthcare Demand Procrastination Scale	3	5	11	Söyler et al. (2022)	–
B-IPQ	Короткий опитувальник ставлення до хвороби	Brief Illness Perception Questionnaire	1	10	8	Broadbent et al. (2006)	–

Примітки: А – абревіатура, Ф – фактори, Р – розмірність за шкалою Лікерта, Т – кількість тверджень.

Варто зазначити, що лєвова частка методик не мають належної психометричної адаптації для використання на україномовній вибірці, Відповідно було проведено психометричну оцінку на основі зібраних даних, що висвітлено у наступному підрозділі. Власне відомості щодо

оригінальних шкал – їх психометричних параметрів, цільових груп, застосування та версій – також надано у наступному підрозділі.

Для випробування ковергентної та дивергентної валідності методик було відібрано низку додаткових методик, що надано респондентам до проходження як опціональні, з огляду на значний масив опитувальників (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Додаткові діагностичні інструменти

Абрев.	Українська назва	Оригінальна назва	Ф	Р	Т	Першоджерело	Адаптація
VCBS	Шкала переконань про змову щодо вакцини	Vaccine Conspiracy Beliefs Scale	1	7	7	Shapiro et al. (2006)	Данилюк та ін. (2024)
GHQ-28	Опитувальник загального здоров'я	General Health Questionnaire-28	4	4	28	Goldberg & Hillier (1979)	Стаднік & Мельник (2023)
SCI-2-SF	Короткий опитувальник суїцидальної кризи – адаптований	The Suicide Crisis Inventory-2 Short Form	5	2	9	De Luca et al., (2024)	Яценко та ін. (2024)

Примітки: А – аббревіатура, Ф – фактори, Р – розмірність за шкалою Лікерта, Т – кількість тверджень.

VCBS використано для оцінки конкурентної валідності методики MMI, з огляду на оцінку переконань щодо змови за шкалою, які мають виражену зв'язність зі значеннями за MMI (Smith et al., 2021). GHQ-28 включено до переліку методик з метою оцінки конкурентної валідності методик B-IPQ, HSB та HDPS. Хоча показник суб'єктивної оцінки загального здоров'я не обов'язково має відображати тенденцію до прокрастинації чи міру вмотивованості до реалізації намірів, ми вимушені включити лише зазначений опитувальник, з огляду на відсутність адаптацій відповідних шкал.

З-поміж загальної кількості робіт, що висвітлюють проблему “здоров'язберігаючих” та “здоров'язбережувальних” технологій лише близько третини (27,3% за результатами пошуку в системі Google Scholar) послуговується психодіагностичними інструментами, більшість з яких є

перекладом російськомовних доробків без адаптації. Насамкінець, до опціонального блоку також додано методику SCI-2-SF задля оцінки дивергентної валідності визначених методик, з огляду на припущення щодо ймовірної відсутності кореляційного зв'язку між ставленням до здоров'я та вираженістю проявів суїцидальної кризи серед загальної вибірки та з урахуванням обмежень, що накладаються при оцінці зазначеного стану серед підгрупи військовослужбовців.

Згідно з конкретизованими параметрами, можемо скласти прогностичну модель взаємозв'язків змінних, що включено до дослідження (див. рис. 2.3).



Рис. 2.3. Прогностична модель взаємозв'язків змінних

На візуалізації висвітлено основні змінні, за допомогою яких було вимірювано відповідні конструкти. Припускаємо, що міра медичної недовіри може визначати безпосередньо відтермінування звернення по медичну допомогу, без уточнення якої саме із форм – уникнення, бездіяльності чи самолікування – але також обумовлюється контекстуальними чинниками екзистенційного досвіду та міри благополуччя у соціальному контексті. Останні змінні згідно НАРА не мають чіткої націленості, відповідно буде оцінено їх зв'язок з усіма

наступними складниками: медична недовіра, відтермінування звернення по допомогу, спрямованість у пошуку ресурсів для турботи про здоров'я.

Попередньо можемо припустити негативний вплив екзистенційних переживань, що може зменшуватися за умови вищої міри соціального благополуччя. Крім того, дистрес, зумовлений певною хворобою, було розглянуто як важливий аспект сприйманої ефективності діяльності, з огляду на роль потреби у формуванні відповідної оцінки (Perra et al., 2017). Тож, більш виражений дистрес, прогностично, може слугувати підставою для активних дій щодо турботи про здоров'я та знижувати тенденції до відтермінування. Насамкінець, локус контроль здоров'я є потенційним предиктором як відтермінування, так і безпосередньо турботи про здоров'я. При цьому характер зв'язку різнитиметься залежно від локалізації контролю в межах визначеного підходу. Тож, наразі сформовано теоретичну модель, що буде випробувано та скориговано за результатами аналізу даних кількісного дослідження.

Вибірка. Збір даних проводився з січня 2023 року до січня 2024 року. Учасники були набрані за допомогою комбінації цілеспрямованої вибірки та стратегії снігового кому для досягнення різноманітної когорти. Підбору сприяли спеціальні методи, як-от, оголошення на інтернет-майданчиках, тематичних групах та чатах, забезпечуючи широке охоплення різних демографічних і соціальних груп. Зацікавлених учасників було направлено на платформу онлайн-опитування 1ka, де їм для ознайомлення було представлено детальну інформацію про дослідження, зокрема його цілі, потенційні ризики та гарантії конфіденційності. Відповідно, перед початком опитування учасники мали всю інформацію щодо умов проведення дослідження та відмічали в обов'язковому порядку свою згоду на участь у дослідженні у відповідному полі онлайн-опитувальника. У середньому опитування тривало приблизно 40 хвилин без урахування опціонального блоку. По завершенню на електронну пошту учасникам було надіслано посилання на опціональний блок, що необхідний для перевірки конкурентної валідності використовуваних методик, що не мали адаптації в

україномовному середовищі. Участь була добровільною, а учасники не отримали жодної компенсації.

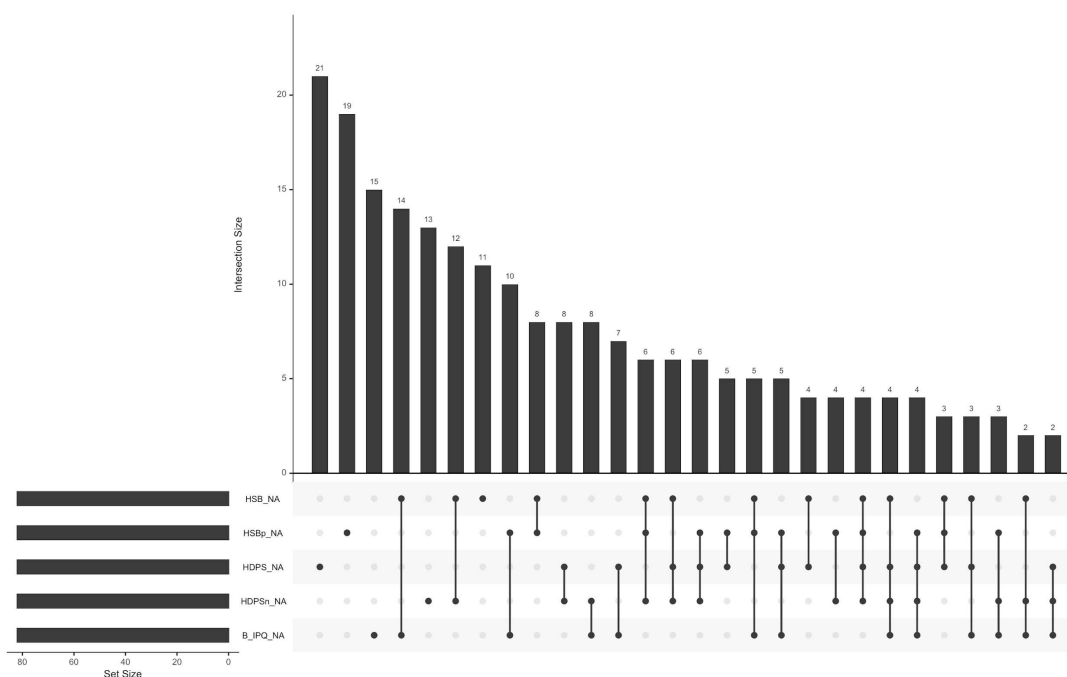


Рис. 2.4. Патерни браку відповідей за шкалами

Дослідження включало різноманітну вибірку учасників, набраних із онлайн-платформ для спілкування, щоб забезпечити широке представництво осіб із різними моделями поведінки щодо здоров'я. Учасники мали право на включення, якщо вони були дорослими, віком від 18 років, вільно володіли українською мовою та дали інформовану згоду на участь у дослідженні. 757 осіб прийняли участь в опитуванні на будь-якому з етапів, при чому відсоток залучення до дослідження загалом становив 67.6%. Відповідно, лише 245 осіб не заповнили опитувальник повністю, а до кінцевої вибірки увійшло 512 респондентів. Найбільш поширеними були обмежені відповіді за шкалою прокрастинації звернення по медичну допомогу, що ймовірно сприяло негативному сприйняттю дослідження респондентами. Водночас, оскільки опитувальник було запропоновано до проходження одразу після демографічного анкетування, можемо припустити відсіювання немотивованих до проходження осіб. Таким

чином формується стійке обмеження представленого дослідження щодо вибіркової досліджуваної популяції на засновку активної залученості.

Аналіз розподілу пропущених значень дозволив виявити ключові патерни браку даних у відповідях респондентів. Ці патерни можуть відображати як технічні, так і психологічні аспекти взаємодії учасників з опитувальником, зокрема складність або чутливість окремих питань (див. рис. 2.4.).

Виявлення таких пропущених значень є важливим для оцінки якості зібраних даних та розуміння того, які аспекти могли викликати труднощі у респондентів. Подальший аналіз демографічних характеристик вибірки, дозволяє контекстуалізувати отримані результати, враховуючи вплив соціодемографічних факторів на моделі поведінки респондентів та їхню залученість у дослідження. Досліджувана вибірка складається з 512 респондентів, які репрезентують доросле населення України, проте мають специфічні соціодемографічні особливості, що можуть впливати на можливість узагальнення результатів. Зокрема, середній вік вибірки становить 39,2 роки, зі стандартним відхиленням 7.34 одиниці, що свідчить про залучення переважно осіб середнього віку (див. таб. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Соціодемографічні характеристики досліджуваної вибірки

Змінна	Значення	Змінна	Значення
Кількість осіб	512	Вік, сер. (стд.відх.)	39.2 (7.34)
		Рівень доходу, к-сть (%)	
Гендер, к-сть (%)		Низький рівень	208 (40.63%)
Чоловічий	163 (31.84%)	Середній рівень	219 (42.77%)
Жіночий	349 (68.16%)	Високий рівень	85 (16.60%)
Рівень освіти, к-сть (%)		Місце проживання, к-сть (%)	
Середня освіта	147 (28.71%)		
Професійно-технічна освіта	111 (21.68%)	Міська місцевість	128 (25.00%)
Бакалавр	187 (36.52%)	Приміська місцевість	321 (62.70%)
Магістр та вище	67 (13.09%)	Сільська місцевість	63 (12.30%)

Це може бути пов'язано із доступністю онлайн-платформ для цієї вікової групи, яка більш активно користується інтернетом, порівняно із старшими людьми. Проте низька представленість молодших чи старших вікових груп обмежує можливості аналізу вікових відмінностей у моделях поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Гендерний розподіл вибірки вказує на домінування жінок (68,16%), що може бути наслідком їхньої вищої залученості в опитуваннях, зокрема, щодо здоров'я. Це типовий патерн для соціально-орієнтованих досліджень, який водночас може створювати дисбаланс у висновках, що обмежує застосовність результатів до чоловічого населення.

Рівень освіти респондентів показує значне переважання осіб із вищою освітою (бакалавр – 36.52%, магістр та вище – 13.09%). Це свідчить про те, що збір даних, ймовірно, охопив більш освічену частину населення, яка може бути більш обізнаною у питаннях здоров'я та схильною до активного використання онлайн-ресурсів, зокрема, у цілях участі в дослідженнях. Водночас, це може обмежувати можливість узагальнення результатів для людей з нижчим рівнем освіти, які, можливо, мають інші патерни поведінки. Значущим фактором також слугує розподіл за рівнем доходу. В аналізованому масиві даних переважають респонденти, що мають низький (40.63%) або середній (42.77%) рівень доходу, тоді як лише 16.60% належать до групи з високими доходами. Зауважимо, що оцінювання відбувалося за суб'єктивною самооцінкою рівня доходу, тож відповідні зміщення є виправданими. Такий розподіл вказує на потенційний економічний стрес у більшості учасників, який може впливати на їхні рішення щодо звернення по медичну допомогу. Зокрема, це може підтверджувати результати пошукового етапу дослідження, щодо фінансової доступності як предиктора турботи про здоров'я. Проте, низька представленість осіб із високими доходами зменшує можливість аналізу поведінкових моделей.

Щодо місця проживання, домінує приміська місцевість (62,70%), тоді як міські та сільські райони менш представлені (25,00% і 12,30%

відповідно). Це може бути зумовлено специфікою доступу до інтернету чи соціальними відмінностями у зацікавленості в дослідженні. Недостатня представленість сільських респондентів може знизити здатність аналізувати специфічні проблеми цієї групи. Тож, незважаючи на велику вибірку, вона демонструє суттєву неоднорідність і певну нерепрезентативність за ключовими демографічними характеристиками, такими як гендер, рівень освіти та місце проживання. Це може обмежувати можливості узагальнення результатів на ширшу популяцію. Крім того, переважання осіб із активною життєвою позицією (що готові до участі в опитуваннях онлайн) може вказувати на селективність вибірки, яка виключає менш мотивованих чи менш обізнаних осіб.

При оцінці психометричних якостей адаптованих опитувальників ми орієнтувалися на такі статистичні показники, як: Омега Макдональда (ω), альфа Кронбаха (α) та лямбда-6 Гутмана (λ_6) для оцінки внутрішньої узгодженості шкал; Витягнута середня дисперсія (Average Variance Extracted, AVE) для визначення конвергентної валідності; індекси композитної надійності (Composite Reliability) для підтвердження стабільності вимірювань.

Оцінка придатності даних для факторного аналізу включала: Критерій Кайзера-Майєра-Олкіна (КМО) для оцінки адекватності вибірки. Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона для виявлення взаємозв'язків між змінними; конфірмаційний факторний аналіз (КФА) для перевірки відповідності моделі даним із використанням індексів відповідності, зокрема: порівняльний індекс відповідності (CFI) ($> 0,90$), Індекс Такера-Льюїса (TLI) ($> 0,90$), середньоквадратична помилка наближення (RMSEA) ($< 0,08$).

Отже, дослідження спрямоване на охоплення як контекстно-специфічних, так і власне психологічних чинників, що визначають схильність особистості до ірраціонального відтермінування турботи про здоров'я. Зокрема, реалізація цієї цілі забезпечена поєднанням якісного та кількісного підходів. Операціональну модель складено на основі ППТЗ, що

надає можливість поєднання в операціональній формі ключових потенційних чинників, що були визначені під час пошукового етапу. Важливо, що дизайн зберігає унікальні, специфічні для населення фактори, зокрема екзистенційний досвід. Водночас зберігається засноване на теоретичній моделі планування.

Різноманітна вибірка, яка включає клінічне, неклінічне, сільське та військове населення, забезпечує інклюзивність та формує комплексний погляд на поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Підхід підкреслює обмеження універсальних моделей поведінки у сфері здоров'я, акцентуючи увагу на необхідності адаптації до соціально-культурних контекстів. Гнучкість і адаптивність дизайну роблять його особливо цінним для психології здоров'я, зокрема в умовах швидких соціальних і культурних змін.

Аналіз даних. З метою перевірки дійсної міри пояснення запропонованою моделлю інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я, ми провели комплексний статистичний аналіз, використовуючи моделювання структурними рівняннями як основний підхід до аналізу даних. Цей метод було обрано через його здатність одночасно оцінювати прямі, непрямі та загальні ефекти між спостережуваними та латентними змінними, враховуючи при цьому похибку вимірювання та складність гіпотетичних зв'язків.

Перед проведенням SEM набір даних перевірено на повноту, викиди та порушення припущень. Шаблони відсутніх даних оцінювали за допомогою тесту Літтла, щоб визначити, чи були дані відсутні повністю випадковим чином. Щоб зберегти цілісність набору даних, пропущені значення було усунено шляхом багаторазової імпутації. Припущення щодо нормальності, лінійності та мультиколінеарності оцінювалися за допомогою значень асиметрії та ексцесу, та діаграм розсіювання. Дані були трансформовані або стандартизовані, де це було необхідно, щоб відповідати цим припущенням.

Конфірматорний факторний аналіз (Confirmatory factor analysis, КФА) був проведений з метою оцінки відповідності моделі вимірювання

даним, гарантуючи, що латентні змінні, які відображають загальні результати за шкалами та субшкалами, були належним чином представлені спостережуваними твердженнями. Внутрішню узгодженість шкал оцінювали за допомогою альфа Кронбаха та композитної надійності, із значеннями вище 0,70, які вважалися прийнятними. Індеси відповідності моделі були оцінені, щоб переконатися в адекватності моделі вимірювання, з пороговими значеннями для індесів відповідності, включаючи порівняльний індекс відповідності (CFI) > 0,90, індекс Такера-Льюїса (TLI) > 0,90 та середньоквадратичну помилку Наближення (RMSEA) < 0,08.

Структурна модель була специфікована для оцінки зв'язків між предикторами, медіаторами та турботою про здоров'я. Модель була оцінена за допомогою оцінки максимальної правдоподібності. Було оцінено прямий вплив екзогенних змінних на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, а також непрямі ефекти, опосередковані через HDPS, ECQ і BBCr. Для отримання довірчих інтервалів з поправкою на зміщення для непрямих ефектів використовувався початковий аналіз. Частка поясненої дисперсії (R^2) у поведінці здоров'я була розрахована для оцінки прогностичної здатності моделі. Використано таке програмне забезпечення: R Studio версії 2023.06.0+421, Numbers версії 13.1.

2.2. Психометричні показники реалізованих україномовних адаптацій діагностичних інструментів

Оцінка психометричних характеристик інструментів є важливим кроком у забезпеченні валідності та надійності дослідження, особливо перед проведенням статистичного моделювання. Психометричний аналіз спрямований на визначення відповідності інструменту цільовому культурному та мовному контексту, що дозволяє уникнути помилок, пов'язаних з вимірюванням (Cai et al., 2020). Наприклад, надійність інструменту оцінюється за допомогою коефіцієнтів внутрішньої узгодженості, таких як α Кронбаха, що відображають ступінь кореляції між елементами шкали (McNeish, 2021).

Передусім, психометричний аналіз дозволяє підтвердити факторну структуру інструменту, яка є основою для подальшого моделювання. Зокрема, використання КФА є важливим для перевірки теоретичних моделей, забезпечуючи, що кожен фактор адекватно репрезентує відповідний латентний конструкт (Brown, 2021). Неврахування цього аспекту може призвести до спотворених висновків та зниження точності моделей. Крім того, адаптація інструментів для іншомовних популяцій вимагає спеціального підходу. Культурні та мовні відмінності можуть впливати на сприйняття питань, що зумовлює необхідність перевірки їхньої валідності у новому контексті (van de Vijver & Tanzer, 2020). Без такої адаптації ризик виникнення систематичних помилок у вимірюваннях суттєво зростає, що унеможлиблює коректну інтерпретацію результатів.

Внутрішню узгодженість шкал оцінювали за допомогою кількох індексів (див. табл. 2.4.).

Таблиця 2.4.

Внутрішня узгодженість використуваних змінних

Змінна	Ω	α	λ_6	AVE	CR	Змінна	Ω	α	λ_6	AVE	CR
MMI	0.65	0.66	0.59	0.42	0.72	HSB	0.85	0.84	0.82	0.58	0.86
ECQ	0.68	0.68	0.66	0.45	0.74	HSBo	0.89	0.88	0.84	0.60	0.88
ECQd	0.71	0.70	0.71	0.48	0.76	HSBp	0.75	0.75	0.75	0.55	0.84
BBCr	0.81	0.81	0.81	0.52	0.82	HSBt	0.78	0.77	0.77	0.56	0.85
MHLC	0.68	0.68	0.68	0.44	0.73	HDPS	0.86	0.85	0.83	0.58	0.87
Змінна	Ω	α	λ_6	AVE	CR	Змінна	Ω	α	λ_6	AVE	CR
MHLCi	0.79	0.79	0.80	0.50	0.81	HDPSa	0.83	0.82	0.80	0.56	0.85
MHLCa	0.77	0.77	0.75	0.48	0.79	HDPSn	0.81	0.80	0.78	0.55	0.83
MHLCo	0.75	0.74	0.75	0.46	0.77	HDPSr	0.84	0.83	0.81	0.57	0.85
B-IPQ	0.56	0.54	0.55	0.30	0.62						

Примітки: Ω – омега Макдональда, α – альфа Кронбаха, λ_6 – лямбда Гуттмана, AVE – виокремлена середня дисперсія, CR – композитна надійність.

Значення омеги Макдональда варіюються від 0,78 до 0,88 за всіма шкалами, що вказує на сильну внутрішню послідовність. Значення альфа (α) Кронбаха коливаються від 0,77 до 0,87, постійно перевищуючи

прийнятний поріг 0,70 (Cronbach, 1951). Подібним чином лямбда-6 Гутмана (λ_6) варіюється від 0,75 до 0,86, що підтверджує стійкість шкал. Ці результати підкреслюють, що елементи в кожній шкалі послідовно вимірювали свої відповідні конструкції, з особливо високою надійністю, що спостерігалася для BBCr ($\Omega = 0,88$, $\alpha = 0,87$, $\lambda_6 = 0,86$), B-IPQ ($\Omega = 0,88$, $\alpha = 0,87$, $\lambda_6 = 0,85$) та HSBо ($\Omega = 0,87$, $\alpha = 0,86$, $\lambda_6 = 0,84$). Конвергентна валідність оцінювалася за допомогою вилучення середньої дисперсії (AVE). Усі шкали перевищували рекомендований поріг 0,50 (Fornell & Larcker, 1981), зі значеннями AVE від 0,53 до 0,61. Це вказує на те, що більше 50% дисперсії спостережуваних змінних пояснюється їх відповідними латентними конструктами. Високі значення AVE спостерігалися для BBCr (AVE = 0,61), B-IPQ (AVE = 0,61) і HSBо (AVE = 0,60), що підкреслює їх сильну конструктивну валідність. Значення Композитної надійності (CR) варіювалися від 0,80 до 0,89, перевищуючи рекомендований поріг 0,70, що ще більше демонструє надійність шкал і здатність вимірювати свої конструкції послідовно за пунктами. Найвищі значення CR спостерігалися для BBCr (CR = 0,89), B-IPQ (CR = 0,89) і HSBо (CR = 0,88). Ці результати доповнюють висновки Cronbach's Alpha і McDonald's Omega, підтверджуючи високу внутрішню послідовність і надійність інструментів.

Психометрична оцінка підтвердила, що всі шкали, використані в цьому дослідженні, є надійними та дійсними для оцінки відповідних конструктів. Високі значення багатьох індексів забезпечують надійну основу для інтерпретації результатів і підтримують використання цих інструментів у майбутніх дослідженнях, які вивчають поведінку, пов'язану зі здоров'ям, і процеси прийняття рішень. Подальші дослідження можуть вивчити застосування цих інструментів у різних популяціях, щоб покращити їх узагальнення.

Кайзер-Майер-Олкін (КМО) міра адекватності вибірки є критичним діагностичним тестом для визначення придатності даних для факторного

аналізу. Факторний аналіз ґрунтується на припущенні, що змінні мають спільну дисперсію, що дозволяє ідентифікувати приховані структури в наборі даних. Тест КМО кількісно визначає цю спільну дисперсію та оцінює, чи є кореляції між елементами адекватними для проведення факторного аналізу. Зокрема, статистика КМО оцінює частку дисперсії змінних, яка може бути викликана загальними факторами, на відміну від індивідуальної дисперсії помилки (Kaiser, 1974).

Високе значення КМО ($\geq 0,60$) вказує на те, що набір даних підходить для факторного аналізу з достатньою спільною дисперсією між змінними. І навпаки, низьке значення КМО ($< 0,60$) свідчить про те, що набір даних містить високий рівень індивідуального шуму або слабкі міжелементні кореляції, що робить факторний аналіз невідповідним (Hutcheson & Sofroniou, 1999). У психологічних і соціальних науках КМО-тестування зазвичай виконується як попередній крок, щоб переконатися, що факторні структури, отримані в результаті КФА є надійними та такими, що їх можна інтерпретувати (Tabachnick & Fidell, 2013).

Для багатовимірних інструментів з декількома елементами, таких як ті, що використовуються в цьому дослідженні, тестування КМО допомагає підтвердити відповідність агрегування елементів у латентні конструкції. Це особливо важливо під час перевірки шкал або оцінювання розмірності, оскільки низькі значення КМО можуть вказувати на те, що набір даних потребує вдосконалення, наприклад, скорочення або переформулювання елементів, щоб покращити кореляції між елементами.

Значення КМО для багатовимірного локуса контролю здоров'я (MHLC), поведінки, орієнтованої на здоров'я (HSB) і шкали процесів відтермінування рішень щодо здоров'я (HDPS), перевищують прийнятний поріг 0,60, підтверджуючи сильні міжпунктові кореляції та відповідність факторного аналізу для цієї шкали. Ці результати підтверджують психометричну надійність цих інструментів та їх здатність надійно фіксувати базові конструкції, які вони прагнуть виміряти. Результати

аналізу КМО для поточного дослідження вказують на змішані рівні адекватності вибірки для вимірюваних конструкцій.

ЕСQ і В-ІРQ показують значення КМО нижче рекомендованого порогу 0,60, що свідчить про неадекватну спільну дисперсію між пунктами. Ці результати означають, що пункти в цих шкалах можуть не вимірювати когезійну конструкцію або можуть містити значний шум вимірювання. Такі висновки можуть бути наслідком неоднорідного вмісту елемента, низьких міжпунктових кореляцій або інших джерел дисперсії помилок. Це вказує на необхідність подальшого вдосконалення цих шкал, наприклад, переоцінки їх розмірності, перегляду недостатньо ефективних завдань або розгляду альтернативних конструкцій.

Загальна статистика КМО 0,5 свідчить про граничну адекватність для проведення факторного аналізу набору даних. Хоча деякі шкали (MHLC, HSB, HDPS) демонструють сильні психометричні властивості, низькі значення КМО для ЕСQ і В-ІРQ сприяють зниженій загальній адекватності набору даних для факторного аналізу. Зокрема, методика діагностики турботи про здоров'я зберігає змістовну факторну структуру в україномовній адаптації (див. рис. 2.5).

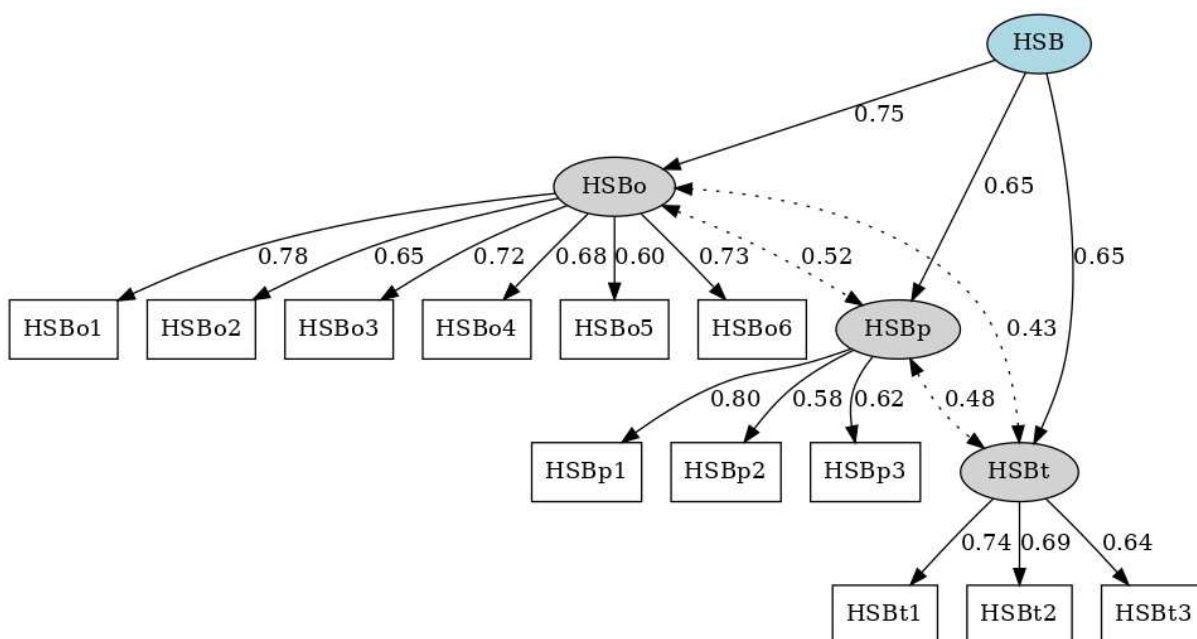


Рис. 2.5. Факторна структура шкали турботи про здоров'я

Ієрархічна структура моделі включає три латентні фактори нижчого порядку, які далі включені до латентного фактора вищого порядку, загального стану здоров'я. Результати КФА вказують на те, що модель вимірювання є чітко визначеною, при цьому всі спостережувані показники суттєво впливають на відповідні приховані фактори. Стандартизовані факторні навантаження коливаються від 0,52 до 0,80, що відображає помірні та сильні зв'язки між показниками та їхніми відповідними конструктами. наприклад:

Показники для HSB_o продемонстрували стабільно високі навантаження (наприклад, HSB_{o1}: $\beta=0,78$, HSB_{o4}: $\beta=0,72$), що свідчить про те, що спостережувана поведінка надійно фіксується елементами. Навантаження для HSB_p становили від $\beta=0,58$ (HSB_{p2}) до $\beta=0,80$ (HSB_{p1}), що вказує на те, що шкала з високою надійністю фіксує сприйняті аспекти поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Індикатори для HSB_t (наприклад, HSB_{t1}: $\beta=0,74$, HSB_{t2}: $\beta=0,69$) відображають сильне узгодження з конструктом поведінкових тенденцій.

Залишкова дисперсія показників є помірною, що вказує на те, що, хоча приховані фактори пояснюють значну частину дисперсії спостережуваних змінних, залишається певний ступінь помилки вимірювання або незрозумілої мінливості. HSB_p ($\beta=0,43$) – помірний зв'язок, який свідчить про те, що поведінка, що сприймається, також вносить значний внесок у загальну конструкцію, але меншою мірою, ніж поведінка, що спостерігається за субшкалою HSB_o. HSB_t ($\beta=0,65$) – сильний зв'язок, що підкреслює важливість поведінкових тенденцій у поясненні поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Ці результати підтверджують теоретичну передумову про те, що поведінка, пов'язана зі здоров'ям, є багатовимірною конструкцією, причому кожен підвимір має унікальний внесок у головний фактор. Результати КФА підтверджують, що шкала є психометрично надійною та здатною відобразити природу поведінки, пов'язаної зі здоров'ям.

Підтверджувальний факторний аналіз для шкали багатовимірною локуса контролю здоров'я підтримує ієрархічну модель, що складається з трьох прихованих факторів першого порядку, з головним латентним фактором вищого порядку МНЛС, що представляє локус контролю загального здоров'я (див. рис. 2.6).

МНЛС_і: індикатори навантажуються від середнього до сильного ($\beta=0,58$ до $0,75$), що вказує на надійне вимірювання внутрішнього локусу контролю. МНЛС_а: діапазон навантажень від $\beta=0,60$ до $0,79$, що відображає сильну репрезентацію віри у сильних інших, які впливають на здоров'я. МНЛС_о: діапазон навантажень від $\beta=0,58$ до $0,70$, демонструючи послідовне вимірювання переконань, заснованих на випадковості.

Фактор, МНЛС, пояснює суттєву дисперсію в підрозмірах, а саме – МНЛС_і ($\beta=0,68$), МНЛС_а ($\beta=0,72$), МНЛС_о ($\beta=0,68$) Шкала МНЛС демонструє надійні психометричні властивості, ефективно фіксуючи багатовимірну природу локуса контролю здоров'я. Ієрархічна модель підкреслює взаємодію внутрішніх, випадкових і сильних інших локусів в єдиній структурі, надаючи надійний інструмент для оцінки переконань щодо контролю, пов'язаних зі здоров'ям.

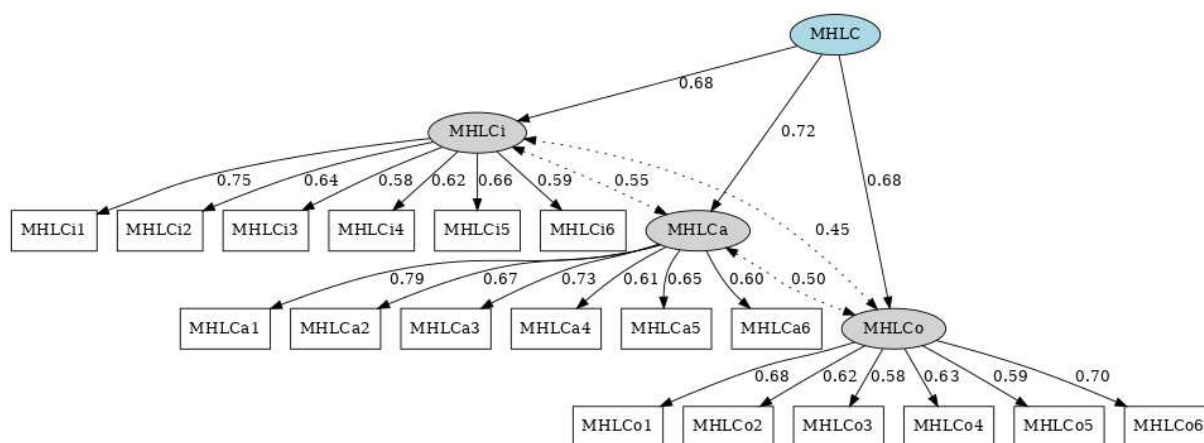


Рис. 2.6. Факторна структура шкали локусу контролю здоров'я

Результати КФА для моделі HDPS, яка складається з трьох підшкал — HDPS_а, HDPS_н і HDPS_р — продемонстрували загальну хорошу відповідність моделі (див. рис. 2.7).

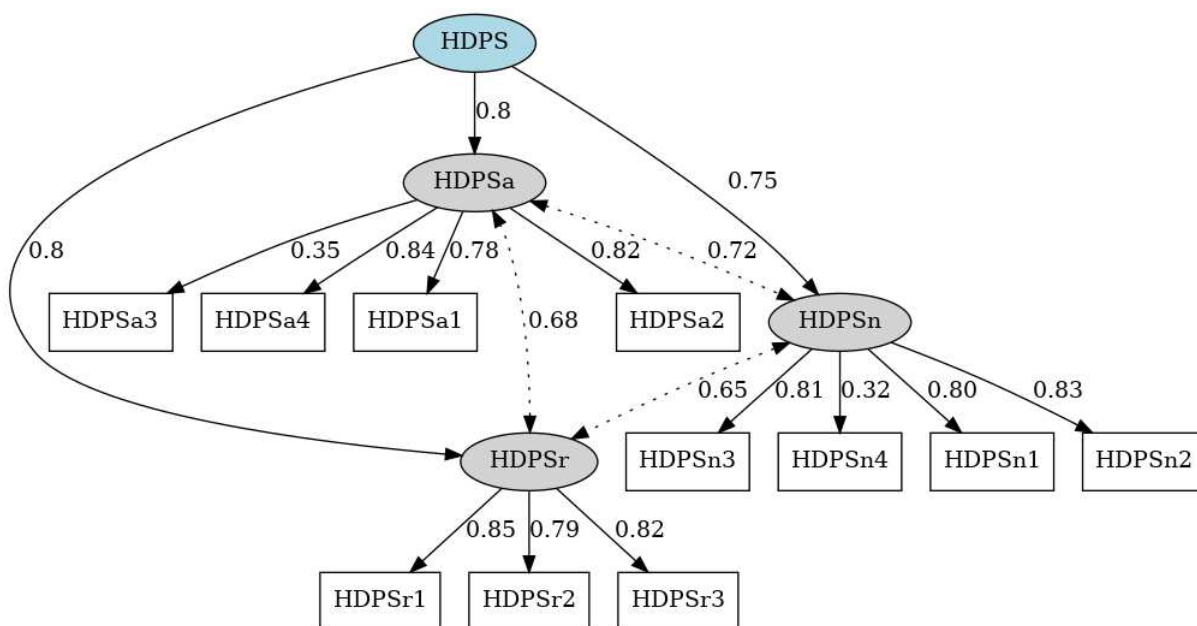


Рис. 2.7. Факторна структура багатомірної шкали відтермінування

Факторні навантаження в основному потрапляють у прийнятні діапазони. Латентна конструкція вищого порядку (HDPS) адекватно пояснює зв'язки між своїми субшкалами, про що свідчать сильні міжфакторні кореляції: між субшкалами HDPSa та HDPSn ($r = 0,72$), між HDPSn та HDPSr ($r = 0,65$), а також між HDPSr та HDPSa ($r = 0,68$). Ці кореляції підтримують теоретичну когерентність системи HDPS, одночасно вказуючи на значні відмінності між підшкалами.

Факторні навантаження для досліджуваних елементів за підшкалою уникання коливалися від 0,35 (HDPSa3) до 0,84 (HDPSa4). Більшість пунктів значною мірою впливають на латентний конструкт, підтверджуючи їх релевантність субшкалі. Однак HDPSa3 продемонстрував помітно слабше навантаження (0,35), що свідчить про те, що він може бути не таким репрезентативним для латентного фактора, як інші елементи. Внесок цього пункту слід додатково перевірити на потенційні проблеми з вимірюванням або концептуальні розбіжності.

Навантаження для підшкали бездіяльності були загалом сильними в діапазоні від 0,32 (HDPSn4) до 0,83 (HDPSn2). Хоча більшість елементів

продемонстрували міцний зв'язок із латентною конструкцією, навантаження для HDPSn4 було відносно низьким (0,32), що викликало занепокоєння щодо його репрезентативності. Це вказує на те, що HDPSn4 може охоплювати конструкцію, яка частково лежить поза полем вимірюваних явищ основної підшкали. Усі пункти підшкали самолікуння демонструють високі факторні навантаження в діапазоні від 0,79 (HDPSr2) до 0,85 (HDPSr1), що вказує на те, що шкала є надійною та узгодженою.

Шляхи від конструкту вищого порядку (HDPS) до його субшкал були сильними, зі стандартизованими коефіцієнтами 0,80 (HDPSa), 0,75 (HDPSn) і 0,80 (HDPSr). Ці значення вказують на те, що конструкт HDPS суттєво пояснює дисперсію за всіма трьома підшкалами, підтримуючи теоретичну основу для розгляду HDPS як латентної змінної вищого порядку, що охоплює три виміри. Хоча в цілому модель добре підходить, слабкі навантаження для HDPSa3 (0,35) і HDPSn4 (0,32) свідчать про необхідність подальшого дослідження. Ці пункти можуть вимагати уточнення, переформулювання або заміни, щоб переконатися, що вони концептуально та статистично узгоджуються з відповідними субшкалами.

Заключним етапом аналізу психометричних якостей використаних інструментів було визначено оцінювання конкурентної та дивергентної валідності за кореляційним аналізом.

Від помірної до високої міжелементної кореляції в межах підвимірів, поряд із високим навантаженням для більшості показників, можна припустити сильну конвергентну валідність (див. рис. 2.8).

Елементи, призначені для вимірювання подібних аспектів конструкції, постійно демонстрували узгодженість, підтверджуючи, що адаптовані інструменти є надійними та внутрішньо узгодженими.

Кореляції між підвимірами були помірними та нижчими рекомендованих порогів ($r < 0,80$), що вказує на те, що підвиміри, хоч і пов'язані, представляють окремі компоненти всеохоплюючих конструкцій. Це гарантує, що інструменти не лише вимірюють загальні конструкції, але й зберігають здатність розрізняти унікальні аспекти цих конструкцій.



Рисунок 2.8 Кореляційна матриця застосованих інструментів

Показники внутрішньої узгодженості, відображені в альфа-індексі Кронбаха та зведеному індексі надійності, були незмінно високими на підшкалах, що вказує на те, що інструменти забезпечують стабільні та надійні вимірювання. Крім того, оцінка залишкових дисперсій показала, що більшість дисперсій спостережуваних змінних пояснюється прихованими факторами, залишаючи мінімальну не пояснену помилку.

Адаптовані інструменти пропонують надійні засоби оцінки складних психологічних і поведінкових конструкцій, особливо в контексті, пов'язаному зі здоров'ям. Використання ієрархічних моделей також дозволяє одночасно оцінювати загальні конструкції та їхні підвимири, забезпечуючи комплексну перспективу. Ці інструменти можуть бути застосовані в різних групах населення та контекстах, полегшуючи дослідження та практичне застосування в таких сферах, як прийняття рішень щодо здоров'я, поведінкові тенденції та локус контролю.

Висновки до другого розділу

1. Дослідження інтенційно-поведінкового розриву передбачає реалізацію змішаного дизайну задля вирішення низки дослідницьких завдань, означених у роботі. Зокрема, кількісне пояснювальне дослідження необхідне для оцінки міри впливу психологічних чинників на схильність до інтенційно-поведінкового розриву. Разом з тим якісне пошукове дослідження надасть можливість виокремлення контекстуально-специфічних чинників, що притиманні чутливим суспільним групам українського соціокультурного середовища. Таким чином, ми можемо досягнути дослідницької мети надаючи більш скромні висновки щодо психологічних чинників розриву, які не перевищуватимуть власної описової потужності.

2. Експлораторне дослідження було реалізовано для пошуку потенційних чинників, з метою адаптації концептуальної моделі до досвіду досліджуваної популяції, а також специфікації потенційних змінних концептуальної моделі. Було використано методи напівструктурованого та глибинного інтерв'ю. Вибірки сформовано серед осіб, що мають обмежений доступ до закладів охорони здоров'я, а саме 106 мешканців м. Гребінка, серед яких 51 особа з клінічної групи та 55 осіб з неклінічної групи; 12 мешканок с. Селещина літнього віку, що надають перевагу лікуванню травами понад конвенційною медициною; 217 комбатантів, серед яких згоду на запис глибинного інтерв'ю надали 24 особи. Таким чином було зібрано якісні дані щодо досвіду звернення по медичну допомогу визначених категорій, що мають вищу схильність до відтермінування.

3. Концептуальну модель пояснювального дослідження було складено послуговуючись процесуальним підходом турботи про здоров'я. За результатами пошукового дослідження основні елементи моделі було операціоналізовано таким чином: очікувані наслідки (медична недовіра), сприймана ефективність турботи про здоров'я (дистрес зумовлений хворобою), сприймана ефективність підтримування турботи про здоров'я

(локус контролю здоров'я), сприймані перешкоди (екзистенційна незахищеність) та ресурси (соціальна залученість), а також розрив (прокрастинація звернення по медичну допомогу) та власне турбота про здоров'я.

4. Вибірку для кількісного пояснювального дослідження сформовано з 512 респондентів, із відсотком залучення – 67.6% від загальної кількості опитаних (757 осіб). Учасниками дослідження переважно були цивільні особи середнього віку ($M=39,2$, $SD=7.34$) із переважанням осіб, що ідентифікували себе як жінки (68,16%), що є типовим для досліджень у сфері здоров'я, проте може обмежувати узагальнення. Більшість респондентів мали вищу освіту, що свідчить про залученість обізнанішої аудиторії. За рівнем доходу переважали респонденти із середнім та низьким доходом, що слугує на можливий вплив економічних факторів на поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Більшість учасників проживали у приміській місцевості (62,70%), тоді як міські та сільські райони були менш представлені. Хоча вибірка є достатньо великою, вона демонструє певну селективність, тож отримані результати варто з обережністю екстраполювати на загальне українське населення.

5. Реалізація досліджень українськими фахівцями у галузі психології здоров'я передбачає адаптацію відповідних інструментів психологічної діагностики, з огляду на низьку кількість наявних даних щодо їх психометричних якостей. У межах представленої роботи було виконано адаптацію низки інструментів: Шкали турботи про здоров'я, Шкали прокрастинації звернення по медичну допомогу, Короткого опитувальника ставлення до хвороби та Індексу медичної недовіри. Вказані методики мали належний рівень внутрішньої узгодженості, факторних навантажень та відповідну факторну структуру. Крім того, за результатами кореляційного аналізу визначено достатню диференціальну спроможність підшкал методик для вимірювання пов'язаних, проте окремих характеристик.

РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

3.1. Експлораторний етап дослідження чинників інтенційно-поведінкового розриву

Пошуковий етап дослідження. Передусім було реалізовано пошукове завдання першого підетапу дослідження. Послугуючись методом тематичного аналізу для опрацювання отриманих якісних даних, визначено ключові теми та підтеми, що потенційно можуть відображати чинники формування особистісного ставлення до здоров'я та поведінки, спрямованої на турботу про здоров'я (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Сприйняті чинники звернення по медичну допомогу

Категорія	Підкатегорія	Зразок формулювання
Б і о л о г і ч н і фактори	Хворобливість	«...я постійно хворію, саме пройде»
	Пластичність	«...треба відволікатись, їхати в лікарню»
	Нейротизм	«...страшно захворіти»
Екзистенційні фактори	Смерть	«...так і жить перехочеться»
	Ізоляція	«Буду там одна лежать, краще вдома»
	Свобода	«...не хочу цим всім займатися опять»
	Втрата сенсу	«Якщо помиратиму, то нашо вже йти»
	Тривога	«Ой, мені там просто дуже не по собі»
Психологічні фактори	Локус контролю	«Хочу бути здоровою»
	Соціальна залученість	«Тут зі мною хоч побалакають».
Соціокультурні фактори	Ставлення до медицини	«Та шо у нас можуть, хіба що доб'ють»
	Культура здоров'я в сім'ї	«Так не прийнято до лікарів ходити часто»
Ф а к т о р и доступності	Фінансова доступність	«Ну, на зарплату ліки оплатити важко...»
	Територіальна доступність	«...їхати до лікарні просто нічим»
	Психологічна доступність	«...будуть розказувати який я не такий»

Загалом фактори відповідають моделі ППТЗ, відображаючи контекст переривання інтенційно-поведінкового переключення. Розрив актуалізується на етапі формування первинної мотивації, що частіше має

соціокультурний генезис, але також і за вольової фази, де розгортається внесок кожної із категорій. Зокрема, узагальнимо висвітлені дані, послуговуючись процесуальною дескрипцією: біологічні та соціокультурні чинники формують контекст для розгортання мотиву здоров'язбережувальних дій, зумовлюючи переконання щодо здоров'я особистості. Чинники доступності та психологічні визначають спроможність до процесингу вольової фази – планування дії та планування подолання – обумовлюючи перехід до позиції агента.

Проте екзистенційні чинники мають дещо складніший характер впливу на процес реалізації здоров'язбережувальної дії. Виражене прагнення особистості захиститися від порушення цілісності епістемологічної реальності, що є наслідком зіткнення з кінцевими фактами під час звернення до медичного закладу, протидіє прагненню вирішення внутрішньої напруги, актуалізованої контактом із хворобою. Відповідно, абдуктивним висновком є необхідність розмежування прокрастинації турботи про здоров'я, орієнтованої на профілактику, лікування та діагностику, зважаючи на співвідношення символічних одиниць «здоров'я», «хвороба» та «медицина» в мережі семантичного простору особистості (див. рис. 3.1).

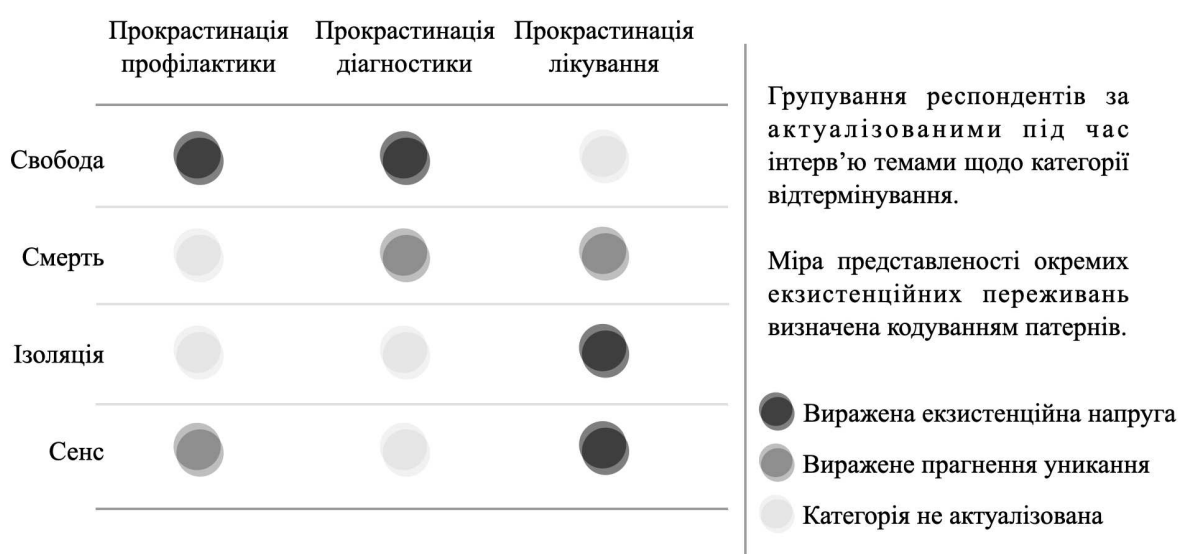


Рис. 3.1. Диференціація типів прокрастинації турботи про здоров'я

Зокрема, необхідним є врахування аспектів ставлення респондентів до означених категорій. Власне, за результатами групування матеріалів інтерв'ювання на засновку типу медичної послуги, необхідної для особистості, реалізація якої уникається, сформовано відповідні екзистенційні профілі, що підкреслюють доцільність подібної концептуалізації.

Додатково зауважимо, що на етапі оцінювання стенограм, визначено важливе обмеження обраного підходу – інтенційність плану інтерв'ю, що початково передбачає диференціацію екстернальних та інтернальних факторів, що і відображається в отриманих категоріях. Водночас примітно, що характерних мотивів під час інтерв'ювання не встановлено, що свідчить про недостатню рефлексивність агента в прийнятті рішення щодо турботи про здоров'я. А деталізація та чітка спрямованість на попередніх етапах інтерв'ю – третьому та четвертому – є змістовною, з огляду на кількість отриманих даних. Проте не зважаючи на розкриття дотичного параметру та методологічних обмежень у процесі аналізу, що, безумовно, визначають міру достовірності інтерпретацій отриманих результатів, співвідношення представленості досліджуваних категорій засвідчує провідну роль екзистенційного досвіду в предикції турботи про здоров'я (див. рис. 3.2).

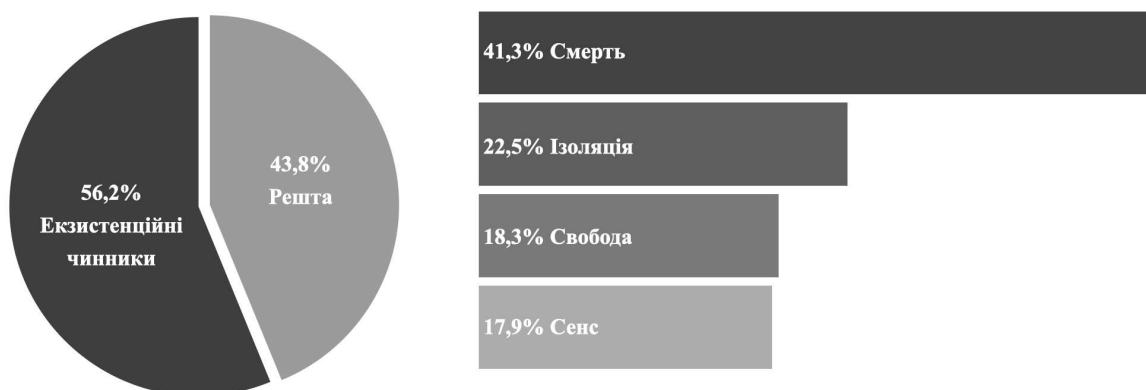


Рис. 3.2. Розподіл представленості екзистенційних категорій

Відповідно, вирішено перше дослідницьке питання (RQ1), експлораторне розгортання екзистенційного досвіду як складника прийняття рішення щодо звернення до фахівців галузі охорони здоров'я є доцільним (див. рис. 3.2). Необхідним етапом є КФА пояснювальної моделі, з огляду на виражену диспропорцію в наведених результатах. Наразі необхідно визначити міру достовірності отриманих відповідей, з огляду на суб'єктивний підхід до збору даних. Наведемо результати зіставлення оцінок, отриманих у процесі кодування матеріалів інтерв'ювання (I-шкали в представлений таблиці) та стандартизованих показників (Q-шкали, відповідно) за опитувальником у поданні Кучини (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Результати зіставлення оцінок отриманих двома методами збору

Змінна	Медіанне значення		Статистичний критерій	P-значення
	За опитуванням	За інтерв'ю		
Смерть	4.2	5.1	820.5	0.024
Ізоляція	4.8	5.0	972.0	0.063
Сенс	3.0	4.4	850.0	0.011
Свобода	7.0	7.2	910.5	0.054

Ранговий тест Вілкоксона був обраний як метод аналізу з огляду на ординальний характер даних. Зауважимо, що оскільки перевірено значущість відмінностей середніх рангів сукупності, узагальнення, що надано послуговуючись значеннями медіан, не придатні для екстраполяції. За результатами діагностики можемо завважити характерну узгодженість поміж категоріями ізоляції та свободи, що актуалізовано учасниками інтерв'ю ($p > 0.05$). Проте відповідність поміж суб'єктивною оцінкою екзистенційного переживання під час інтерв'ювання та опитування зберігається не повною мірою (RQ2). Спосіб збору даних, ймовірно, зумовлює міру саморозкриття респондентів щодо екзистенційного переживання конфронтації смерті та втрати сенсу ($p < 0.05$). На противагу

попередньо наведені результати, щодо тотожності суб'єктивної напруги ізолюваності та свободи, можемо означити такими припущеннями: (1) ці кінцеві факти мають більшу соціокультурну причинність, тож прагнення уникнення зіткнення з ними є меншим; (2) медицина як система символів не сприяє актуалізації переживання означених фактів; (3) визначений дизайн дослідження сприяв відповідному розкриттю актуальних переживань щодо ізоляції та свободи, на протипагу смерті та сенсу.

Отримані результати можуть відображати нативну складність екзистенційного досвіду, вербалізація якого є обмеженою. Водночас відмінності свідчать на підтримку ідеї контекстуальності розгортання екзистенційної тривоги. Зокрема, мережу медичної допомоги доцільно описати як символічну систему, що передбачає можливість навігації агента в площині екзистенційного досвіду. Значення та сенси, що дотичні галузі охорони здоров'я, закладають контекст для зіткнення з відповідними кінцевими даностями, що, зокрема, проявилось в процесі інтерв'ювання.

Так, відмінності медіанних значень оцінок смерті та сенсу, можуть відображати, що, послуговуючись символічним мисленням, агент отримує доступ до опредметнення екзистенційної дилеми смертності, у той час як гомеостатична тенденція – щодо збереження цілісності епістемологічної моделі світу – убезпечує особистість від безсенсовності поза цим контекстом. Істотність смертності та безсенсовності не узалежнена стандартом соціально-психологічної реальності. Тож, можемо припустити, що їхнє усвідомлення обмежене наявністю контекстів для його розкриття, що пропонує звернення до фахівців медичної практики. Проте надані результати свідчать також про те, що ефективність цієї символічної системи узалежнена суспільною артикуляцією сутності медицини, що пропонує новий напрям для дослідницької роботи. Водночас важливо зазначити, що хоча ці інтерпретації дають певне розуміння феномену, вони базуються на абдуктивних принципах логіки. Подальший КФА є необхідним для прояснення сутності визначених категорій.

Насамкінець, варто охарактеризувати сприйнятий вплив кожної із виокремлених тем екзистенційного досвіду на прокрастинацію турботи про здоров'я. Ми послуговувалися методом кодування патернів, що уможливорює узгодження визначених категорій. Власне, прийняття рішень у вольовій фазі характерно зумовлене досвідом контакту з екзистенційними фактами. Зокрема, усвідомлення смерті та смертності, про що свідчать попередні результати, є медіатором передбачуваної вразливості здоров'я. Для деяких респондентів (37%) це стало основою для подолання прокрастинації, оскільки вони прагнули агентності у своїй смертності. Однак для решти (23%) це усвідомлення призвело до розширення інтервалів відтермінування. Ідея екзистенційної свободи та відповідальності у власних діях також здебільшого сприяла проактивній поведінці (45%), хоча зберігався песимум «надмірної ваги прийняття рішення» (13%). Переживання ізоляції та безглуздості сприймалися респондентами як чинники відтермінування (68% та 73% відповідно). Крім того, серед респондентів, які повідомили про недостатність соціальних мереж особистої підтримки (30%) та сприйманий брак сенсу життя (15%), здебільшого зазначали також про схильність до прокрастинації турботи про здоров'я. Відповідно, соціальна ізоляція та неспроможність до цілепокладання можуть слугувати обмежуючими факторами.

Звернення до закладу охорони здоров'я передбачає актуалізацію екзистенційних переживань, що супроводжується наростанням напруги та прагненням уникнення. Прокрастинація може бути пояснена тенденцією до захисту власної епістемологічної цілісності агента від контакту з екзистенційними фактами. Саме екзистенційний досвід доцільно розглядати як один із провідних чинників ставлення до лікувального процесу, з огляду на представленість цієї категорії у наведених результатах експлораторного дослідження. Водночас з-поміж кінцевих фактів найбільш значущим є саме зіткнення зі смертю. Власне, помітна різниця між рівнем екзистенційної тривоги, що виникає *ab intra*, і напруги зумовленої

контекстом смертності *hic et nunc*, спонукає до роздумів про символічне значення медицини в семантичному просторі особистості.

Зауважимо, що під час обробки отриманих даних, актуалізовано також внесок ставлення особистості до континууму «здоров'я-хвороба» як визначника для опису прокрастинації. Доцільно диференціювати дискретні форми прокрастинації залежно від змісту активної дії, що відтермінується агентом, оскільки екзистенційні переживання, що супроводжують цей процес можуть відрізнитися. Знов-таки ця відмінність може зумовлюватися сенсом, яким насичено кінцеву дію, що потребує додаткового аналізу. Розбіжності, висвітлені в роботі, також підтверджують значущість системного опису категорії прокрастинації, постулюючи недостатність інтенційно-поведінкової дескрипції. Зокрема, дистальні чинники, що не впливають безпосередньо, але формують контекст уникання варто розглядати як необхідну основу для подальшого дослідження. Розкриття напруги зумовленої буттєвою обмеженістю особистості може слугувати основою для сприяння проактивної турботи про здоров'я.

Оскільки основа прокрастинації здоров'я має глибинний характер, процес лікування повинен починатися на площині екзистенціального досвіду. Усвідомлення смерті, як її чітке вираження, викликає різноманітні епіфеномени, і внесок цього досвіду в загальний стан системи є надзвичайно значним, тому втручання мають необхідну силу (Reed et al., 2021). Проте усвідомлення власної смертності є не єдиним рушієм ставлення до здоров'я та турботи про нього; нейропсихологічні дані свідчать про те, що загальна здатність людини сприймати значення також може відігравати певну роль (Balogh et al., 2021). По суті, перебудова епістемічної реальності індивіда представлена в його онтології, зокрема в конфлікті дотику з власним здоров'ям. Важливо, щоб ця стратегія забезпечувала «депоноване» вирішення проблеми прокрастинації. Зміни в тому, як ми взаємодіємо зі знаннями та емоціями, є глибшою реструктуризацією, яка має помітний вплив на сферу охорони здоров'я. На

відміну від когнітивних та емоційних технік, звернення до виміру існування дозволяє нам виконувати більш стабільні зміни з часом.

У той час як система мотивації керується гомеостатичним прагненням зберегти цілісність системи, уникнення передбачає невідповідність між фактичною діяльністю та її символічним значенням. Відповідно, конкретна прогалина, що досліджується в даній роботі, представляє ширший контекст дисбалансу системи, яка намагається зберегти свою власну цілісність. У результаті прокрастинація стає умовно адаптивним способом для цього індивіда зберегти свою цілісність. Навіть якщо система, яка в даному випадку прагне до самозбереження, непристосована, її блага мета досягнута, і розриву не виникає. Відчуття екзистенційної тривоги, викликане усвідомленням власної обмеженості, спонукає до досягнення мети (уникнення). Це необхідно, щоб зняти психологічну напругу, спричинену зустріччю з обмеженими фактами. Однак у випадку здорової поведінки мета може бути як прямою, так і непрямою: заохочувати здорову поведінку або уникати її. Отже, ірраціональне визначення прокрастинації не відповідає критеріям нової раціональності. Дезадаптивна поведінка щодо здоров'я закладається задовго до стадії експлуатації як стратегія захисту цілісності пошкодженої системи. Етіологія прокрастинації здоров'я закладена в глибинних особистісних процесах, а саме в екзистенційному досвіді людини, що передбачає необхідність конкретизації передумов розриву задля дієвого втручання.

У ході другого підетапу пошукового дослідження передусім було реалізовано контент-аналіз, за результатами якого було визначено кількість згадок респондентами про різні засоби самолікування. Ґрунтуючись на результатах огляду найпопулярніших з них, доцільно припустити, що обговорюваний соціум демонструє прагматичну тенденцію в місцевій культурі турботи про здоров'я, яка відзначається використанням легкодоступних інгредієнтів. В першу чергу респонденти згадують такі трави, як різні види м'яти (*Mentha*, $n = 51$) і подорожника (*Plantago*, $n = 31$),

липи дрібнолистої (*Tilia cordata* Mill., $n = 17$) і чорнобривців (*Calendula officinalis*), $n = 10$). Крім того, зазвичай використовуються одомашнені культури, такі як буряк (*Beta vulgaris*, $n = 32$), часник (*Allium sativum*, $n = 22$), цибуля (*Allium* сера, $n = 18$) і картопля (*Solanum tuberosum*, $n = 10$). Виявлено, що харчова сода ($n = 48$) і кухонна сіль ($n = 30$) часто використовуються разом з молоком ($n = 25$) і тваринними жирами ($n = 19$). У той же час не було повідомлено про приховане розмежування між нерослинними та рослинними лікарськими засобами.

Разом з тим респонденти мають цілісну точку зору на компоненти народної медицини. Згідно з записками інтерв'ю, у 17 із 19 випадків, коли інтерв'юер наголошував на лікуванні травами, респонденти все ж згадували елементи з альтернативних джерел. Мешканці, схоже, приписують властивості трав'яних засобів, такі як природні та безпечні, іншим товарам, які або виробляються місцево, або купуються у надійних продавців: *«чи то трава, чи молоко, усе з землі... корова дає молоко з що трави і сіль отримують із ґрунту»*.

Відповідно до відповідей на уточнюючі запитання респондентів, утилітарна точка зору на лікування травами обумовлена як економічною доступністю, так і негайною доступністю. Водночас, респонденти передусім зосереджені на вирішенні нагальних потреб за допомогою трав, зокрема у сфері першої допомоги:

W1: А зразу, що саме перше під рукою. Не будеш же шукати якусь брусніку чи малину, а саме перше – під струю води або у соду. Оце ж того й користуються, що у таку минуту воно є під рукою.

W10: Ну, це я щитаю, що це таке більше доступніше – те що в тебе дома є. Мені треба їхати Бог зна куди куплять ліки – я тим, що є.

Складні проблеми зі здоров'ям вимагають пошуку та вибору відповідних засобів. У цьому випадку досліджуване сільське населення розглядає фітотерапію саме як альтернативу, а не як доповнення, з 24 згадками порівняно з 11 у всіх транскриптах. Респонденти часто зазначали, що не звертаються за професійною допомогою в різних ситуаціях ($n = 39$).

Однак вони повідомили, що продемонстрували наполегливість у пошуках необхідного рецепту та були зосереджені виключно на лікуванні травами як втрочанні:

W4: Я пробувала заварити вербу і іву. Я залила, заварила... А тоді настойка обліпихи – тоже так само. Нічо мені не помагало... І тільки М. дала мені мазь, то допомгла. Там жінка одна сама мазі ці робить, ото мені дала. І мені воно пройшло вже майже аж весна як почалась.

Зразок у звітах демонструє симпатичні магичні вірування щодо ефективності трав'яних засобів, які базуються на властивостях компонентів: «калина підвищує кислотність», «сіль вбиває та очищає», а «часник знищує мікроби та віруси». За окремими винятками, подібність загалом має перевагу над контактом щодо атрибутів більшості засобів самолікування. Окремі випадки заразливих вірувань стосуються засвоєння цілющих властивостей з природних джерел травами («ввібрав сонячне світло, наповнив життєвою силою», «випив води, ще не випустив насіння — дуже тонізує») і перенесення дискомфорту від тіла людини («лист витягує біль і зморщується», «знижує температуру і висихає»). На відміну від першого випадку, у якому вірування стосуються умов збирання певних ботанічних рослин і, ймовірно, сприймаються вертикально («чув від бабусі», «Ж. сказав моєму татові багато років тому», «це відомо з часів війни»), другий Цей випадок включає переконання, поєднані з неявними моделями лікування, які пояснюють процеси загоєння («листя має необхідні властивості, щоб поглинати запалення»).

Однак більшість розповідей респондентів про рецепти ґрунтуються на законі подібності. Зокрема, вони підкреслили взаємозв'язок між сприйнятою ефективністю та чіткими сенсорними характеристиками ліків або інгредієнтів. Мешканці Селещини, можливо, вірять, що відчуття, які виникають під час застосування ліків, є показниками процесу одужання. Стабільні асоціації були в усіх транскриптах, як показано у візуалізації результатів контент-аналізу на основі ключових слів (див. рис. 3.3).

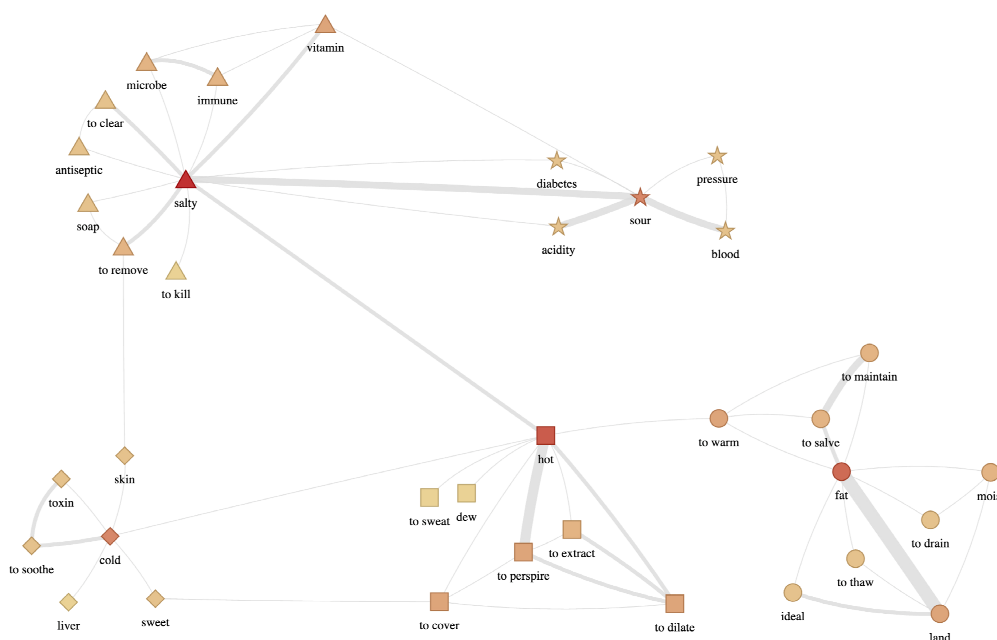


Рис. 3.3. Діаграма спільного вживання маркерів чуттєвого досвіду

Варто зазначити, що на рис. 3.3. колір вузла вказує на ступінь вузла, а ширина ребра представляє вагу відношення в діапазоні від 4 до 26. Власне, часте пероральне введення або травлення ($n = 59$) рослинних лікарських засобів (тобто чаїв, настоїв, настоянок, сумішей і сирих продуктів), ймовірно, сприяє підвищенню цінності смакових відчуттів. Відчуття кислого і солоного сильно пов'язані з відчутними ефектами, тоді як респонденти не згадували про солодке або гірке. Отже, на стадії оцінки було поставлено уточнююче запитання щодо терапевтичних властивостей інгредієнтів, які мають визначені смакові властивості. Виходячи з отриманих відповідей, доцільно припустити відсутність прихованого зв'язку між відчутним ефектом і вищезазначеними параметрами: «він гіркий, таким, яким він є, і його лікувальні властивості ідентичні властивостям негірких трав». Лише одна відповідь вказувала на ймовірний ефект, який не знайшов відображення в розшифровках: «печінка любить гірке». Більшість респондентів повідомили, що сприймають

солодкий смак як потенційно небезпечний ($n = 14$), особливо в контексті діабету чи догляду за дитиною:

W9: Підсоложують зазвичай дітям прям коли щось холодне треба дати або коли укутують; саме по собі я не знаю щоб солодке мало силу. Но я повністю осознаю, що сам сахар нероздільний із ризком сахару... Сахар – білий враг.

Зв'язок між смаковими параметрами солоного і кислого особливо проявляється при порівнянні з іншими. Зокрема, вони виявляють суміжні аспекти очікуваного результату, а саме збільшення споживання вітамінів, нормалізацію рН і профілактику діабету. Основним відчутним ефектом, пов'язаним зі смаком кислого, є регуляція рівня цукру в крові та кислотності. Навпаки, солоність надає антисептичні властивості, і деякі харчові продукти (наприклад, консерви) вважаються джерелами вітамінів. Крім того, контекст переказів про модифікації дієти, які зосереджені на вмісті вітамінів у продуктах без відповідного позначення вітамін-, пояснює прямий зв'язок між цими параметрами. Трав'яні збори часто використовуються в профілактичних і лікувальних цілях. Особливо поширеним є холистичний погляд на вітамінізацію ($n = 18$) як профілактичний метод; респонденти також використовували еквівалентне визначення “укріплення” ($n = 39$):

W11: Можна укріпити серце ізюмом, ізюм брати без кісточок. 1 кг Ізюму промити, просушити і їсти на голодний желудок утром 40 штук. Так робить поки не кінчиться повний кілограм, а потім готуємо і далі їмо. 40, 39 на наступний день 38 і так далі поки не закінчиться.

Виходячи з результатів аналізу мережі спільного виникнення, параметри температури зазвичай мали нижчий ступінь асоціації внаслідок їх антагонізму (“холодне–тепле” не сприймалося респондентами як пов'язані явища).

Вищі температури пов'язані з очищенням через потовиділення, тоді як нижчі температури вважаються потенційно заспокійливими. Водночас респонденти сприймають вживання холодної води як заспокійливий та

нормалізуючий стан тіла та психіки: «холодний настій краще заспокоює», «прохолодним потрібно очищати шкіру», «для лікування печінки — тільки коли. охолоджена», «якщо отруїлися, пийте холодну воду». І навпаки, споживання гарячої води рівносильне катарсису: «Вона повинна майже закипіти, щоб вона добре ошпарювалася, щоб за ніч все вийшло. Це буде неприємно, але потім ти очистишся». Відчутне потовиділення вважається ознакою виділення шкідливої речовини ($n = 25$), що відображає сенсорну контагіозність таких засобів.

Жир є важливою складовою кількох ліків і ключовим елементом, який допомагає в терапевтичному процесі. Специфічні характеристики відчуття жирності пов'язані з теплом, а саме відділення та виділення рідини, що супроводжується відчуттям полегшення. Тим не менш, жир має і захисну дію, оскільки його містять лікарські засоби у вигляді кремів і мазей. Окремо варто відзначити, що жирність також тісно пов'язана з якістю ґрунту, на якому вирощуються ці трави. Це пов'язано з тим, що респонденти надають великого значення своїй участі в приготуванні ліків, і, отже, якість ґрунту значно впливає на їхнє загальне сприйняття зцілення. Зокрема, це стосується факторів, які впливають на вибір лікарських засобів – жителі Селещини понад усе цінували активну участь у їх виробництві.

Фактично, емпіричні переконання мешканців формуються параметрами ефективності та доступності. На визначення методу лікування переважно впливає порівняння з фармацевтичними препаратами на основі таких параметрів:

W2: Урізалась і біга як вуж од веньгера бо в медпункті закрито. Кажу: “давай я принесу,” – принесла. Вона помазала і потім каже: «ти представляєш помазала і там нічого на пальці не осталося». Оце воно так помагає ефективно. Не нада куплять ніде ніяких лікарствів; просто прикладай і воно зразу заживе.

W6: Не треба таблеток, можна обійтися без них. Кавун. Свіжі кавуни літом, консервовані на зиму, варення з скибки із білої. Шкірку висушити і заварювати як чай, а білу – як варення.

У цьому контексті перевагою є простота односпрямованого ефекту рослинних лікарських засобів, що узгоджується з сенсорним моделюванням лікування:

W12: Ну як ліки аптечні, більше складні вони, а трава більш проща... А лікувальні властивості в неї хороші зберігаються. Мені вже щоб щось лічити, то я вже кажу в мене проблеми з тим і з тим, а зараз мені треба підлікувати таку проблему.

W10: Це вже хімія; це вже складне. Воно діє іменно на одне шось коли це трава. Того мені проща заварити траву чим іпользувать лікарства.

W5: Ну як такі ситуації не прям нереально складні. Ну не так як оце якщо б на фронті, без рук, без ніг. А як простіша ситуація – то можна й травами, як додатний варіант має місце.

Як бачимо зі звітів про порівняння таблеток і трав, уявна неефективність ліків також може бути пов'язана з сенсорною природою імпліцитних моделей лікування: «Я пив, і нічого не сталося», «Я пив, як у кухоль». Розуміння механізмів лікування серед сільського населення залежить від прямого контакту з лікарським засобом і параметрів цього контакту, як це виражено у таких фразах, як «висока спека», «ніби очі розплющені» та «як тягар з моїх плечей». Завдяки значно довшій тривалості активної взаємодії з фітотерапією порівняно з використанням фармацевтичних препаратів, відчутний ефект першого значно більший: «Вам слід пити 6–8 ковтків протягом дня, щоб повністю випити напій. Тоді ви відчуєте, як кислінка розріджує кров, а не прийме таблетку вранці, а до вечора стане погано». Імовірно, сприймана ефективність КАМ більш значуща для респондентів, оскільки вона зменшує напругу, пов'язану зі сприйняттям хвороби: «Я відчуваю, що мене лікують, і це вже мені допомагає». Зокрема, періодичне відчуття жару під час лікування травами вважається прямою ознакою терапевтичного процесу, тоді як відсутність такого ефекту при застосуванні фармакологічних засобів часто пояснюється неефективністю лікування.

Тим не менш, очікувана тривалість лікувальних ефектів і процесів лікування відрізняється від їх фактичної тривалості, що призводить до розбіжностей у звітах на користь КАМ: *“Я прийняла, і симптоми на якусь время пройшли. Потім я знову прийняла таблетки, і знову”*; *“Вам потрібно пити настій приблизно 2 тижні, перш ніж ви відчуєте полегшення”*. Витрачені зусилля та час сприймаються як скорочені через легку доступність цих засобів і можливість вирішення проблем, пов’язаних зі здоров’ям, за допомогою доступних товарів. Фактичні витрати часу та зусиль також часто витісняються відчутним ефектом:

W7: Шоб ото ушиб чи вивих підлічити, 100 г квітів кульбаби помельчені хай зжухнуть, залить настойкою йоду, шоб покрить і поставить на 4 дні в темному місці. Пропарить ноги, витерти насухо і намазати йодну сітку. Повторювати на ніч на протязі 2 тижнів шоб на протязі місяця ножки як новенькі були.

Незважаючи на те, що інгредієнти в рецептах вважаються корисними для багатьох систем організму або станів, для конкретних рецептів характерно лише односпрямований ефект. Наприклад, респонденти W4, W7 і W9 зазначили, що бузина позитивно впливає на серцево-судинну, лімфатичну та ниркову системи. Тим не менш, деякі його застосування вважаються винятковими: *«Можна зігріти холод чаєм, варення корисне для легенів, а настої можуть допомогти впоратися з високим тиском»*. Ймовірно, це пояснюється дихотомією індивідуальних і колективних рецептів. Одночасно існують місцеві знання (переважно вертикальні) та інтерпретації місцевих жителів (переважно горизонтальні). Мешканці апостеріорі оцінюють ефективність фітопрепаратів і виробляють власні рецепти. Таким чином, письмові джерела (тобто нотатки, газети та книги) та особистий досвід інших є основними джерелами інформації про засоби лікування. Згідно з даними про частоту згадування, міжособистісне спілкування є основним фактором, що визначає сприйману цінність рецепту; підтвердження чужого досвіду в поєднанні з особистим досвідом

має істотний вплив на переконання. У той же час не було жодного помітного впливу відносних цінностей на лікування в медичних закладах.

Застосування рецепту, отриманого від іншої особи, викликало відчуття зв'язку з цими особами. Більшість респондентів посилаються на джерела рецептів. Ця тенденція була виявлена під час перших трьох інтерв'ю та була перевірена в наступних. Ця схильність зберігалася, незважаючи на роз'яснення, що надання ідентифікаційних даних джерела не є обов'язковим або навіть обмеженим. Ця тенденція збереглася, незважаючи на неодноразові нагадування про заборону повідомляти джерела інформації в інтерв'ю W10 та W11. Конкретність відрізняє реляційні вірування щодо лікування травами, оскільки в транскрипціях зазвичай згадуються певні особи, а не спільнота чи суспільство. Відповідний аналіз також було візуалізовано, при цьому колір вузла на діаграмі вказує на ступінь вузла, а ширина ребра представляє вагу відношення в діапазоні від 8 до 37 (див. рис. 3.4).

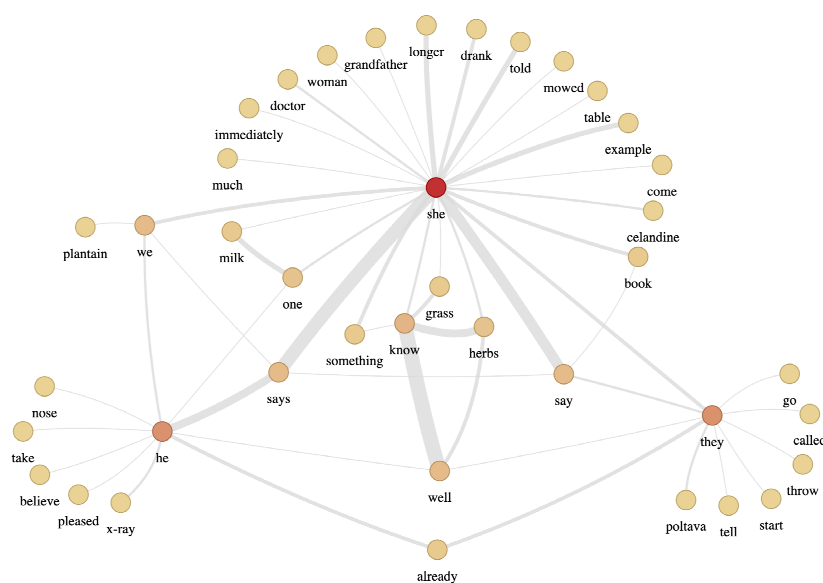


Рис. 3.4. Діаграма на основі спільного використання займенників

Крім того, згадки спільноти були позбавлені емоційного підтексту. Джерелами рецептів часто є незнайомці ($n = 28$), сусіди ($n = 16$) або родичі

(n = 15). У випадку незнайомців застосування їхніх рецептів супроводжувалося почуттям вдячності, цінності та поваги до їхніх знань про охорону здоров'я:

W1: Кожного ранку – зубочок часничку. Як їхала з Кривого Рогу, то так серце боліло, так сильно, що думала можуть, може висядять з поїзда... Там жіночка переживала, запитала чи все нормально. Кажу, що так серце болить. Вона розпитує а коли, а як, а чим лічилися. Каже, посовітувала: “Приїдете додому візьміть зубочок часничку і кожного утра ковтайте зубочок часничка”. Кожен день на столі у блюдечко часничок тепер всігда. А січас як тіки починає боліти я беру ковтатаю зубчик. І оце так з кожним з них теплом згадую цю жінку яка мені таке хороше посовітувала.

W2: W2: У мене пропало молоко. Були дитячі кухні рядом, то почав чоловік ходити, брав молоко. А сама ж плачу, що така біда в мене. А тоді мама їхала до мене і зустрілась з нашою медсестрою по дорозі. Каже: “Плаче Н., плаче дитина.” А вона їй підказала, що треба їсти горіхи ліщини і пити багато чая з молоком. Я їй благодарна тій жінці, її вже й живою немає.

Затримка візиту до лікаря на користь потенційно ефективних, легкодоступних засобів є, як і передбачалося, основним ризиком. Одним із можливих пояснень для сприйняття цінності в обміні знаннями є бажання отримати рецепт, щоб уникнути витрат на професійне лікування або необхідності покладатися на ліки. У цьому випадку невизначеність пов'язана з напругою навколо виконуваних обов'язків. Існує значний ризик того, що хвороба завадить своєчасному завершенню роботи, особливо тієї, що має чіткі часові обмеженням, як-от сезонні роботи. Щоб отримати ці ресурси, потрібно відволіктися від діяльності та відвідати більш густонаселений район, де є аптека. Отже, необхідність швидкого пом'якшення симптомів стимулює пошук варіантів з урахуванням помітної градації ефективності засобів.

Сімейні покоління зазвичай згадувалися як родичі, які надавали респондентам рецепти. У цих випадках застосування було пов'язане з ностальгією, смутком, втратою та особливо втіленням у турботі. В окремих випадках рецепти можуть бути наповнені символічним або ритуальним змістом, а їх згадування супроводжуються почуттями зв'язності:

W7: W7: Мама моя говорила що допомагає, з дитинства коли починались холоди. У відро з питною водою батьки завжди лежали кусочок хрону. А... хрін виділяє фітонциди. Мама казала, що це допомагає і вчила мене. Я кожен раз згадую про неї при цьому. Зараз можу положити в графин.

Гендерні відмінності, ймовірно, пов'язані з культурною диспропорцією у піклуванні про сім'ю в цій спільноті. Більш високі градуси вузлів відображають зсув, постульований Seitz & Angel (2020). Як ми бачимо з пов'язаних вузлів, чоловічі фігури часто займають пасивну позицію в процесі лікування, а представництво спільноти в стенограмах було здебільшого формальним і знеособленим: «якщо їм це не нравиться, вони можуть поїхати», «навіть якщо вони скажуть що трави – це смішно», «у Полтаві можуть кожен день ходити по лікарям».

Як правило, респонденти утримуються від широких оцінок системи охорони здоров'я. Натомість особистий досвід під час особистої взаємодії з постачальниками медичних послуг впливає на їхнє ставлення до професійної медичної допомоги. Як правило, попередні зустрічі з пацієнтами формують їхню схильність звертатися за медичною допомогою (Cloninger та ін., 2021). Примітно, що існує помітна різниця в довірі до медичної допомоги та до самолікування, особливо за допомогою трав'яних засобів. Ця різниця в першу чергу пояснюється динамікою міжособистісних взаємодій:

W1: Я до лікаря з'їздила, а він каже: “Це у вас нервна система отреагіровала”. І я їхала оце до нього аж у М. з самого утра, а він міг би хоч глаза підняти і подивився на мене нормально, оглянути. І ото я сама заварювала дубову кору. Ну кора ще не відділялася і я заварювала молоді

всточки, у літровій кружці, а тоді розводила просто з гарячою водою в мисці. Я вмиваюсь і моментально чую, що стає мені легше.

Візит до лікаря часто сприймається як загроза, що включає не лише фінансові проблеми, а й психоемоційні переживання. Недовіра до закладів охорони здоров'я в першу чергу зумовлена недовірою до окремих лікарів:

W3: W3: Так вона на мене зиркнула... Я тільки зайшла і вона зразу в крик: «Чого ви пришли?! Знаєте скільки воно стоє?» Просто ото гарчала на мене. Вона дуже... Оце кожен раз йде у мене під двором, у мене одразу відразу до людини. Як оце оця людина може мені допомогти? Оце наприклад вона поорала то вона для мене вже не існує, я вже її не бачу... Вона для мене вже не лікар.

Ця недовіра ще більше посилюється, коли лікарі відкидають або прямо заперечують дійсність практик КАМ. Десять респондентів висловили сумнів щодо професіоналів, які, на їхню думку, не підтримують КАМ, вважаючи таке ставлення як неприйняття їх ідентичності здоров'я:

W8: W8: Ну я не знаю як можна довірять доктору, який не знає що яка трава робить. Їх там мабуть не учать такому. Але ж це саме перше що треба знать. Бо просто таблетки це да. Але якщо шось просто щоб укріпить чи наладить здоров'я, то травою це ж лучше. А як оце R. сказав мені: “Это для мамок старых чтоб заняться било чем,” то я більше до нього дитину й не вела.

Ідентифікація концептуальних переконань потребувала різного шкалювання, тому ця мета була досягнута за допомогою тематичного аналізу. Оптимальна кількість тем була визначена як 3 або 7 на основі індексів косинусної відстані (Сао, 2009) і 2 або 3 на основі показників дивергенції (Deveaud, 2014). На основі різних рівнів віри місцевого населення в фітотерапію встановлюються три основні категорії: емпірична, реляційна та концептуальна. Зрештою, було обрано 7-тематичну модель, узгоджену з результатами ручного тематичного аналізу. Розподіл семи тем інтерв'ю демонструє характерну диспропорцію (див. рис. 3.5).

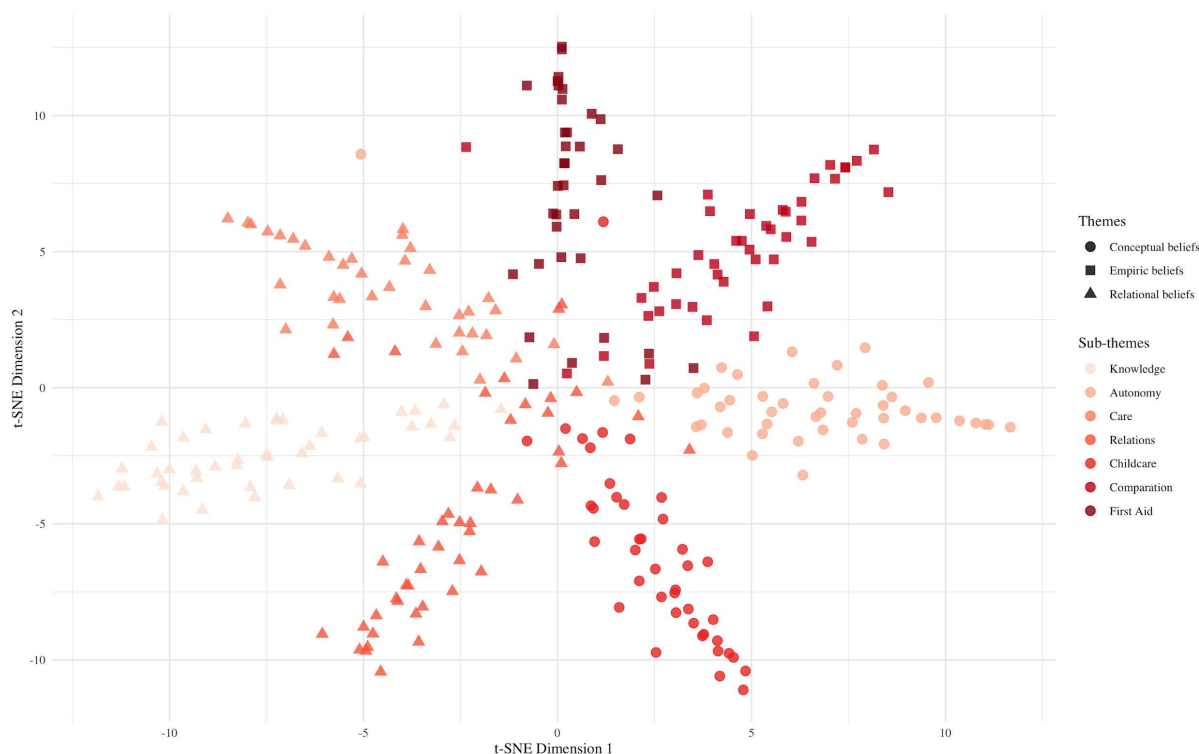


Рис. 3.5. Гістограма розподілу тем між інтерв'ю

Отже, можемо класифікувати їх як підтеми через значний розподіл 3 тем, які відповідають порогу 0,25. Тим не менш, різноманітність підтем дала корисну інформацію на концептуальному рівні переконань (див. рис. 3.6.).

Кожен із цих аспектів пов'язаний із ширшою темою. Зокрема, порівняння ліків із лікарськими травами та ефективність першої допомоги є аспектами емпіричних сенсорних переконань. Відчуття зв'язку з іншими, цінність знань корінного населення та турбота про родичів – представляють соціальний рівень місцевих уявлень про здоров'я.

Концептуальний рівень проявляється через основні категорії автономії та догляду за дитиною. Фундаментальна відмінність полягає в переході від соціальних і чуттєвих аспектів до ідентичності мешканців. Зв'язок між віруваннями та ідентичністю жителів описується через незалежність у лікуванні та материнську роль. Точніше, використання трав

як лікувальних засобів було пов'язане з наміром виховувати та забезпечувати:

W6: Бабка сусідка розказувала, навчила мене, щоб дитина швидше вилікувалась як бронхи простужені, ізжарити блинчиків тоненьких і маслечком або смальцем мастити. Журне прогріває. Воно всередині швидше все теплішає. Я як узнала про це то мені спокійніше стало. Бо в мене дитина не хворіла прям постійно, але мене турбувало, що я ото мати, яка не знає як дитину свою лічить.

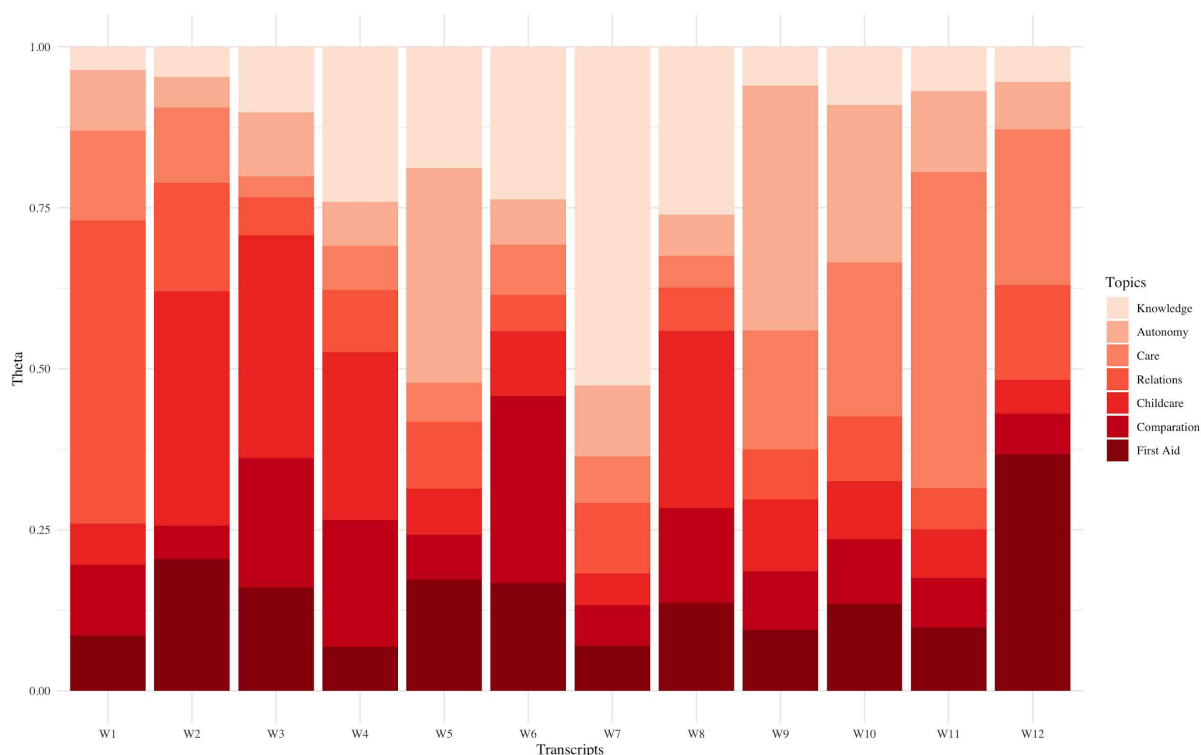


Рисунок 3.6. *t-SNE* візуалізація LDA моделювання тем інтерв'ю

І навпаки, тема автономії стосується інтеграції власної здатності людини приймати рішення. У цьому випадку КАМ надається перевага через безпосередню особисту участь у процесі лікування, що відповідає вищезазначеним емпіричним моделям переконань. Перевага віддається травам, вирощеним вручну. Отже, різноманітність методів базується на унікальних рисах як створених людиною, так і природних трав. Лікарські трави, які культивує ця популяція, включають календулу (*Calendula officinalis*), ромашку (*Matricaria discoidea*), м'яту (*Mentha longifolia*), мелісу

(*Melissa officinalis*), подорожник (*Plantago major*), кропиву (*Urtica dioica*) і живокіст лікарський (*Symphytum officinale*). Нераціональне бажання брати участь у цьому процесі часто призводить до відмови у направленні до спеціаліста, оскільки це ставить під загрозу самооцінку мешканців. Концептуальний рівень підкреслює напрямок до подолання сумнівів щодо фармацевтичних ліків чи професійного догляду.

Контекстуалізуючи наші висновки в рамках ширшого дискурсу поведінки щодо здоров'я, можемо звернутися до моделі розриву (Ahn et al., 2023). Цінності, що лежать в основі дотримання КАМ, можуть бути визнані основою для компенсації за затримку звернення по медичну допомогу (Mazur-Skupowska & Вурка, 2023). Це розуміння вказує на потенціал націлювання на ці цінності, оскільки розрив у саморегулюванні може мати культурну основу та підтримуватися громадою. Результати підтверджують висновки Ziabina та ін. (2021) про те, що перевага КАМ, особливо фітотерапії, серед сільського населення залежить від доступності. Крім того, наші результати збігаються з Tangkiatkumjai et al. (2020) у підкресленні ролі доступності. Крім того, дослідження вказують на культурну зумовленість переконань про здоров'я серед старших мешканців Селещини, причому вертикально передані знання формують уявлення про процес одужання та призводять до дезадаптивних переконань.

Сенсорні аспекти терапії КАМ, зокрема інтенсивні відчуття, які виникають під час лікування, складають значну основу їх передбачуваних переваг. Цей сенсорний акцент підтверджує пропозицію Liem і Newcombe (2020) щодо інтеграції КАМ у програми медичного навчання. Примітним спостереженням є відсутність довіри респондентів до медичних працівників, які прямо заперечують ефективність КАМ, що вказує на необхідність більш інклюзивного підходу, який поважає місцеві традиції, як вказують Lenardt et al. (2022).

Дослідження також проливає світло на динаміку, досліджену Divine та ін. (2021) щодо невідповідності між явними та неявними зображеннями запланованої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Можемо припустити, що

цінності, визначені в нашому дослідженні – доступність, сенсорний досвід і соціальна значимість – становлять окремі категорії, які формують імпліцитний рівень переконань щодо здоров'я. Усі фактори, визначені в статті Джафара та ін. (2022), були присутні в наших інтерв'ю. Проте сприйняття загрози як рушійної сили унікаючої поведінки не було безпосередньо підтримане опитаними; поняття загрози виникло переважно в соціальному контексті. Це узгоджується з висновками Williamson et al. (2020), де уявні перешкоди у взаємодії з медичними працівниками вплинули на визначення стратегій пошуку здоров'я. Зокрема, ці бар'єри стосувалися насамперед якості міжособистісної взаємодії між лікарями та пацієнтами. Таким чином, складовою вирішення проблем, пов'язаних із затримкою здоров'я серед сільського населення, є стимулювання більшої соціальної активності. Зокрема, соціальне відчуження часто призводить до прийняття забобонних вірувань як засобу розуміння світу (Graeupner & Coman, 2017). Навпаки, існує міцна кореляція між прихильністю до лікування та сприйняттям соціальної підтримки (Bogg & Milad, 2020). Це демонструє, як збільшення соціальної участі потенційно може сприяти зміцненню здоров'я серед людей похилого віку.

Дослідження також розкриває концептуальний вимір практик вибірки, оскільки певні засоби самолікування часто мають вторинне, символічне значення для мешканців. Ця подвійність у переконаннях відображає баланс між цінностями, зосередженими на КМ та КАМ. Їхня яскраво виражена схильність до самостійності в турботі про власне здоров'я та здоров'я сім'ї відображає глибоку інтеграцію цих переконань у їхню ідентичність. Водночас респонденти демонструють практичне мислення в оцінці власної компетентності у вирішенні проблем зі здоров'ям. Цей баланс, здається, функціонує як механізм подолання, щоб пом'якшити втрату контролю, яка виникає під час хвороби, що перегукується з висновками Taher et al. (2020). Хоча Зайтц визнає, що перші два рівні є консенсусними, а третій — мовним, потрібен був подальший аналіз, щоб визначити головні теми в матеріалах інтерв'ю, що

стосуються третього рівня. Це свідчить про більшу складність їх вербалізації порівняно з початковими рівнями.

На завершення, представлене дослідження позиціонує лікування травами у сільській місцевості на перетині раціонального лікування та пов'язаних із здоров'ям забобонів, розкриваючи цінності переконань щодо здоров'я у формуванні розриву. Підвищення доступності медичної допомоги залишається важливим кроком, особливо в сільській місцевості після медичної реформи в Україні. Важливим аспектом доступності є запровадження РСС як способу відновлення довіри до галузі охорони здоров'я. Враховуючи сильну соціальну орієнтацію сільських жителів, покращення міжособистісних взаємодій у медичній практиці є першочерговим. Нарешті, інтеграція засобів лікування з виразним сенсорним ефектом, як запропоновано в наших висновках, може запропонувати ефективний метод узгодження неявних і явних переконань щодо відстроченої поведінки щодо здоров'я.

Нещодавня реформа охорони здоров'я в Україні помітно підвищила доступність ресурсів охорони здоров'я для населення (Grintsova & Zaheer-Ud-Din, 2020), тим самим зменшивши необхідність для людей самотійно шукати рішення, пов'язані зі здоров'ям. Однак у сільській місцевості прихильність до традиційної медицини (ЗМ) залишається значно нижчою (Черкун, 2023; Іщейкіна та ін., 2021), що призводить до підвищеного ризику не завершити лікування та вищих показників захворюваності, особливо у таких випадках, як туберкульоз (Aibana та ін., 2020; Villar & Carroll, 2023). Фінансові обмеження та обмежена доступність є основними факторами, що сприяють цій проблемі (Ziabina et al., 2021). Крім того, не слід недооцінювати вплив дезадаптивних переконань щодо здоров'я. Незважаючи на розвиток охорони здоров'я, сільські громади, такі як Селещина в Полтавській області України, продовжують значною мірою покладатися на традиційні практики, зокрема лікування травами. Це дослідження має на меті вивчити цінності, що формують місцеві уявлення

про здоров'я щодо трав'яних засобів, і вивчити, як ці переконання мають тенденцію відкладати поведінку, спрямовану на здоров'я.

Серед літніх жителів українських сільських громад зберігається використання лікарських трав. Ці практики є культурно вкоріненими (Lenardt et al., 2022). Алхамайсех та Альджофані (Alkhamaiseh & Aljofani, 2019) помітили, що традиційні вірування впливають на більш ніж половину випадків використання трав. Ця традиція, насамперед спрямована на лікування повсякденних хвороб, належить до сфери комплементарної та альтернативної медицини, згаданої раніше. Цю популяцію було обрано через помітні демографічні зміни: жінки, особливо старшого віку, більш сприйнятливі до недотримання КМ, використання харчових добавок на рослинній основі та практики фітотерапії (Seitz & Angel, 2020). Згідно з Рівето-Хіменес (Riveto-Jiménez et al., 2020), символічні значення місцевих уявлень про здоров'я серед людей похилого віку можуть відігравати ключову роль у їхній поведінці щодо здоров'я. Більше того, ця вікова група точніше відображає культурні основи цих переконань, оскільки їхні переконання мають тенденцію зміцнюватись із збільшенням впливу, тим самим сприяючи довірі до взаємних переконань. Цей сегмент населення також має вирішальне значення для передачі знань у громаді (Mattalia et al., 2021).

Незважаючи на акцент у представленому дослідженні на конкретній спільноті, перевага комплементарній та нетрадиційній медицині, зокрема фітотерапії, є глобальним явищем. Ця тенденція особливо виражена в країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Під час пандемії COVID-19 відсутність офіційного лікування або профілактичних засобів прискорила прийняття рослинних добавок як альтернативи. Часто використовувані приклади включали імбир, часник, мед, куркуму, лимон, чорне насіння, корицю та аніс (Arora et al., 2023). Вардані та ін. (Vardani et al., 2023) задокументували ефективність трав'яних засобів як додаткового втручання для лікування застуди. Тим не менш, лише Китай і Південна Корея включили лікарські трави в свої клінічні рекомендації, демонструючи

обережний підхід до інтеграції народних методів в офіційні протоколи охорони здоров'я (Agora et al., 2023). Одночасно Ismail et al. (2018) вказали на поширення дезінформації в первинних джерелах щодо фітотерапії. Отже, існує критична потреба включити КАМ у програми медичної освіти, враховуючи широке впровадження цих методів (Liem & Newcombe, 2020).

Тангкьяткумяй та ін. (Tangkiatkumjai et al., 2020) стверджують, що популярність КАМ є результатом перекриття соціокультурних факторів і факторів доступності. До них належать доступність КМ, відсутність або неправильний розподіл постачальників і засобів, а також фінансова доступність КАМ порівняно з КМ. Згідно з Яафар (Jaafar et al., 2022), основними причинами використання КАМ є: (1) відсутність особистісно орієнтованої допомоги, (2) недовіра або обмеження системи охорони здоров'я, (3) соціокультурна підтримка КАМ, (4) передбачувана ефективність і безпека, а також (5) міркування щодо вартості. Паралельні висновки, отримані в Саудівській Аравії, підтверджують ці висновки, вказуючи на те, що передбачувана безпека та відсутність ризику є звичайними мотивами використання лікарських трав (Alkhamaiseh & Aljofan, 2020). Отже, основними факторами, які були виявлені, є доступ до якісної медичної допомоги, низький рівень відкритості/інтелекту серед сільських жителів, що призводить до недовіри, і переваги фітотерапії, такі як місцева культурна підтримка, яка допомагає ефективно вирішити дилему невизначеності. Прогалини в цих факторах характерні для українського села, як зазначають Довженко та ін. (Dovzhenko et al., 2019).

Важливо зазначити, що забобонні вірування зазвичай визначаються як віра в неприродні зв'язки. Уолберг (2008) стверджує, що, враховуючи символічну ефективність фітотерапії, деякі практики можна вважати забобонними. Крім того, Сандел та Йонссон (Sundell & Jönsson, 2016) припустили, що забобонні нахили все ще можуть вплинути на перевагу КАМ над КМ, навіть якщо фітотерапія за своєю суттю не включає надприродні елементи. Особливо ця тенденція помітна в регіонах, де

доступні науково обґрунтовані ліки, але перевага віддається традиційним засобам лікування травами.

Аль-Тарауне та ін. (Al-Taraune et al., 2023) висвітлюють зв'язок між переконаннями, забобонним мисленням і рівнем освіти. Вони виявили, що хоча забобонне мислення позитивно корелює з дезадаптивними переконаннями, вищий рівень освіти, як правило, має протилежний ефект. Крім того, Тагер та ін. (Taher et al., 2020) підкреслюють важливість адаптивності та відкритості до змін, особливо у відповідь на хворобу. Вони стверджують, що раціональні переконання сприяють гнучкості та ефективності охорони здоров'я. Це свідчить про градацію підтримки різних терапевтичних підходів з урахуванням потенційних результатів лікування. Отже, це викликає питання щодо факторів, які впливають на те, що сільське населення віддає перевагу КАМ над КМ.

Цю проблему можна порівняти з віссю відкритість/інтелект, описаною ДеЯнг (DeYoung, 2014). Богг та Мілад (Bogg & Milad, 2020) пов'язують прихильність до лікування насамперед із сумлінністю, а також із відкритістю/інтелектом. Однак Ануаегбунам та ін. (2021) визначають лише відкритість і невротизм як важливі кореляти серед населення іґбо. Як правило, спостерігається негативна кореляція між цією рисою та упередженням, але Ях та Смілі (Jach & Smillie, 2020) виділяють дві чіткі моделі пошуку інформації: мотиву пошуку та мотиву уникнення. Докази свідчать про те, що сільські жителі зазвичай демонструють нижчий рівень відкритості до досвіду та сумлінності в поєднанні з вищим невротизмом (Atherton et al., 2023), що потенційно підтримує їхню схильність до забобонних вірувань. Крім того, краща продуктивність пам'яті пов'язана з акцентом на відтворення місцевих знань, наприклад, практики лікування травами (Miller et al., 2023).

Помічений зв'язок між робочою пам'яттю та інтелектом, а не відкритістю (DeYoung та ін., 2009), передбачає переважаючий мотив уникати невизначеності серед сільських жителів. Ця тенденція спонукає їх до знайомих парадигм, які дають чіткі пояснення хвороби та методів її

лікування. Місцева культура, яка є резервуаром причинно-наслідкових зв'язків, відіграє вирішальну роль у пом'якшенні тривоги, пов'язаної з невизначеністю (Berkman, 2018). Колективний набір переконань і цінностей, що відображають місцевий рівень життя, формує основну основу для прийняття рішень сільськими жителями. У цьому світлі віра розглядається не просто як культурний артефакт, але як засіб здійснення сприйманого контролю над своїм оточенням, як описано Тагер та ін. (Taher et al., 2020). Отже, практика охорони здоров'я, прийнята сільськими громадами, є не просто медичним вибором; вони є проявами основного культурного етосу цієї спільноти (Lenardt et al., 2022).

Дослідження розкриває уявлення про лікування травами у сільській громаді Селещини Полтавської області України. Воно розкриває основні цінності, які можуть призвести до переваги КАМ над КМ, що потенційно може призвести до дезадаптивної поведінки щодо здоров'я. Можемо інтерпретувати використання КАМ як форму прокрастинації, пов'язаної зі здоров'ям, припускаючи, що ці висновки можуть сприяти зміцненню здоров'я. Очікувана ефективність ліків базується на чуттєвому досвіді. Відчуття, які виникають під час лікування, тісно пов'язані з уявленнями про процес зцілення. Знання рецептів народної медицини не тільки високо цінується, але й є формою соціальної підтримки. У той час як використання трав'яних засобів є перш за все утилітарним, певні рецепти мають символічне значення, пов'язуючи людей зі значними родичами та сприяючи почуттю причетності. Крім того, ці практики дають мешканцям відчуття контролю, сприяючи засвоєнню таких рольових атрибутів, як незалежність і турбота. Нарешті, фізична недоступність звичайних медичних послуг разом із соціальними ризиками, пов'язаними із зверненням по такі послуги, видається основними факторами, що впливають на затримки, пов'язані зі здоров'ям, у сільській місцевості.

За результатами третього підетапу пошукового дослідження, виразною відмінністю щодо інтенційно-поведінкового розриву серед комбатантів визначено досвід частоті взаємодії з кінцевими данностями, що,

як ми можемо припустити, послаблює прагнення уникати контакту із символічним їх поданням через лікаря, психолога чи заклади охорони здоров'я. Відмінною є семантична насиченість категорій «смерть» та «хвороба» в зіставленні з даними щодо цивільного населення. Зокрема, у контексті турботи про здоров'я це сприяє діяльній позиції; усвідомлення смертності не формує тенденцію відторгнення екзистенційної напруги, а відповідно лікування та діагностика меншою мірою потерпають від проблеми розриву. Кількісні результати доповнено висновками з якісного аналізу відповідей респондентів.

Узагальнюючи, комбатанти десантно-штурмових бригад послуговуються семантичними категоріями «відновлення», «повернення» та «обов'язок» щодо медичної допомоги. Змінене впливом бойового досвіду ставлення до лікування слугує помічним аспектом у процесі прийняття рішення щодо звернення по допомогу. Поряд з тим, військова культура лишається важливим каналом ретрансляції відповідного ставлення, що формується також через сприйнятий досвід іншого. Натомість досвід воєнної травми обмежує спроможність гармонійної турботи про здоров'я та формування відповідного наміру, а також ризику розвитку адикції (див. рис. 3.7).

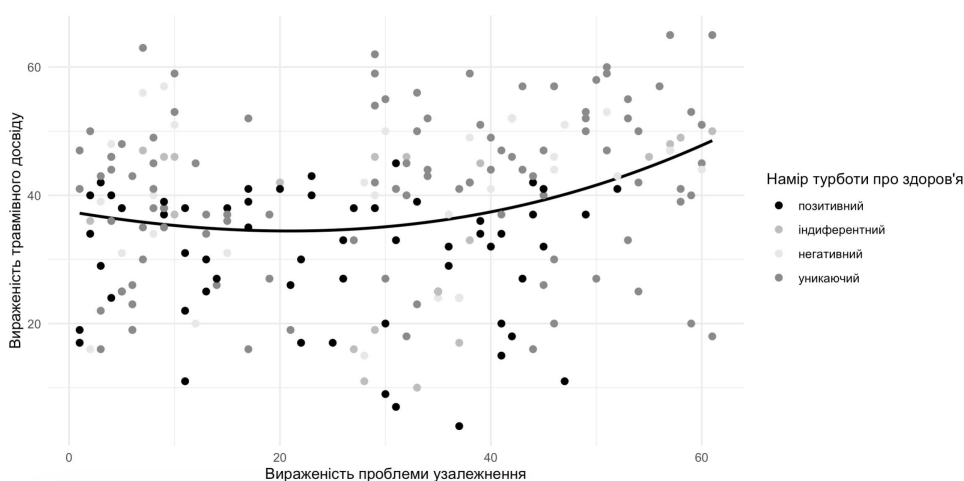


Рис. 3.7. Діаграма розсіювання вираженості проблеми узалежнення та травмівного досвіду

На графіку відображено розкид точок даних разом із візуальним поданням лінійної регресії, що відображає загальну тенденцію. З огляду на отримані значення, суб'єктність у підтримці належного рівня здоров'я обмежується пережитою травмівною ситуацією. Відповідний досвід сприяє формуванню унікаючого та негативного ставлення до піклування про здоров'я. Прокрастинація профілактики в поданні узалежнення є вираженою серед комбатантів десантно-штурмових військ, що підтверджує доцільність подібного розділення форм відтермінування турботи про здоров'я. Власне ж проблема узалежнення залишається вагомим засновком під час діагностики та реабілітації військовослужбовців.

Характерне зменшення впливу травмівного досвіду на психоемоційний стан військовослужбовців та переважаючий позитивний намір серед респондентів, що мають ранні форми алкогольної чи наркотичної залежності, засвідчує тенденцію до накопичення дезадаптивних патернів як способу пристосування до умов повторюваності такого досвіду. Натомість з отриманих даних визначено, що контекстуальні фактори, зокрема мережа соціальної підтримки, не зменшують інтенційно-поведінковий розрив серед комбатантів десантно-штурмових військ. Ми припускаємо, що виражені прояви переживання воєнної травми модерують систему відтермінування турботи про здоров'я, проте необхідною є змістовна операціоналізація категорії з подальшим відтворенням дослідження.

Хоча отримані результати засвідчують потенційний зв'язок між досвідом комбатантів та їхнім рівнем здоров'я, опосередкованого готовністю до піклування про нього, необхідним є прояснення особливостей турботи про здоров'я та ставлення до здоров'я в контексті багаторазовості прояву травмівної ситуації за лонгітюдним дизайном. Крім того, комбатанти також повідомили про досвід небойової травми та військової сексуальної травми, що свідчить про актуальність цих проблем в українському контексті та накладає суттєві обмеження на представлені висновки. Акцентуємо на тому, що ця проблема вимагає розширення

фахового сприйняття травмівного контексту діяльності військовослужбовців, а зокрема, комбатантів десантно-штурмових військ та узгодження з дослідницькими моделями підтримки осіб із зазначеним досвідом.

Явайд та ін. (Jawaid et al.) зазначають, що в умовах повномасштабного вторгнення для українців ризик розвитку посттравматичного стресового розладу є суттєво вищим, з огляду на епігенетичні зміни в молекулярних каскадах, які беруть участь у реактивності щодо стресу (2022, р. 748). Комплексна травма зумовлює ризик посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів, а також фізичних захворювань. У той же час, багаторазовість прояву травмівної ситуації є причиною умовного накопичення – як способу адаптації – схильності до дезадаптивного реагування. Відповідно, актуальний контекст розвитку психічної травми суттєво відрізняється від умов до 24 лютого 2022 року чи реалій 2014 року. Як відомо, травматичний досвід, отриманий під час військових дій, є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до мирного життя (Karachynskii, 2019). Власне, діяльність центрів психічного здоров'я значною мірою наразі орієнтована саме на вирішення проблеми продуктивного проживання травматичного досвіду. Відповідно, означене дослідження орієнтоване на конкретизацію аспектів травматичного досвіду комбатантів. Зокрема, реалізовано дослідження серед десантно-штурмових військ, що наразі становлять значну частину клінічного простору Центрів.

За якісним дизайном оптимальну кількість тематичних категорій визначено за результатами зіставлення найменшого індексу косинусу відстані та найбільшого значення показника дивергенції. Відповідно, виконано моделювання латентних концептів за розподілом Діріхле та визначено 4 провідні теми, що характеризують досвід залучення до реабілітаційного процесу військовослужбовців.

За порогового значення $\theta = 0.15$, наскрізною у всіх інтерв'ю є тема No. 1 «Незахищеність», що узагальнює переживання учасників стосовно

загроз та ризиків, асоційованих з умовами діяльності; міру екзистенційної незахищеності комбатанта. Крім того, наскрізною доцільно також визначити тему № 2 «Погіршення стану», що описує переконання щодо негативних наслідків реабілітаційних заходів на психологічний або фізичний стан особи (див. рис. 3.8.).

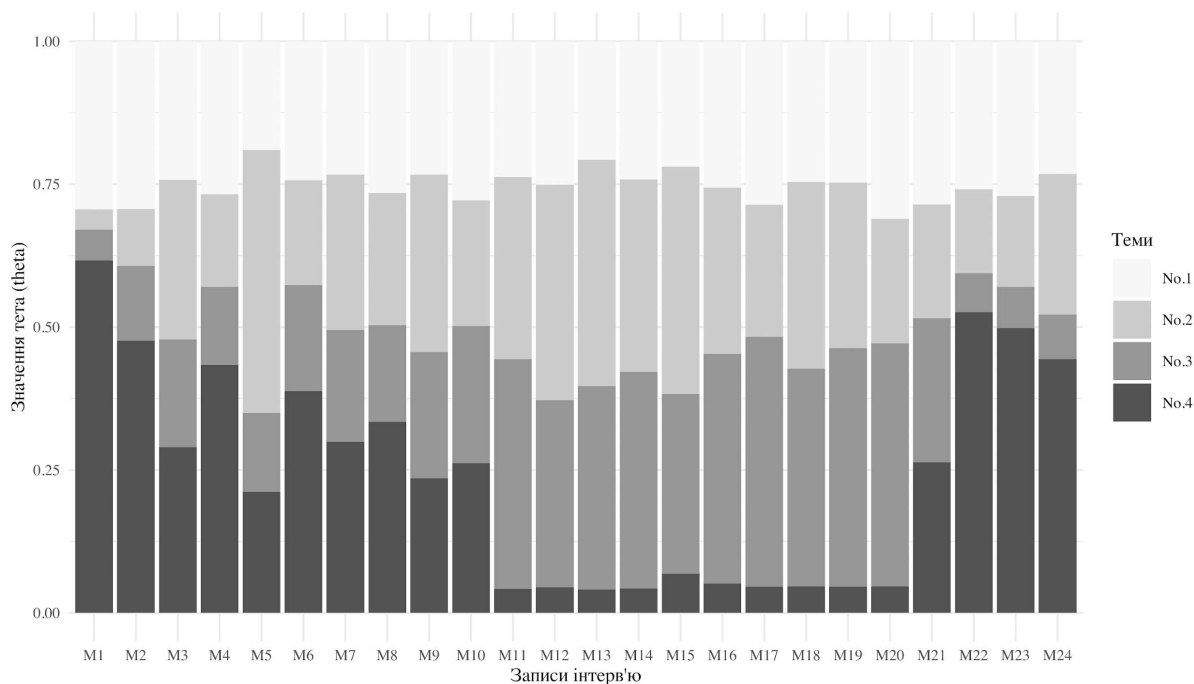


Рис. 3.8. Гістограма розподілу тем за записами інтерв'ю

Хоча ця тема недостатньо висвітлена в інтерв'ю M1 та M2, можемо зробити припущення щодо її універсальності за результатами ручного перегляду матеріалів. Зважаючи на нерівномірність розподілу за записами, вторинними є теми №3 «Неадекватна допомога», що висвітлює неприхильність особи до фахівців галузі, а також – №4 «Відсутність результату», що узагальнює переконання стосовно міри ефективності реабілітаційних програм. Характерний розподіл може свідчити про асоційованість сприйманих бар'єрів, які узагальнено в зазначених темах, із певною латентною характеристикою, що визначає досвід комбатантів та потребує уточнення. Крім того, необхідно окреслити відмінності цих категорій, оскільки вони видаються тематично наближеними.

Сприйманий брак результатів інтервенцій відображає переконання щодо неефективності реабілітаційних заходів, що пропонуються комбатантові. Натомість невідповідність наданої допомоги більшою мірою охоплює ставлення до персоналу, ніж до послуг. Тема №3 «Неадекватна допомога» розкриває нейроцептивний вимір досвіду учасників дослідження, сприйняття загрози від фахівців, переживання недовіри. Варто зазначити, що загальні назви для відповідних категорій було обрано із формулювань, якими послуговувалися респонденти. Натомість назви для підтем було визначено на етапі ручної обробки матеріалів. Примітною є семантична наближеність назви «Незахищеність», що утворена за низкою прикметників «незахищений», «беззахисний», «безпомічний», «голий», та конструкту екзистенційної незахищеності, який розглядається як основа зазначеного бар'єру.

Оскільки наведені категорії є досить широкими, також було проведено моделювання концептуальної структури за t-SNE задля огляду дистанції та визначення ймовірних підтем. На рис. 3.9 висвітлено результат візуалізації, зокрема, помітно, що виокремлення більшої кількості латентних тем не доцільне, зважаючи на їх накладання та можливість узагальнення в чотирьох ширших, визначених попередньо.

Водночас розподіл на вісім підтем дає змогу зробити певні уточнення щодо досвіду учасників дослідження. Показово, що широка тема «Відсутність результату» формується переважно підтемою №8 «Переконання». Доцільно припустити, що сприймана міра ефективності інтервенцій є дискретним чинником відтермінування, який визначається змістом та стійкістю переконань військовослужбовців щодо результатів реабілітаційних заходів:

М4: Я вже вас знаю, психологів. Я вас усіх уже читав. Знаю, що ви мені будете зараз розповідати. Ці заняття мені нічим не можуть допомогти... Чесно, я з вами, навіть, не хочу витратити свій час, бо в мене його не так багато лишилося. Та й у вас теж не так багато. Тре щось ефективно робити, а не переливати з пустаго в порожнє.

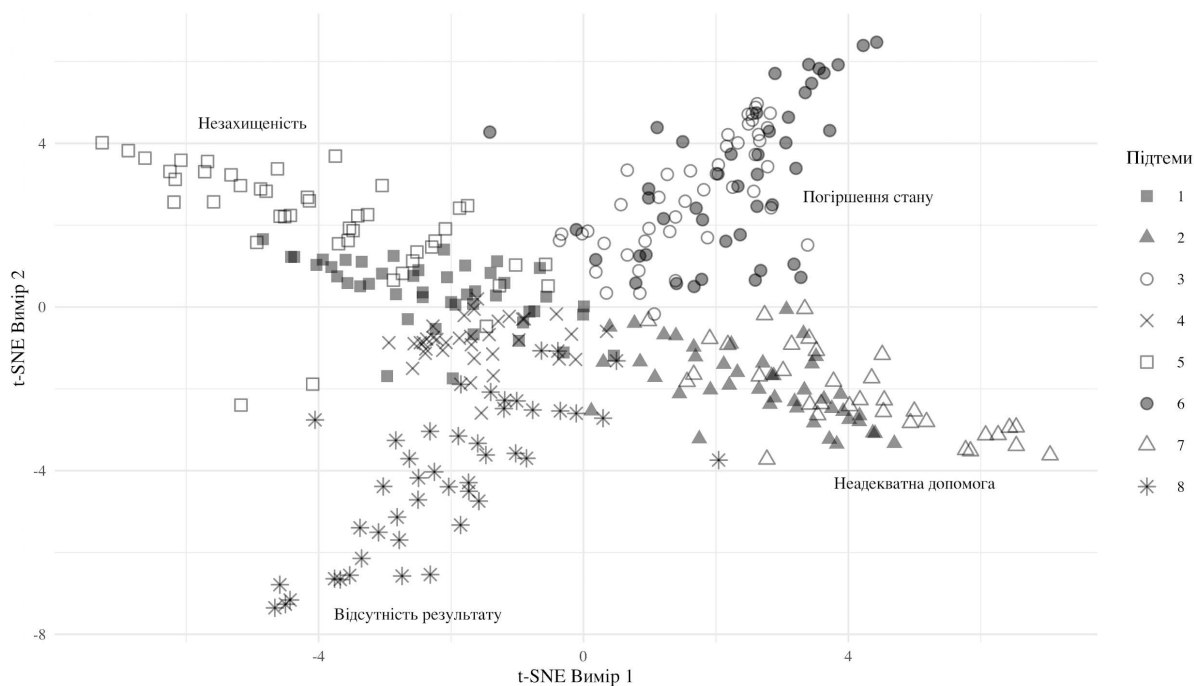


Рис. 3.9 t-SNE візуалізація латентного моделювання восьми підтем

Поширеними в цій категорії є формулювання, що надають оцінку фахівця, проте у такому разі респонденти послуговуються переважно формами займенників другої особи множини. Натомість тема «Неадекватна допомога» має в основі звернення за формами другої особи однини чи третьої особи множини. Отже, можемо розрізнити висловлювання, що стосуються ставлення комбатантів до фахівців та до інтервенцій:

M3: Ти зі мною можеш тут скільки завгодно сидіти. Але це не змінює того, що вони [персонал] ні на що не здатні; тільки роздражають. От скажи мені, це нормально як вони себе поводять?

M20: Ви тут багато робите. Я прям бачу, як ви бігаєте, суєтяться [сміється] стараєтесь, коротше. Нюанс тільки, що все це не працює. Може для когось, але не для мене. Тому я і не дуже хочу вас напружати. До реабілітолога я ходжу... Групові [заняття] – мені як об камінь вода.

Згідно з t-SNE візуалізацією, помітний частковий перетин підтем №1 «Слабка мережа підтримки», №4 «Переживання покинутості» та №8 «Переконання». Ймовірно, що це пов'язано із взаємодією зазначених

складників у формуванні досвіду залучення. Підтема №4 охоплює переживання відторгнення та зіткнення з екзистенційною даністю ізоляції. Перетин із темою «Незахищеність» свідчить про значущість досвіду самотності у формуванні відчуття екзистенційної незахищеності, що відповідає змісту зазначеної категорії. Зокрема, це переживання характерним чином виявляється у конструюванні перспективи майбутнього, поза реабілітаційним простором:

М14: Та нікому я не треба. Яка реабілітація? Зараз полежу тут тиждень ще, може, два. [павза] А потім, що? Яка там далі реабілітація? Ти сам на сам далі з оцим усім.

М7: Навіщо починати, якщо нікому це все потім робити? Я скоро поїду і фізотерапії не буде, а спина болітиме. А болітиме мені, а не комусь тут і не комусь там, тому всім однаково. [павза] Як викинутий на вулицю. Наче й дім, і хліб є, але я, немов безхатько.

Доцільно зробити прогностичний висновок щодо фаталістичної тенденції серед комбатантів щодо короткотривалих втручань, яка зумовлена сприйнятим браком супроводу надалі. Тож, незважаючи на скорочення розриву доступності, респонденти повідомляли про обмеження тривалості реабілітаційного процесу, як про його повну недоступність:

М1: Це хіба нормально, що мене отак тут повоштузять? Мені треба місяці три ще лікуватися тільки, а потім відновлюватися. Ну чи менше, я не знаю. Але з ким мені займатися після вас?.. [павза] Я хочу, правда, але в мене немає можливість, якщо це такий короткий час.

Сприймана недоступність реабілітації, ймовірно, тісно пов'язана із тематичною категорією «Незахищеність», оскільки зумовлена переживанням покинутості, зокрема, фахівцями реабілітаційного спрямування поза реабілітаційним простором. У цьому контексті можемо припустити, що сформованість мережі соціальної підтримки є протективним чинником переживання ізоляції та модерує ставлення до фахових інтервенцій.

Узагальнюючи, виокремлено два провідних нарativi сприйманого браку результатів реабілітаційних втручань: безпосереднє заперечення ефекту поведінкових втручань («Помалювали, й що? Що це дало, це ж не крапельниця») та опосередковане переживанням соціального відторгнення («Воно вам не треба, зі мною панькатися, я знаю»). Хоча перший наратив видається наближеним до теми «Неадекватна допомога», що відображає невідповідність інтервенцій, у цьому контексті йдеться про стійке переконання, у той час як невідповідність стосується стану стурбованості. Власне, за результатами тематичного моделювання в табл. 3.3 наведено зразки висловлювань респондентів, що узагальнюють визначені теми та підтеми.

Таблиця 3.3.

Узагальнення виокремлених за результатами аналізу тем

Підтема	Цитата
Тема: «Незахищеність»	
Інституційна зрада	M11: Кинули, як собак. І куди зараз повертатися? Ніде поваги, куди вже лікування... Про нас нікому турбуватися.
С л а б к а м е р е ж а підтримки	M6: Мені, головне, не показувати нічого такого. Я маю бути для них [сім'ї] опорою, а не вони для мене. А важко дуже... Я матері досі не казав, де я. Вона мені так мозок виїсть, що тільки гірше буде.
Тема: «Погіршення стану»	
С т р а х узалежнення	M4: Я стараюсь як можу обійтися без пігулок. Бо потім їх не буде, як я буду справлятися? Отак оце і стараюся зараз.
Страх втрати контролю	M21: Я не хочу, щоб зараз тут на ліжку мене розморило, попустило, а потім я приїду до хлопців і когось підставляю.
Тема: «Неадекватна допомога»	
Невідповідність інтервенцій	M8: Таке впарюють, хіба це нормально? Мені потрібно, щоб мене по-людськи лікували, таке мені не підходить.
Неприхильність до фахівців	M12: Що ти можеш знати? Я от знаю. У вас тут такі спеціалісти, я був у Л., там нормальні були лікарі, а у вас нічого не буде толкового.
Тема: «Відсутність результату»	
Переконання	M20: Ви навіть не думайте – я дуже добре обізнаний. Мені не психологи треба, а з неврологом поспілкуватися. Щоби був результат.
Переживання покинутості	M18: Я не треба нікому ні тут, ні там. Нашо було їхати в шпиталь не знаю. А толку тепер? Я що тут, що там – не треба нікому.

($k = 0,31$) засвідчує високий рівень емоційності учасників, суб'єктивну значущість сформованої інтенції відновлення.

Натомість складність розрізнення емоційних змістів є виправданою низьким рівнем когезії ($k = 0,2$) та високим значення емболії ($k = 0,4$), що відображають труднощі вербалізації досвіду респондентами. А проте характерне розмежування респондентами пасивної позиції, як безпечної («поки не почав [реабілітацію], то хоч якось у балансі все в житті було») на противагу активній, як потенційно небезпечній («зараз нароблю такого, що буде тільки гірше»). Зазначена тенденція, ймовірно, пов'язана із виснаженням, що асоційоване із пережитим травмівним досвідом, а також переживанням фізичного та психологічного дистресу зумовленого розладом. Тож, міра залучення до реабілітації може визначатися інтенсивністю посттравматичних проявів. Зокрема, респонденти, що виявляли фіксованість на травмівному досвіді, рідше висловлювали реабілітаційний намір, або ж не вербалізували його взагалі. Відповідно в мережевому аналізі не висвітлено аспекти, що стосуються безпосередньо переживань щодо симптомів ПТСР чи травмівного досвіду.

Сприйняття тривалості та зусиль, необхідних для проходження реабілітаційної програми визначають готовність залучення, підкріплюючи застосовність теми «Незахищеність» до рівню розриву:

М6: Я хочу, але хіба ж я маю все, що потрібно для цього? Типу, у вас я можу досить недовго полікуватися, правильно ж? Я якщо чесно не знаю, де можна знайти психолога типу є якісь ресурси, так?

М10: Ну я проходив коротку програму реабілітації. Мені одразу стало не дуже, ясна річ. Але десь за дні три – так відпустило все: шия, руки, ноги. Я прям задихав. Тому зараз я – усе, що треба робити.

М17: Цього ж недостатньо, тільки почне все боліти. Треба десь місяці чотири. Мені здається, навіть, п'ять. А п'ять місяців тільки відновлюватися... [павза] Я вже займався після 2015 майже рік з реабілітологом.

Окрему тематичну групу формують словосполучення із використанням одиниць «мотивація» (motivation) та «трапилося» (happened), які характеризують ситуативні чинники розриву та його подолання:

М16: Так оце склалося, що я тут. Я вже давно хотів якось пролікуватися, щоб трохи повернути себе в робочий стан. На крапельниці надіявся. Загалом хотів, але мотивації не було якось. А тепер от [сміється] як хотів – так і трапилося. Тому я готовий на усі активності. [павза] Головне, щоби підрихтували. А то я поки знову не потраплю сюди навряд чи щось робитиму.

Помірно представлена в інтерв'ю комбатантів тема стигматизації (засуджували, придивлявся, хвилювався), що поширена в публікаціях фахівців Сполучених Штатів Америки. На уточнення щодо такого досвіду комбатанти повідомляли виключно про труднощі запиту допомоги, пов'язані із інституційними викликами (стигма, придивлявся, допомога, просити, ніколи, назад, бюрократія). В окремих випадках повідомлено про небажання повертатися до мілітарної системи медичного супроводу (ніколи, назад, стигма, отримати, боротися), а також випадки впливу схожих звернень на подальший професійний розвиток та особисте життя. Проте ці уточнення були винятковими (2 особи).

Натомість стійким мотивом, як щодо прагнення долучитися, так і відтермінувати реабілітацію слугувала ідея відповідності вимогам соціальних ролей військовослужбовця («ти ж приклад», «на мене будуть дивитися», «ну не можу ж я отаким бути») та сім'янина («і як мені про них потурбуватися, якщо я такий?», «мені треба вирішити всі проблеми, а в мене голова розколюється»). Основою інтенції залучення до відповідної діяльності слугували семантичні категорії «відновлення», «повернення» та «обов'язок». Сила формульованого наміру, ймовірно, дійсно пов'язана із реалізованою поведінкою щодо здоров'я, з огляду на залученість респондентів, які чітко висловлювали свою інтенцію в

реабілітаційній діяльності на час перебування в центрі ментального здоров'я (12 осіб).

Узагальнюючи результати аналізу записів, провідним чинником розриву, видається, характер сприйманих наслідків залучення до реабілітаційної програми, що відповідає первинним рефлексивним процесам за багаторівневим підходом керування дією (БПКД). Визначені широкі теми описують прогностичні уявлення військовослужбовців про погіршення стану психічного чи фізичного здоров'я внаслідок інтервенцій та загрози контакту із непрофесійними фахівцями, а також стійкі переконання щодо неефективності психологічної реабілітації. Звертаючись до розширеної моделі Андерсен, можемо зробити попередній висновок щодо того, що умови діяльності військовослужбовців визначають відносну рівність щодо чинників популяційного рівню та рівню потреби. Натомість респонденти висловлювали стурбованість щодо екологічних чинників, зокрема, браку інституційного та фахового забезпечення реабілітації.

Водночас досвід переживання екзистенційної незахищеності визначає зміст сприйманих наслідків. Зокрема, характерна тенденція знецінення зусиль з огляду на часові обмеження відповідних програм. У цьому контексті тривалість програми асоційована із переживанням інституційної турботи та інституційної зради. Доцільно зауважити, що тема незахищеності стосується досвіду соціального відторгнення на рівні міжособистісної та внутрішньогрупової взаємодії. Тож, віддалені чинники розриву можуть походити із переживання належності військовослужбовця в його мережах соціальної підтримки.

Відповідно, перспективним напрямом залучення комбатантів до процесу відновлення видається своєчасне впровадження психоедукаційних заходів, інформування та психопрофілактики. На етапі безпосереднього контакту доцільно актуалізувати рефлексивний рівень ставлення до здоров'я військовослужбовців, звертатися до експерієнтального підходу у формуванні рапорту. Обмеженнями наведеного дослідження визначено помірний обсяг вибірки для реалізації якісного аналізу даних та клінічні

умови інтерв'ювання, що ускладнюють досягнення сильного діалогу. Напрямом подальших досліджень є втілення крос-секційного дизайну та прояснення перспектив подолання переживання інституційної зради серед військовослужбовців.

Висновки до екplorаторного етапу. Послуговуючись результатами пошукового етапу дослідження, було визначено потенційні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я визначених соціокультурних груп. Ми прагнули перевірити їх прогностичну цінність та визначити ймовірні взаємозв'язки, що лежать в основі спостережуваного явища інтенційно-поведінкового розриву. Зіставимо отримані результати за рівнями доказової потужності (див. табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Зіставлення результатів пошукових досліджень

Потенційний чинник	Ключова тема	Дослідження	Обсяг вибірки	Якість доказів
Негативне ставлення до СМ	Ставлення до медицини	№1	106	QIII
	Неадекватна допомога	№3	24	QII
	Відсутність результату	№3	24	QII
	Погіршення стану	№3	24	QII
	Загроза від СМ	№2	12	QI
Екзистенційна незахищеність	Екзистенційні фактори	№1	106	QIII
	Незахищеність	№3	24	QII
	Пояснення хвороби	№2	12	QI
Локус контролю здоров'я	Локус контролю	№1	106	QIII
	Автономія	№2	12	QI
Соціальна залученість	Стосунки	№2	12	QI
	Догляд	№2	12	QI
	Соціальна залученість	№1	106	QIII
	Сімейна культура	№1	106	QIII

Зауважимо, що до таблиці було включено лише ті теми, що при узагальненому зіставленні мали перетини між досліджуваними вибірками,

а відповідно були застосовними щодо ширшої популяції осіб, з обмеженим доступом до відповідних ресурсів. Крім того, саме висвітлені теми були провідними серед ідентифікованих у першому та другому пошукових дослідженнях, з огляду на значну кількість підтем, що було виокремлено без зменшення розмірності відповідної цілям дисертаційного дослідження.

Самоочевидним є третій рівень потужності зазначених доказів для реалізації у медичній практиці (Daly et al., 2007). Водночас, було проведено оцінку доказової сили визначених потенційних чинників за контрольним списком складеним для оцінки якісних досліджень Cesario et al. (2002).

3.2. Експланаторний етап дослідження чинників інтенційно-поведінкового розриву

Послуговуючись методом зіставлення було визначено характерні відмінності демографічних груп на засновку міри відтермінування звернення по медичну допомогу. Зокрема, характерні значущі відмінності уникання та бездіяльності щодо турботи про здоров'я за гендерною ознакою (див. рис. 3.11).

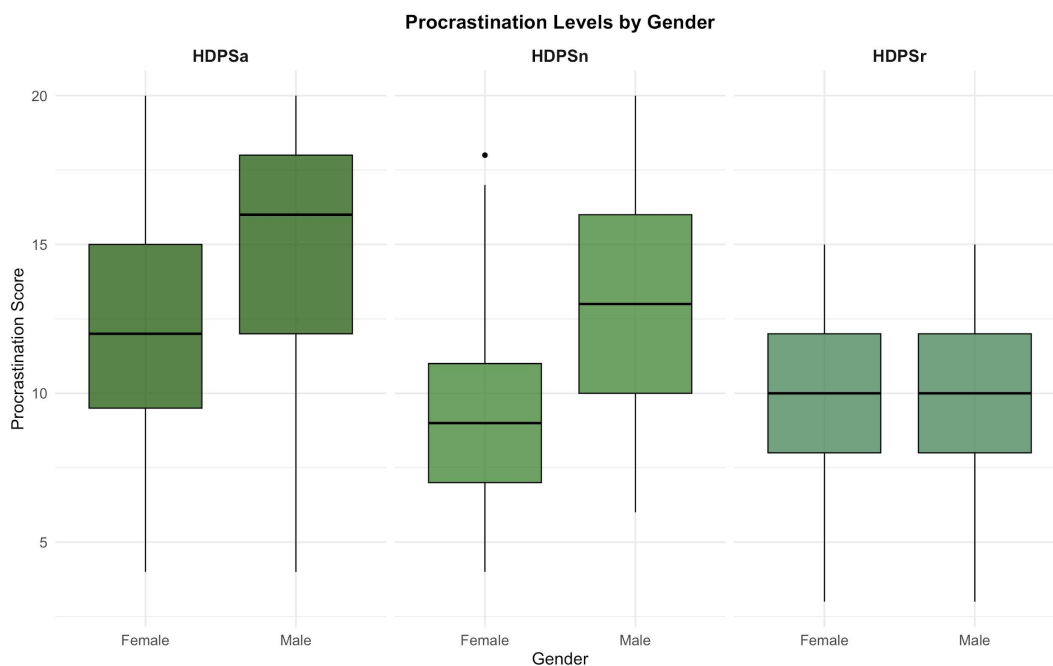


Рис. 3.11. Зіставлення прокрастинації за гендером

Результати t-тесту вказують на статистично значущу різницю між чоловіками та жінками за субшкалами уникнення та бездіяльності, причому чоловіки демонструють вищі рівні прокрастинації ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що поведінка прокрастинації, особливо пов'язана з ухиленням від завдань і бездіяльністю, більш виражена серед чоловіків у вибірці. Навпаки, не виявлено достовірних відмінностей між групами в схильності до самолікування ($p > 0,05$). Це означає, що розподіл і середні рівні поведінки до самолікування однакові як для чоловіків, так і для жінок, що вказує на порівнянну схильність до самостійного вирішення проблем зі здоров'ям у вибірці.

Порівняння за критерієм освіти, як висвітлено на рис. 3.12, визначило характерно нижчий рівень уникання серед осіб з магістерським рівнем освіти чи вище ($p < 0.001$), а також вищий рівень схильності до бездіяльності серед осіб зі спеціально-технічною освітою ($p < 0.01$).

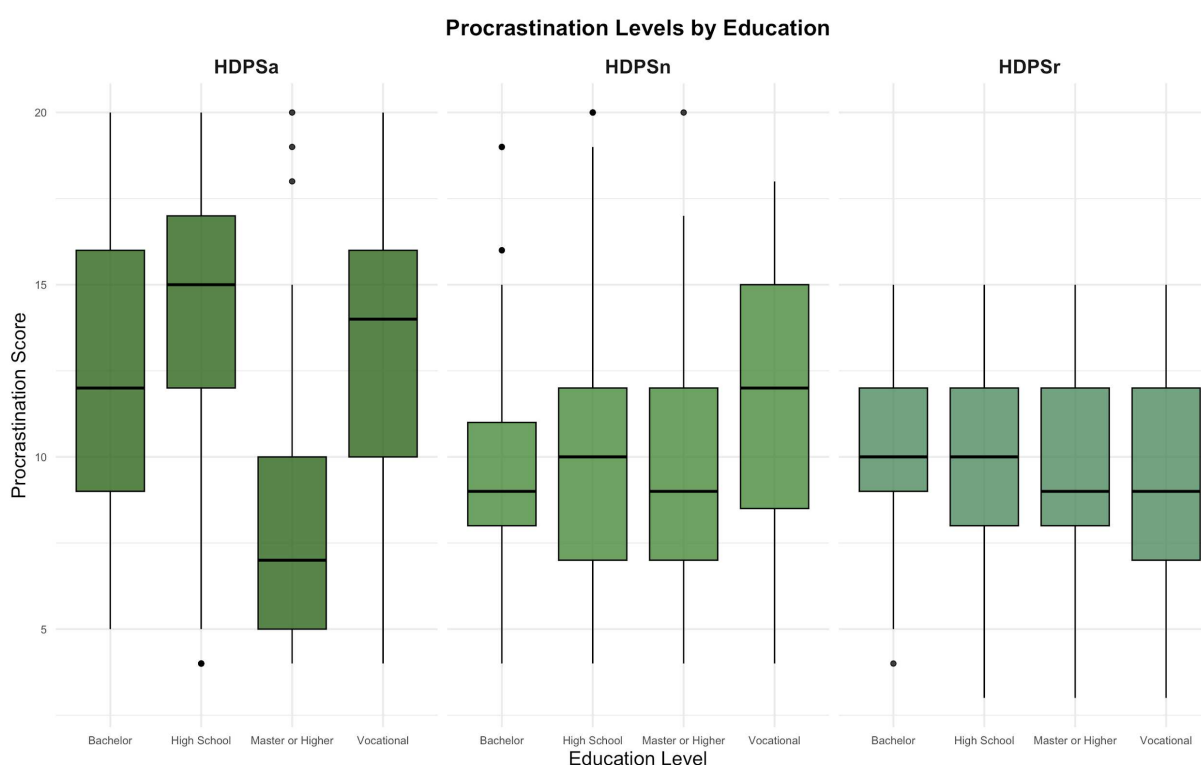


Рис. 3.12. Зіставлення рівню прокрастинації за рівнем освіти

Крім того, суттєво нижчим є розкид за критеріями бездіяльності та самолікування серед респондентів з освітою бакалавра, натомість тенденція до уникнення різниться серед цієї групи виразно. Решта груп: особи з середньою освітою, професійно-технічною, бакалаврською – мали помірно однакові рівні схильності до бездіяльності та самолікування та високий рівень уникнення активних дій щодо турботи про власне здоров'я. Отримані дані свідчать про те, що рівень освіти відіграє помітну роль у формуванні моделей поведінки уникнення, бездіяльності та самолікування. Особи зі ступенем магістра або вищим демонструють нижчий рівень уникання, що вказує на те, що вони можуть бути краще оснащені або більш схильні активно брати участь у виконанні завдань і обов'язків. Це може відображати просунуті навички вирішення проблем, сильніше відчуття контролю або вищу саморегуляцію, яка часто пов'язана з вищою освітою.

Навпаки, люди зі спеціальною технічною освітою виявляють більшу тенденцію до бездіяльності, можливо, через контекстуальні або професійні фактори, які можуть обмежити можливості для залучення до більш широкої діяльності або поведінки для самообслуговування. Це висвітлює потенційну сферу, де можна було б спрямувати заходи для сприяння активності та залученості в цій групі. Для респондентів зі ступенем бакалавра нижча варіабельність тенденцій до бездіяльності та самолікування свідчить про більшу однорідність такої поведінки в цій групі. Проте чітка схема уникнення в цій підгрупі може відображати унікальні виклики чи очікування, пов'язані з цим рівнем освіти.

Ймовірним чинником на основі огляду першоджерел, було визначено місце проживання осіб за вирізненням типу інфраструктури, групування за яким висвітлено на рис. 3.13. Виразною та значущою відмінністю є вищий рівень самолікування серед мешканців сільської місцевості, що підтверджує доцільність відповідної пошукової розвідки, реалізованої у межах дослідницької програми. Проте водночас є характерна різниця серед містян та мешканців приміської місцевості, із нижчою схильністю до самолікування в останніх. Попередньо можемо припустити більшу

кількість опцій альтернативної та комплементарної медицини, а також загальну тенденцію до самолікування за допомогою фармакотерапевтичних засобів, які відпускаються без рецепту.

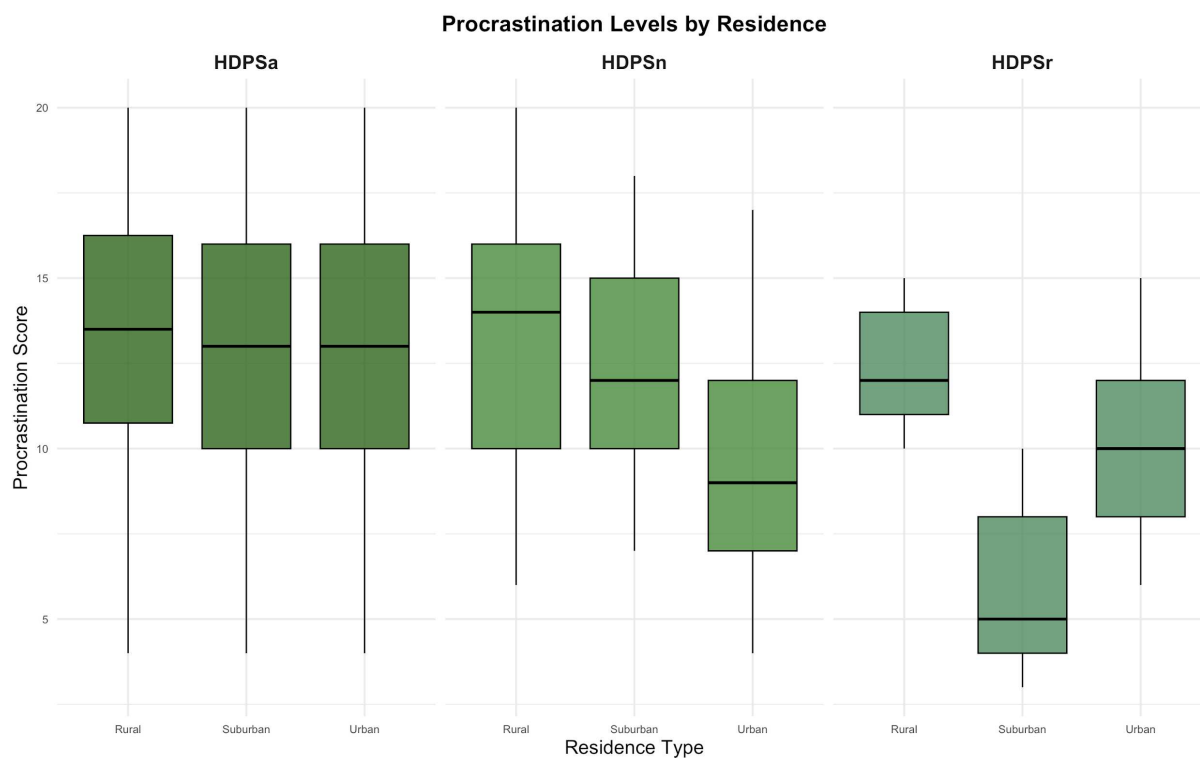


Рисунок 3.13. Зіставлення прокрастинації за місцем проживання

Насамкінець за отриманими даними лише ті з респондентів, що оцінювали власний рівень доходів як високий, мали нижчий рівень схильності до уникання (див. рис. 3.14).

При цьому рівень бездіяльності, лишався помітно рівним для усіх категорій, підтверджуючи припущення інтенційно-поведінкового розриву. Як і у випадку з освітою, загалом групи з помірним та низьким рівнем доходів згідно самозвіту мали вищий рівень уникнення, аніж інші (див. рис. 3.14).

Модель вимірювання. За результатами випробування вимірювальної моделі, що було сформовано за структурою шкалювання використаних методик, визначено доцільним використання окресленої теоретичної моделі. Зокрема, індекси відповідності відображають належну описовість

моделі: CFI = 0.921, TLI = 0.920, RMSEA = 0.034 і RMSR = 0.041. Ці результати вказують на те, що модель забезпечує надійне представлення зв'язків між спостережуваними змінними та прихованими конструктами – тобто вимірюваними якістьми.

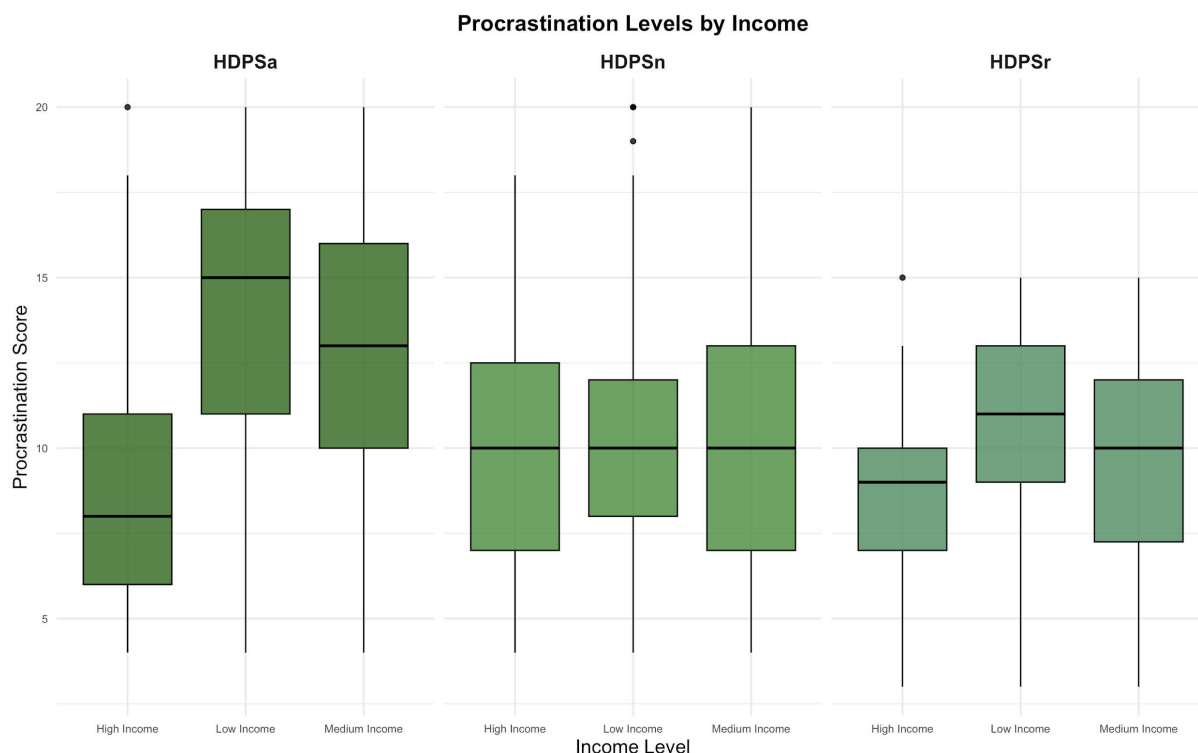


Рис. 3.14. Зіставлення прокрастинації за доходом домогосподарства

Зважаючи на відсутність чіткої моделі спрямованості зв'язків, було визнано доцільним проводити поетапну оцінку моделей з порівнянням їх відповідності. При цьому операціональна модель та наведені припущення щодо потенційних зв'язків було покладено в основу і поступовим ускладненням. Цей поетапний підхід передбачав оцінку індексів відповідності альтернативних моделей для виявлення найбільш узгодженої (див. табл. 3.5).

Індекси відповідності аналізованих моделей

№	Індекси відповідності							
	CFI	TLI	RMSEA	90% CI	SRMR	χ^2	DF	P-значення
1	0.915	0.901	0.065	[0.058, 0.072]	0.045	103.0	83	0.048
2	0.920	0.908	0.062	[0.055, 0.070]	0.043	78.0	86	0.102
3	0.932	0.918	0.058	[0.051, 0.065]	0.040	84.0	89	0.243
4	0.910	0.899	0.070	[0.063, 0.077]	0.048	80.0	81	0.522
5	0.887	0.873	0.075	[0.068, 0.082]	0.052	65.0	75	0.214
6	0.950	0.942	0.045	[0.038, 0.053]	0.036	28.0	72	0.835
7	0.940	0.931	0.052	[0.045, 0.059]	0.038	46.0	61	0.765
8	0.962	0.955	0.042	[0.035, 0.049]	0.032	23.0	48	0.904
9	0.978	0.972	0.038	[0.031, 0.045]	0.028	11.0	42	0.991

Примітки: CFI – індекс відповідності зіставлення, TLI – індекс Такера-Льюїса, RMSEA – середньоквадратична похибка наближення, CI – довірчі інтервали, SRMR – стандартизований середньоквадратичний залишок, χ^2 – значення за критерієм хі-квадрату, DF – ступені свободи.

Результати КФА вказують на різний рівень відповідності моделі серед протестованих моделей, що відображається індексами відповідності. Загалом індекс порівняльної відповідності (CFI) та індекс Такера-Льюїса (TLI) демонструють прийнятну до відмінної відповідності для більшості моделей, зі значеннями, що перевищують рекомендоване порогове значення 0,90, а деякі моделі наближаються або перевищують 0,95 (наприклад, моделі 6, 8, і 9). Ці результати свідчать про те, що більшість протестованих моделей забезпечують адекватне представлення даних спостереження. Значення середньоквадратичної помилки наближення (RMSEA) коливаються в діапазоні від 0,038 до 0,075, причому більшість моделей опускаються нижче рекомендованого порогу 0,08. Примітно, що моделі 6, 8 і 9 демонструють значення RMSEA нижче 0,05, що вказує на близьку відповідність даним. Крім того, 90% довірчі інтервали (ДІ) для RMSEA є вузькими та залишаються в прийнятних межах, що додатково підтверджує адекватність цих моделей.

Значення стандартизованого середньоквадратичного залишку постійно нижчі за порогове значення 0,05 для всіх моделей, що вказує на сильне узгодження між спостережуваною та прогнозованою коваріаційними матрицями. Це свідчить про те, що розбіжності між даними моделі та даними спостереження мінімальні. Статистичні дані, хоча й значні для деяких моделей, загалом знаходяться в розумних межах, враховуючи ступені свободи (DF). Це очікувано, оскільки тест хі-квадрат дуже чутливий до розміру вибірки. Примітно, що моделі 6, 8 і 9 демонструють незначущі р-значення, що вказує на сильну відповідність, яка узгоджується з іншими індексами.

У сукупності ці результати свідчать про те, що моделі 6, 8 і 9 демонструють найсильнішу загальну відповідність, про що вказують кращі значення CFI, TLI, RMSEA і SRMR, а також незначущі статистичні дані хі-квадрат. Ці моделі, ймовірно, забезпечують найбільш скупі та теоретично узгоджені представлення даних. І навпаки, моделі з вищими значеннями RMSEA та нижчими індексами CFI/TLI (наприклад, моделі 1, 4 і 5) можуть вимагати подальшого вдосконалення або перегляду своїх базових теоретичних припущень. На завершення, ітераційна оцінка моделей підтримує вибір моделей 6, 8 або 9 як оптимальних представлень теоретичної основи. Ці висновки забезпечують міцну основу для подальшого структурного аналізу та підкреслюють важливість використання кількох індексів відповідності для комплексної оцінки адекватності моделі.

Щоб визначити найбільш прийнятну модель для пояснення детермінантів розриву між наміром і поведінкою, було проведено також порівняльний аналіз дев'яти моделей за змінами у значеннях інформаційного байесівського та Акаїке критеріїв. Обидва індекси надають оцінку міри відповідності моделі, при цьому штрафуючи складність моделі. Нижчі значення вказують на кращу загальну відповідність (див. табл. 3.6).

Результати порівняння моделей за індексами відповідності

Model	AIC	BIC	Δ AIC	Δ BIC	Model	AIC	BIC	Δ AIC	Δ BIC
M1	1856.12	1895.30	77.34	69.11	M5	1785.44	1823.71	6.66	6.81
M2	1823.45	1862.10	44.67	35.91	M6	1810.67	1848.56	31.89	31.66
M3	1790.80	1829.42	12.02	3.23	M7	1825.89	1863.22	47.11	46.98
M4	1778.78	1816.90	0.00	0.00	M8	1832.45	1870.32	53.67	54.08

На основі порівняльного аналізу модель №4 була обрана як найбільш відповідна для визначення детермінант розриву між наміром і поведінкою. За моделлю визначено найнижчі значення AIC і BIC у поєднанні зі збереженням теоретичної відповідності моделі НАРА та індексам відповідності за КФА. Зауважимо, що хоча моделі №3 та №5 були конкурентоспроможними, їх дещо вища складність зумовила зниження їх описовості. Тож, усі наступні етапи аналізу послуговуються моделлю №4

Після створення вимірювальної моделі було проведено структурний аналіз шляхів у межах моделювання структурними рівняннями, щоб дослідити спрямовані зв'язки між конструктами, а саме – виокремити потенційні чинники з-поміж включених до моделі (див. табл. 3.7).

Отримані значення вказують на те, що сприйманий дистрес унаслідок хвороби чи проблем пов'язаних зі здоров'ям закономірно передбачив нижчі рівні бездіяльності в турботі про здоров'я. Ця зворотна залежність свідчить про те, що, сприймана тяжкість хвороби знижує ймовірність зволікання осіб щодо вживання необхідних заходів для вирішення проблем зі здоров'ям. Закономірно, локус контролю здоров'я у діях інших посилює цю тенденцію, визначаючи пасивну позицію особистості щодо власного здоров'я.

Дві змінні виявилися значущими предикторами поведінки уникнення. Медична недовіра продемонструвала – від помірного до сильного – позитивний зв'язок із уникненням турботи про здоров'я, що

вказує на те, що люди з більшою недовірою до медичних систем частіше відкладають або уникають звернення по медичну допомогу. Подібним чином субшкала екзистенційного страху смерті продемонструвала сильний позитивний вплив. Узагальнюючи, екзистенціальна напруга, зокрема щодо смертності, загострює тенденції до відкладання, ймовірно, з огляду на прагнення уникнути зіткнення з потенційною невизначеністю та вразливістю, пов'язаною зі здоров'ям.

Таблиця 3.7

Оцінка зв'язків прогностичної моделі чинників розриву

Чинник	Мішень	β коефіцієнт	Стд. Похибка	p-значення
Медична недовіра	Уникання турботи	0.50	0.07	< 0.001
Екзист. страх смерті	Уникання турботи	0.62	0.05	< 0.01
Благополуччя в стосунках	Звернення до СМ	0.62	0.06	< 0.01
Екзистенційна тривога	Звернення до САМ	0.47	0.04	< 0.001
Сприйманий дистрес	Бездіяльність у турботі	-0.35	0.06	< 0.05
Екзистенційна тривога	Самолікування	0.30	0.05	< 0.05
Локус контролю – інші	Бездіяльність у турботі	0.24	0.02	< 0.01
Внутрішній локус контролю	Пошук допомоги онлайн	0.23	0.03	< 0.05

Екзистенційна тривога також продемонструвала невеликий, але значний позитивний вплив на поведінку до самолікування. Це вказує на те, що люди з підвищеними екзистенціальними проблемами можуть прагнути самостійно керувати своїм здоров'ям, минаючи професійну медичну консультацію. Така поведінка може відображати механізм подолання, який обумовлений психологічним дискомфортом, пов'язаним із екзистенціальними страхами, а також недовірою до медичних інститутів. Власне, екзистенціальна тривога також була значущим предиктором КАМ із помірним позитивним ефектом. Доцільно припустити, що рішення звернутися до традиційних методів лікування є альтернативною у задоволенні потреб турботи про здоров'я, що зокрема відображає прагнення осіб керувати невизначеністю самостійно, в менш клінічному контексті.

Примітно, що благополуччя в стосунках слугувало сильним предиктором звернення по професійну допомогу у межах СМ, а внутрішній локус контролю здоров'я сприяв пошуку допомоги онлайн. Можемо узагальнити, визначивши, що ці прояви є адаптивними та відображають протективну тенденцію. Це підкреслює важливість загальної адаптивності особистості для наслідків для її, зокрема, соматичного здоров'я.

3.3. Зміст та психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я

Послуговуючись отриманими у ході моделювання результатами ми можемо ретроспективно обґрунтувати сутність психологічної детермінації інтенційно-поведінкового розриву. Зокрема, доцільно визначити дві ключові категорії чинників: (1) екзистенційна напруга, що характеризує готовність особистості до зіткнення з власною вразливістю у процесі турботи про здоров'я та (2) реляційні переконання стосунку з іншими, а зокрема з медичними інститутами, що описують міру суб'єктивної агентності та готовності до звернення по допомогу. Звертаючись до моделі НАРА, що покладено в основу моделі можемо обґрунтувати отримані результати (див. рис. 3.15).

Отримана модель ілюструє взаємодію між віддаленими детермінантами, такими як екзистенціальний досвід і переконання, пов'язані зі здоров'ям, і проксимальними факторами, включаючи уявні бар'єри та індивідуальну мотивацію. Отримані дані підкреслюють центральну роль ставлення як посередника в розриві між наміром і поведінкою, причому мотивація та самоефективність виступають ключовими антецедентами. Бар'єри відіграють важливу обструктивну роль, що свідчить про те, що усунення цих факторів може значно покращити поведінкові результати.

Підтримка, хоч і слабша за своїм прямим впливом, робить значний внесок через непрямі шляхи, підкреслюючи важливість сприяння зміні

поведінки. Емпіричні результати підтверджують прогностичну корисність моделі. Було виявлено, що екзистенціальна тривога, негативні переконання щодо здоров'я та уявні перешкоди в медичному обслуговуванні значною мірою передбачають ймовірність прокрастинації зі здоров'ям. Ці фактори пояснюють суттєві відмінності у поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, підкреслюючи їхню актуальність у розробці втручань, спрямованих на скорочення затримок у діях щодо здоров'я.



Рис. 3.15. Модель чинників інтенційно-поведінкового розриву

Екзистенційна тривога зумовлює схильність до традиційних методів лікування та самолікування, але також посилює переконання щодо недовіри до медичних інститутів. При цьому страх смерті безпосередньо визначає схильність до уникання звернення по медичну допомогу. У свою чергу локус контролю характеризує процес реалізації турботи про здоров'я як такий, що дійсно потребує визначеної міри агентності. Оскільки локус контролю в інших визначає схильність до бездіяльності, у той час як локус контролю в собі сприяє пошуку допомоги в онлайн-середовищі. Таким

чином, готовність до контролю власного здоров'я як тривалого процесу визначає фактичну реалізованість дії у майбутньому. Насамкінець, медична недовіра як сукупність переконань щодо негативних наслідків діяльності спрямованої на власне здоров'я (інституційного характеру) зумовлюється, зокрема, екзистенційним досвідом, і визначає готовність сприйняття медичних установ та працівників як безпечних. Тож, надамо більш детальну інтерпретацію отриманих результатів, синтезуючи результати якісного, кількісного та теоретичного етапів дослідження.

Екзистенційний досвід. Передусім варто охарактеризувати внесок екзистенційного досвіду з огляду на узгодженість рефлексивних та рефлексивних процесів відповідно до БПКД. У той час як система мотивації керується гомеостатичним прагненням зберегти цілісність системи, уникнення передбачає невідповідність між фактичною діяльністю (рефлексивний процес) та її символічним значенням (рефлексивний процес). Наприклад, «лікарня — притулок смерті». Іншими словами, конкретна прогалина представляє більший контекст збою в роботі цієї гомеостатичної системи, яка намагається зберегти свою власну цілісність. Система намагається захиститися, відхиляючи негативний символ, який передає медичний заклад. У результаті прокрастинація стає для цього індивіда умовно адаптивним способом збереження цілісності. Хоча система, яка в даному випадку прагне до самозбереження, непристосована, її добра мета досягнута, і розриву не виникає. Відчуття екзистенціальної тривоги, викликане усвідомленням власної обмеженості, спонукає до досягнення мети (уникнення). Це необхідно, щоб зняти психологічну напругу, спричинену зустріччю з обмеженими фактами. Однак у випадку здорової поведінки мета може бути як прямою, так і непрямою: заохочувати здорову поведінку або уникати її. Отже, ірраціональне визначення прокрастинації не відповідає критеріям нової раціональності. Дезадаптивна поведінка щодо здоров'я створюється задовго до стадії експлуатації як стратегія захисту цілісності пошкодженої системи.

Хоча в цій роботі відтермінування розглядається через ірраціональне визначення, варто уточнити, що відторгнення контакту із закладом охорони здоров'я – на рівні звернення – має компенсаторний характер. Доцільно припустити, що ця компенсація формується «культурою розриву» – сукупністю віддалених чинників, що сприяють відтермінуванню через засвоєння відповідних переконань.

Оскільки основа прокрастинації здоров'я має глибинний характер, процес лікування повинен починатися на площині екзистенціального досвіду. Усвідомлення смерті, як її чітке вираження, викликає різноманітні епіфеномени, і внесок цього досвіду в загальний стан системи є надзвичайно значним, тому втручання мають необхідну силу (Reed et al., 2021). Проте смертність може бути не єдиною причиною здоров'я; нейропсихологічні дані свідчать про те, що загальна здатність людини сприймати значення також може відігравати певну роль (Balogh et al., 2021). По суті, перебудова епістемічної реальності індивіда представлена в його онтології, зокрема в конфлікті дотику з власним здоров'ям. Важливо, щоб ця стратегія забезпечувала «депоноване» вирішення проблеми прокрастинації. Зміни в тому, як ми взаємодіємо зі знаннями та емоціями, є глибшою реструктуризацією, яка має помітний вплив на сферу охорони здоров'я. На відміну від когнітивних та емоційних технік, звернення до виміру існування дозволяє нам виконувати більш стабільні зміни з часом.

Враховуючи притаманне людині бажання уникнути конфронтації з кінцевими фактами, звернення до медичного закладу створює достатню напругу. Водночас інтерналізація смертності, тобто власної слабкості, сприяє переходу цілі «уникнути думок про смерть» у мету «уникнути смерті», що досягається, зокрема, активною турботою про власне здоров'я. На додаток до цього зауважимо, що символ здоров'я слід застосовувати в епістемічній реальності індивіда як засіб боротьби зі смертю. Особливістю є зустріч зі змінами, яка пов'язана з необхідністю зруйнувати танатичні наміри індивіда, які заважають йому звернутися до лікаря. Бажання смерті, як і бажання уникнути смерті, є рушійною силою прокрастинації. Крім

того, якщо розрізнити усвідомлення та зустріч, стає зрозуміло, що справжнє втілення досвіду сприятиме перемодельованню символічної системи індивіда «здоров'я-смерть».

Зменшення екзистенціальної напруги в результаті вищезгаданих процесів також є методом активізації особистісного ресурсу для подолання інтенційно-поведінкового розриву. Когнітивний дисонанс, створений негативним зіткненням із кінцевими фактами, має значний вплив на оперативну модель реальності людини. Крім того, таке психоемоційне навантаження погіршує фізіологічний стан, підсилюючи дилатаційні тенденції, взаємно пов'язані з психосоматизацією. Інтимний дотик існування до соми дозволяє нам зрозуміти обумовленість діяльності, спрямованої на модифікацію соми екзистенційним виміром (Hall et al., 2020). Слід підкреслити, що конвергенція цих компонентів (напруга і соматизація) викликає розгалуження мотивацій і ускладнює шлях відновлення. Відповідно, можемо припустити, що спрощення процесу звернення по допомогу може сприяти спрощенню його образності в уявленнях людини, а отже зниженню напруги, пов'язаної з ним. Відповідно, зменшення кількості етапів необхідних користувачеві послуг закладів охорони здоров'я наблизатиме своєчасне надання допомоги коли йдеться про інтенційно-поведінковий розрив.

Враховуючи те, що зіткнення з власними обмеженнями в умовах галузі охорони здоров'я є неминучим, проблема переоцінки та реконструкції власної моделі світу у світлі нової інформації про власну сприйнятливність стає критичною. У міру просування цього процесу людина докладає свідомих зусиль, щоб побудувати нову, узгоджену структуру, яка вміщує обмежені факти, з якими вона зіткнулася, дозволяючи їй зрозуміти це в контексті свого ширшого розуміння (Binnebesel, 2021). Наприклад, *«не зважаючи на мою вразливість, я можу стримувати себе»*. Крім того, побудова нової ніші в епістемологічній реальності людини забезпечує більш ґрунтовне й адаптивне розуміння світу, полегшує навігацію лабіринтами екзистенційного досвіду. Зрештою,

процес реконструкції є фундаментальною частиною людського пізнання, яка допомагає нам зберегти відчуття узгодженості та цілісності, тому він легко вписується в уявлення про екзистенціальні корені здорової поведінки.

Розуміючи глибинні причини індивідуальної схильності відкладати медичну допомогу, ми можемо отримати необхідні знання для сприяння поведінці, що зберігає здоров'я. Деадаптивна поведінка щодо здоров'я виникає внаслідок бажання захистити свою цілісність, а не просто прогалини на оперативному рівні. Охорона здоров'я несе в собі відчуття небезпеки, враховуючи обов'язок протистояти кінцевим фактам, коли йдеться про поведінку щодо здоров'я. Як наслідок, відтермінування як засіб захисту своєї епістемологічної реальності від загрозливого змісту має розглядатися через розширення реальності через вплив такого досвіду. Важливо зазначити, що контакт ефективний лише тоді, коли люди активно взаємодіють з даними, а не просто знають про це. Таким чином, цей процес включатиме збільшення та вирішення напруги, а також формування нового значення для однієї чи кількох екзистенційних реальностей у семантичному полі індивіда. Зрештою, прокрастинацію зі здоров'ям можна подолати шляхом пошуку сенсу.

Реляційні переконання: медична недовіра та стосунки. Огляд фундаментальних параметрів переконань – істинності та передбачуваності – є важливим для формалізації цієї концепції. Як стверджує Seitz (2022), ці параметри служать ключовим механізмом адаптації для прийняття рішень, особливо під час оцінки ймовірності різних результатів. Ця перспектива припускає, що класифікація агентом елементів середовища, на відміну від штучної класифікації, передбачає еволюційне спрощення, зосереджене на емоційній значущості цих елементів. Таке спрощення сприяє процесу розрізнення, тим самим сприяючи довірі до взаємних переконань.

Еволюційна основа цього процесу заснована на порівнянні попередніх емпіричних зустрічей, що відіграє ключову роль у формуванні прийняття рішень. Розглядаючи дихотомію загроза-безпека в стимулах,

Сейц та колеги (Seitz et al., 2022) формулюють здатність вірити як функцію відповідності між сприйнятою цінністю та минулим досвідом. Крім того, автори стверджують, що це сприйняте значення модулюється активністю дофаміну всередині кортико-стріарно-таламо-кортикальних петель (CSTC), узгоджених з байєсівською моделлю (Seitz, 2022, р. 22). Спираючись на цю основу, було окреслено три різні парадигми переконань щодо об'єкта, що сприймається: емпіричну, реляційну та концептуальну, які відповідають орієнтованим на об'єкт, суб'єкту або абстрактно-фокусованим переконанням відповідно. Враховуючи послідовну складність, притаманну системам переконань, логічно класифікувати їх як різні рівні.

На первинному, або емпіричному, рівні ставлення суб'єкта до об'єкта формується його сприйнятою цінністю під впливом імпліцитних переживань (тобто естетичних, емоційних чи уявних загроз, наприклад, червоний хрест чи шприц). Сейц та ін. (Seitz et al., 2019) припускають, що переконання спочатку формуються через взаємодії та їх результати, але вони можуть розвиватися з подальшим досвідом. Ця концепція пластичності переконань підтверджує висвітлену пропозицію щодо символізації медичної допомоги в контексті поведінки, спрямованої на пошук допомоги. На вторинному, або реляційному, рівні соціальна категоризація відіграє вирішальну роль, дозволяючи оцінити ефективність та залучення інших до вирішення поточних завдань (Seitz & Angel, 2020). Враховуючи, що переконання щодо міжособистісної взаємності пов'язані з активністю вентрального смугастого тіла (VS), розумно припустити, що на прийняття рішень впливають не лише матеріальні винагороди, але й очікування результатів. Нарешті, третинний, або концептуальний, рівень стосується усталених переконань, які мають епістемічну цінність. З цієї точки зору ймовірність, яку сприймає агент, є узагальнюючою. Звертаючись до категорії переконань щодо здоров'я, доцільно провести паралелі між зазначеними рівнями Сейц та Ейнджел (Seitz & Angel, 2020) та вхідними значеннями з інтегрованої моделі вибору на основі цінностей Беркмана (Berkman, 2018). Автори обох робіт посилаються на оцінку

суб'єктивної цінності або корисності результатів, встановлюючи необхідні зв'язки між загальною концепцією переконань та їх реалізацією: агенту необхідно порівняти кілька варіантів і прийняти рішення на основі сприйнятих цінностей кожного. Вхідні дані цінностей можуть бути на етапі кредитування (віра як процес), оскільки ми маємо на увазі різний контекст певного результату.

На емпіричному рівні модель підкреслює роль негайних, відчутних варіантів та їх уявну цінність у прийнятті рішень, пов'язаних зі здоров'ям. Це перегукується з поняттям пластичності переконань, оскільки безпосередній досвід формує подальші моделі поведінки. Наприклад, миттєва привабливість нездорової їжі може затьмарити її довгострокові наслідки для здоров'я, що призведе до вибору, який не відповідає цілям здоров'я.

На реляційному рівні агенти оцінюють соціальні цінності: норми та зміни статусної позиції. На цьому етапі встановлюється соціально сконструйована цінність поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Концептуальний рівень, який включає усталені переконання з епістемологічною значущістю, також знаходить доречність у моделі Беркмана, особливо в самоцінності. Тут стійкі переконання щодо здоров'я та саморегуляції відіграють вирішальну роль у формуванні довгострокової цінності. Крім того, згідно зі зворотним висновком Беркмана (2018), значення значення пов'язане з активацією венстромедіальної префронтальної кори (вмПФК), орбітофронтальної кори (ОФК) і вентрального смугастого тіла (VS). Функціонування в цих сферах пов'язане не тільки зі сприйняттям суб'єктивної цінності, але й із передбаченням майбутньої поведінки; таким чином, вони можуть бути життєздатними цілями для втручань, спрямованих на зміну поведінки щодо здоров'я.

Варто зазначити, що саме реляційні переконання за результатами представленої у роботі моделі обумовлюють схильність до звернення по професійну допомогу та бездіяльність у турботі про здоров'я. Сприйманий

рівень благополуччя у соціальній сфері відображає, зокрема, стійкі уявлення про мережу соціальної підтримки особистості; натомість локус контролю здоров'я в діяльності інших характеризує пасивну позицію стосунку що пов'язана зі стікою рольовою моделлю реципієнта. Відповідно, корекція реляційного рівню може сприяти скеровуванню намірів турботи до адаптивної форми їх реалізації.

Уявлення про здоров'я охоплюють когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти. Морозова-Ларіна та ін. (2021) підкреслюють, що ставлення до здоров'я суттєво впливає на індивідуальну активність у спрямуванні турботи про здоров'я. Роу та ін. (2019) зазначив, що адаптивні переконання корелюють із вищим рівнем задоволеності життям, підкреслюючи їхній вплив як на результати здоров'я, так і на загальне самопочуття. За словами Мартінека (2019), взаємодія цих категорій також очевидна в мовних виразах. Під час хвороби, особливо коли люди відчувають втрату контролю над своїм тілом, важливість переконань посилюється. Лу та ін. (2019) описують дезадаптивні забобонні переконання як відповідь на цю втрату.

Примітно, що медичне середовище безпосередньо не формує ставлення; скоріше вирішальну роль відіграє схильність до формування дезадаптивних переконань щодо здоров'я, часто зумовлених культурою. Зокрема, Al-Tarawneh et al. (2023) зауважують, що на прихильність більше впливають особисті переконання, ніж фактична якість медичної допомоги. У той же час Мандал (2018) розглядає забобонні вірування як культурні концепції, оскільки вони часто суперечать раціональності через свою основу в переданих культурою, але невиправданих причинно-наслідкових зв'язках. Таким чином, доцільно припустити, що місцеві переконання щодо здоров'я формують поведінку, пов'язану зі здоров'ям, і що культурні схильності до сприйняття цінності та загрози визначають ефективність діяльності з пошуку здоров'я.

Посилення розриву в умовах воєнного часу. Послідовність епідемії COVID-19 та бойових дій на території України створює обтяжливий фон

для вирішення проблеми відтермінування турботи про здоров'я. Водночас ця криза призвела до зростання глобальної виразності смертності. Усвідомлення нашої власної тілесної непостійності є, по суті, рушійним фактором для реалізації здорової поведінки (Reed et al., 2021). Незважаючи на те, що широко поширений страх перед медициною зменшився, інтенційно-поведінковий розрив в охороні здоров'я залишається проблемою. Зв'язок між ставленням особистості до кінцевих фактів і ставленням до охорони здоров'я як символічної системи, що представляє ці реалії, є невирішеною темою (Cersosimo, 2019). Через підвищену видимість цих явищ під час кризи необхідно з'ясувати тонкощі їхнього перетину та оцінити їх сприйнятливність до цілеспрямованих втручань.

Забезпечення ефективного лікування часто унеможлиблюється втратою ресурсів та функціональної інфраструктури, як наслідків дій окупаційних військ (Uwishema, 2022). В означеному контексті нового сенсу набуває проблематика прокрастинації турботи про здоров'я, що збільшує дистанцію між пацієнтом та можливістю відновлення достатнього рівню здоров'я. Відтермінування необхідних лікувальних заходів є нормальною реакцією на переживання тривалої стресогенної ситуації. Проте зважаючи на констеляцію факторів, що обмежують парадигму охорони здоров'я, необхідним є забезпечення адаптаційного ресурсу. Власне, ми вважаємо, що цінніше ставлення до здоров'я, як елемент суб'єктивної складової здоров'я має розглядатися фахівцями у якості протективного фактора в умовах кризи та подальшого відновлення. Загалом, наразі надзвичайно важливо надати змістовні прогнози щодо категорії здоров'я, як однієї із ключових компонент соціальної безпеки людини. Оскільки укріплюючи її внутрішній аспект ми значною мірою зменшимо негативні наслідки війни (Morganstein et al., 2022).

Водночас в українському контексті особистість вже освоїла або ж переживає мораторій нової ролі – учасника воєнних дій і цей процес змінює площину екзистенційного переживання всього суспільства. Необхідно зазначити, що в контексті воєнного часу, актуалізується

необхідність зіткнення особистості з кінцевими фактами (“givens of existence”), відчутна присутність яких сприяє переходу від символічних до втілених імпліцитних моделей здоров’я (Jacob, 2022). Перегляд соціокультурних стандартів, у відповідь на реалії їхнього повного знищення діяльністю ворога, спонукає до конструювання нових епістемологічних систем. Означені трансформації стосуються уявлення про особистість не лише як ідеальне, але й фізичне утворення. У результаті, послуговуючись ідеєю контекстуальної апрезентації, ми розглядаємо екзистенційний досвід воєнного часу як один із визначників ставлення до особистого здоров’я, що в новому контексті розширює первинне значення.

Перспективи подолання розриву. Розв’язання проблеми розриву обумовлене спрямованістю протоколів медичного догляду. Інструментальна парадигма орієнтована на тілесний вимір, а профілактичні інтервенції передбачають проактивну поведінку. Власне, розрив не розглядається як відокремлений етап звернення по допомогу, зокрема й у голістичній парадигмі. Бракує також інституційного впливу, що не мав би комерційної спрямованості, на формування та реалізацію наміру особистості щодо турботи про власне здоров’я. Водночас нейронаука про здоров’я (health neuroscience), хоча й послуговується інструментальною дефініцією здоров’я, висвітлює необхідну для розв’язання зазначеної проблеми проміжну ланку. Зокрема, відмінність масштабування цієї візії надає можливість охопити розрив та прояснити його за моделлю саморегуляції. Зауважимо, що ключовим обмеженням підходу є експансивність методології. Тож комплексний опис розриву знов-таки обмежується зрізом тих рівнів, на яких його розглянуто.

Натомість дослідження зазначеної галузі надають важливі докази щодо можливостей впровадження ефективних втручань в умовах браку ресурсів. У системі охорони здоров’я панівним залишається інструментальний підхід, орієнтований на розв’язання певної проблеми, пов’язаної зі здоров’ям. Закономірно, категорія прокрастинації турботи про

здоров'я, що є порівняно новою в науковому дискурсі, відіграє другорядну роль у політиці цієї галузі. Низька зацікавленість цим типом прокрастинації в дослідницькому процесі (зокрема, увага дослідників прикута до відтермінування в професійній та академічній діяльності) пов'язана з тенденцією до висвітлення неопосередкованих впливів на фізичне та психічне здоров'я. Відповідно до інструментальної парадигми, здоров'я – це відсутність хвороби більшою мірою ніж здорова поведінка. Хоча ВООЗ акцентує на значущості переходу від лікувального до профілактичного підходу, інститут профілактики все ще має низький інвестиційний потенціал. Водночас хронічне зволікання зумовлює суттєве погіршення здоров'я агента, обтяжуючи також систему охорони здоров'я. Особливо гострою постає ця проблема в умовах воєнного часу, оскільки навантаження у сфері медичного догляду суттєво зростає. Як підсумок, постає питання добору дієвого, проте низькоінтенсивного та економічно доцільного втручання, що уможлиблюється концептуальною рамкою нейронауки про здоров'я.

Напрями подальших досліджень. Провідна стратегія прояснення детермінації передбачає маніпулювання мозковою активністю здебільшого через поведінкові інтервенції. Власне, розв'язання проблеми прокрастинації часто розглядають у корекції поведінкових патернів, що опосередковують відтермінування. Проте переважно втручання підпадають під категорію дій спрямованих на турботу про здоров'я, профілактичних чи лікувальних, тож можуть бути відтерміновані цільовою групою. Водночас за цілеспрямованого залучення не вирішене залишається питання адгеренсу (adherence) за умови виконання відповідних дій.

Виокремлюється наскрізна проблема дослідження прокрастинації, а саме – вибірка обмежена в репрезентації осіб, що не долучилися до досліджуваної групи. Зокрема, характерні відмінності в інтенційному (pretreatment motivation) та поведінковому (help-seeking behavior) вимірах, і можуть відігравати ключову роль у прийнятті рішення щодо звернення до закладу охорони здоров'я.

Згідно з концептуальною рамкою нейронауки про здоров'я, нейрональний субстрат варто концептуалізувати як мішень та медіатор когнітивних змін. Здебільшого дослідження, що послуговуються біопсихосоціальною моделлю, розкривають цей взаємозв'язок контекстуально, розглядаючи порізнений клінічний стан. У цьому разі фенотип ожиріння слугує ілюстрацією ширшого контексту відтермінування здоров'язбережувальної поведінки. Щодо оцінювання схильності до зазначеної проблеми конкурують теорії стимуляційної сенсibilізації та дефіциту винагороди: підвищеної кортикальної активності центру винагороди на противагу зниженої зв'язності допаміну з D2R у VS, – згідно з ними виокремлюється два основні фенотипи: компенсаторний та харчової залежності (Lowe et al., 2019). Проте прагнення до оптимізації сприяло формулюванню синтетичної теорії динамічної вразливості щодо ожиріння, що має важливу роль у контексті розуміння відтермінування піклування про здоров'я загалом. Власне, dlPFC у взаємодії з вmПФК та VS визначає доцільність дії з огляду на винагороду та, відповідно до цього, модулює допамінергічну активність VTA та NAcc, сприяючи втіленню чи відторгненню задуму (Lowe et al., 2019). І саме недостача гальмівного контролю (dlPFC), а також неспроможність прийняття рішення про припинення відтермінування (вmПФК) є основою прояснення розриву як браку саморегуляції. Закономірно, прокрастинація має реципроний зв'язок із недостатнім контролем, з огляду на погіршення стану здоров'я, що її супроводжує. Варто зауважити, що dlPFC – спільний субстрат як для прокрастинації, так і для імпульсивності, що пояснює ефективність втручань на основі підштовхування (nudging).

Очевидно, що наведений у цій роботі спрощений контур не має достатньої описовості щодо всієї системи прокрастинації. Вона, зокрема, опосередковується також мотивацією досягнення (lPre-rACC), емоційним досвідом (limbic-PFC), особистісним нейротизмом (RMTG-RSFG) та особистісною схильністю до румінації (left insula-lmSFG). Проте

акцентуючи на складності експресивного гальмування як механізмові інтенційно-поведінкового розриву, ми прагнули конкретизувати питання щодо етапу оцінювання виконуваної діяльності. Zhang et al. (2019) розкриваючи у своїй моделі часового рішення (temporal decision model) взаємозв'язок трьох основних механізмів прокрастинації: гіперболічного дисконтування, мотиву уникнення та мотиву дії, – звертають увагу на процес оцінювання майбутньої дії, пропонуючи опис прокрастинації в ширшій часовій перспективі. Відтермінування розглядається як результат певної послідовності рішень, у прийнятті яких суттєву роль відіграють такі аспекти, як сприйняття завдання, перспектива стимуляції та затримка стимуляції. Тобто кінцеве рішення щодо припинення прокрастинації визначається сприйнятим контекстом діяльності. Згідно з дослідженнями, що послуговуються методологією обчислювальної нейронауки (neuro-computational perspective), тенденція відтермінування пов'язана зі зменшенням сприйнятої напруги під час виконання завдання в майбутньому (dmPFC), а емоційне ставлення щодо виконуваної дії оцінено як значущий предиктор відтермінування в академічному контексті (Rahimi & Vallerand, 2021). Водночас Zhang et al. (2019) роблять припущення щодо ролі парагіпокампальної кори в моделюванні результату дії: не лише щодо винагороди, але й інших параметрів події майбутнього.

Власне, гіпотеза парагіпокампального походження ставлення до завдання конкретизує перспективний спосіб впливу: зменшити прагнення відтермінувати завдяки переоцінці негативних стимулів. Оскільки dlPFC та vmPFC – ключові медіатори емоційного регулювання, зміна конотацій виконуваної дії може слугувати способом подолання за дефіцитарного контролю гальмування. Так у попередньому дослідженні Kazakov (2023) зазначив, що розрив на етапі звернення до закладу охорони здоров'я, ймовірно, пов'язаний із захисною тенденцією агента, що вимушений зіткнутися з екзистенційними фактами. Зокрема, медична інфраструктура розглядається як символічна система, сприймана агентом на основі досвіду попереднього контакту. Значення та сенси, що стосуються галузі охорони

здоров'я, закладають контекст для цього зіткнення і є передумовою інтенції уникнення (Kazakov, 2023). І саме подвійна спрямованість динамічних зв'язків субстрату та психіки визначає схильність до відтермінування, оскільки вплив «культури розриву» обумовлює прийняття рішення скасувати прокрастинацію.

Оскільки вмПФК, ймовірно, сприяє імпліцитній оцінці, побіжній свідомому оцінюванню, можемо говорити про нецілеспрямоване засвоєння агентом символічних репрезентацій, які надалі формують дезадаптивні переконання щодо здоров'я. За результатами серії якісних досліджень, було визначено, що культурні чинники дійсно відіграють значущу роль у конструюванні особистістю її імпліцитної моделі турботи про здоров'я. Водночас це підтверджує можливість низькоінтенсивних, проте ефективних, втручань, що ґрунтуються на реструктуруванні сприйманих наслідків відтермінованої дії через творення позитивних символічних змістів (Lieberman et al., 2019). Докази щодо незалежності від безпосередньої розумової подорожі в часі, функції вмПФК конструювання сцени майбутнього засвідчують можливість їхнього засвоєння та інтеграції агентом у його власних переконаннях про здоров'я та медицину.

Отже, зважаючи на екзистенційний складник процесу прокрастинації турботи про здоров'я та реляційні переконання, що пов'язані з цим досвідом, можемо запропонувати підхід до подолання розриву. Зокрема, інтервенції що містяться у вимірі культурних змін соціально-психологічної реальності, як-от протидія формуванню афективних негативних уявлень про заклади охорони здоров'я, символізацію медичних інститутів чи сприйману загрозу від контакту з надавачами послуг. Перспективи для укріплення мережі надання медичної допомоги полягають у зниженні напруги асоційованої рефлексивним рівнем реалізації діяльності, тобто формуванням сприятливого контексті. Зокрема, творення центрованої на особистості культури як середовища для переживання сприятливого досвіду та формування позитивних переконань може спростити подолання розриву.

Висновки до третього розділу

1. У ході зіставлення та оцінювання доказової сили результатів якісних досліджень, було визначено загальні теми, що описують потенційні чинники турботи про здоров'я: *негативне ставлення до конвенційної медицини, екзистенційну незахищеність, локус контролю здоров'я та соціальну залученість*. Зазначені теми слугували підтвердженням для визначення оперант концептуальної моделі пояснювального дослідження. Характерною є узгодженість між визначеними чинниками у ході теоретичного огляду та пошукового етапу дослідження, що підтвердилося також на етапі кількісного аналізу.

2. Згідно з результатами моделювання психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву, визначено статистично значущий вплив *медичної недовіри та екзистенційного страху смерті* на тенденцію до уникання турботи про здоров'я. Тенденція до бездіяльності щодо власного здоров'я визначалась *локусом контролю здоров'я*, що містився в діяльності значущих інших, проте обмежувалась *мірою сприйманого дистресу зумовленого хворобою*. Натомість чинником прагнення до самолікування було визначено переживання *екзистенційної тривоги*. Встановлено також вторинні зв'язки, зокрема, загальна екзистенційна тривога, як і страх смерті, підсилювали переживання медичної недовіри.

3. Крім того, встановлено чинники, що визначають форму турботи про здоров'я, а саме – внутрішній локус контролю здоров'я слугував чинником пошуку допомоги з використанням онлайн-ресурсів. Натомість екзистенційна тривога була визначальним фактором звернення до альтернативних та комплементарних методів у медицині, що узгоджується із попередніми висновками щодо наміру самолікування. Насамкінець сприйманий рівень благополуччя у стосунках сприяє зверненню за професійною допомогою щодо здоров'я.

4. Варто також зазначити, що з-поміж врахованих соціально-демографічних характеристик, було також визначено чинники розриву.

Особи чоловічого гендеру на протигагу особам жіночого більш схильні до бездіяльності та уникнення турботи про здоров'я, у той час як використання КАМ притаманне обом групам рівною мірою. Вищий рівень освіти може слугувати протективним фактором для уникнення турботи про здоров'я. Більш виразна схильність до бездіяльності серед осіб з професійно-технічною освітою. Проте використання САМ знов-таки подібним чином розподілено рівномірно. Проживання у міському середовищі може слугувати протективним фактором щодо бездіяльності у турботи про здоров'я, у той час як життя у сільській місцевості сприяє використанню КАМ. Вищий рівень доходу є протективним фактором щодо уникнення та самолікування, проте не бездіяльності. Крім того, рівень медичної недовіри вищий серед чоловіків, осіб старшого віку та осіб з нижчим рівнем освіти та доходу.

5. Наведені результати узгоджуються з процесуальним підходом турботи про здоров'я та можуть бути пояснені через біфазну послідовність. Недовіра до галузі охорони здоров'я та екзистенційний страх смерті є взаємопов'язаними та перешкоджають формуванню сильного наміру звернутися за медичною допомогою, не зважаючи на усвідомлюване знання щодо цієї потреби. Натомість локус контролю здоров'я характеризує сприйману самоефективність в турботі про здоров'я, що у випадку екстерналізації обмежує агентність в ініціюванні дії. Натомість на наступній фазі – екзистенційна тривога ускладнює перехід до адаптивної турботи, перенаправляючи до засобів з більшою сприйманою безпечністю – альтернативних та комплементарних методів медицини. Більше того, демографічні фактори, такі як освіта та дохід, впливають на збереження здорової поведінки, причому вищий рівень сприяє кращому плануванню та дотриманню, відповідно до акценту ППТЗ на контролі дій та соціальній підтримці як фасилітаторів на вольовій стадії. Ця структура підкреслює необхідність цілеспрямованих втручань для зміцнення формування намірів і подолання розриву між наміром і поведінкою.

ВИСНОВКИ

У дисертації узагальнено результати отримані у ході нарративного та бібліометричного огляду джерел, а також низки емпіричних досліджень, що слугували основою для пояснення психологічних чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я. Результати надані у роботі слугують основою для таких висновків.

1. *Турбота про здоров'я* – це діяльність суб'єкта, ціллю якої є вплив на власне здоров'я, його зміцнення, збереження чи відновлення. Категорію турботи виокремлено у межах ширшого поля *поведінки, пов'язаної зі здоров'ям*, що охоплює поведінкові прояви, які прямо чи опосередковано визначають результати для здоров'я особистості. Саме турботу було обрано об'єктом дослідження, оскільки в центрі уваги роботи покладено психологічні рушії особистості у промоції здоров'я на противагу інституційним впливам. *Відтермінування турботи про здоров'я* характеризує загальну тенденцію до не виконання дій необхідних для досягнення відповідних результатів для здоров'я. *Інтенційно-поведінковий розрив* – це неузгодженість усвідомленої інтенції турбуватися про здоров'я та активного виконання необхідних заходів. Характерною особливістю, що вирізняє розрив від інших форм відтермінування є усвідомлення потреби, при цьому намір водночас може бути різним за силою, що часто і слугує обмеженням у його реалізації в конкретних діях. Найбільшу описову силу у цьому напрямі згідно з результатами огляду має *процесуальний підхід турботи про здоров'я*, який використано як основу для розробки концептуальної моделі дослідження. Натомість з метою теоретичного обґрунтування отриманих висновків модель було доповнено конструктами багаторівневого підходу керування дією.

2. Встановлено низку *сприйманих чинників*, які постульовано респондентами, проте які не було перевірено у межах кількісного аналізу, а саме: *переконання щодо власного стану здоров'я, сімейна культура турботи про здоров'я, переживання ізоляції, особистісні диспозиції*

(нейротизм та пластичність), залученість у догляді за дитиною, страх погіршення стану унаслідок лікувальних дій. Також варто виокремити чинники, що лежать поза психологічним полем, як-от *фінансова та територіальна доступність*.

Обґрунтовано доцільність розмежування прокрастинації турботи про здоров'я, орієнтованої на *профілактику, лікування та діагностику*. При цьому відтермінування дій, пов'язаних із профілактикою, визначається екзистенційною напругою щодо свободи та прагненням уникнути тривоги щодо переживання сенсу; у випадку діагностичних заходів – це напруга щодо свободи та тенденція уникати зіткнення з усвідомленням власної смертності, а у випадку лікування – це напруга щодо безсенсовності та ізоляції і небажання усвідомлення смертності.

Прихильність до КАМ серед літнього сільського населення була зумовлене передусім недовірою до конвенційного лікування, але також обмеженістю ресурсів, бажанням більшої автономії у процесі лікування та перевагою негайного, відчутного ефекту від лікувальних засобів. Останній пов'язаний із сенсорним досвідом, що притаманний народним методам лікування на протигагу конвенційним. Для військовослужбовців натомість особливим чинником є переживання інституційної зради, що визначає їх ставлення до лікувальних інтервенцій. Оскільки заклади охорони здоров'я нерідко сприймаються як частина інституцій, які, на думку комбатантів, зрадили їхні інтереси, це формує негативне ставлення до медичних послуг.

3. Виконано психометричну адаптацію низки інструментів для діагностики поведінки, пов'язаної зі здоров'ям: *Шкали турботи про здоров'я, Шкали прокрастинації звернення по медичну допомогу, Короткого опитувальника ставлення до хвороби та Індексу медичної недовіри*. Методики мали високу внутрішню узгодженість, відповідну факторну структуру та достатні факторні навантаження. Результати кореляційного аналізу підтвердили диференційну спроможність підшкал інструментів, що дозволяє вимірювати пов'язані, але незалежні аспекти поведінки, пов'язаної зі здоров'ям.

4. Встановлено такі психологічні чинники інтенційно-поведінкового розриву: *рівень медичної недовіри, екзистенційна тривога та екзистенційний страх смерті, локус контролю здоров'я, дистрес зумовлений хворобою та рівень суб'єктивного благополуччя щодо стосунків*. Кінцева модель надала можливість пояснити значну частку варіативності досліджуваних змінних. Зокрема, близько половини варіативності *тенденції до уникнення турботи про здоров'я* пояснено внеском екзистенційного страху смерті та медичної недовіри з урахуванням їх взаємодії. Крім того, було встановлено низку соціально-демографічних параметрів, що також зумовлюють схильність до відтермінування: *гендерна ідентифікація, хронологічний вік, регіон проживання, рівень освіти та доходу*.

5. Результати свідчать про те, що дезадаптивна турбота про здоров'я є формою захисту власної цілісності суб'єкта та формується задовго до власне розриву. Зокрема, переживання екзистенційної тривоги є значущим віддаленим чинником, що визначає готовність суб'єкта до втілення намірів турботи про здоров'я. Власне ці переживання зумовлюють тенденцію до уникання контакту із медичною сферою, що згідно з якісними даними, стимулює особистість до усвідомлення власної смертності. У цьому контексті пояснюється гендерна відмінність, з огляду на спрямованість наративів чоловічої гендерної соціалізації проти визнання власної вразливості. Таким чином, екзистенційна напруга має компенсаторний зміст – оскільки формує мету зберегти власну сприйману цілісність та не зіткнутися з відчуттям свого обмеження, що відбувається через, уникнення та підвищення недовіри до конвенційної медицини та звернення до комплементарної та альтернативної медицини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A meta-analysis of the health action process approach / C.Q. Zhang et al. *Health Psychology*. 2019. Vol. 38. № 7. P. 623–637. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000728>.
2. Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4(1), 1-32.
3. Pickren, W., & Degni, S. (2012) A History of the Development of Health Psychology, In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology*, Oxford Library of Psychology (2011; online ed.). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0002>
4. Ahn, J., Kim, Y., & Jang, D. (2023). Physical activity intention-behaviour gap during the COVID-19 pandemic: the moderating role of motivation and health-belief. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2023.2168723>
5. Aibana, O., Dauria, E., Kiriazova, T., Makarenko, O., Bachmaha, M., Rybak, N., Flanigan, T. P., Petrenko, V., Becker, A. E., & Murray, M. B. (2020). Patients' perspectives of tuberculosis treatment challenges and barriers to treatment adherence in Ukraine: a qualitative study. *BMJ Open*, 10, Article e032027. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032027>
6. Al-Tarawneh, F., Ali, T., Al-Tarawneh, A., Altwalbeh, D., Gogazeh, E., Bdair, O., & Algaralleh, A. (2023). Study of Adherence Level and the Relationship Between Treatment Adherence, and Superstitious Thinking Related to Health Issues Among Chronic Disease Patients in Southern Jordan: Cross-Sectional Study. *Patient Preference and Adherence*, 17, 605–614. <https://doi.org/10.2147/PPA.S390997>
7. Alkhamaiseh, S. I., & Aljofan, M. (2020). Prevalence of use and reported side effects of herbal medicine among adults in Saudi Arabia. *Complementary Therapies in Medicine*, 48, Article 102255. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102255>

8. Akhtar, K., Akhtar, K., & Rahman, M. M. (2018). Use of alternative medicine is delaying health-seeking behaviour by Bangladeshi breast cancer patients. *Eur J Breast Health*, 14(3), 166–172. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3929>

9. Anyaegbunam, M. C., Omonijo, D. O., & Ogunwa, C. E. (2021). Exploring the Relationship Between Personality Traits and Superstitious Beliefs. *Journal of International Cooperation and Development*, 4(1), 60–79. <https://doi.org/10.36941/jicd-2021-0004>

10. Arora, I., White, S., & Mathews, R. (2023). Global Dietary and Herbal Supplement Use during COVID-19—A Scoping Review. *Nutrients* 2023, 15(3), Article 771. <https://doi.org/10.3390/nu15030771>

11. Atherton, O. E., Willroth, E. C., Graham, E. K., Luo, J., Mroczek, D. K., & Lewis-Thames, M. W. (2023). Rural–urban differences in personality traits and well-being in adulthood. *Journal of Personality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jopy.12818>

12. Balogh, L. C., Matthews, T. W., Schrag, C., & Elebro, K. A. (2021). Clinical outcomes of head and neck cancer patients who refuse curative therapy in pursuit of alternative medicine. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 6(5), 991–998. <https://doi.org/10.1002/lio2.636>

13. Berkman, E. T. (2018). Value-based choice: An integrative, neuroscience-informed model of health goals. *Psychology & Health*, 33(1), 40–57. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1316847>

14. Bogg, T., & Milad, E. (2020). Demographic, personality, and social cognition correlates of coronavirus guideline adherence in a U.S. sample. *Health Psychology*, 39(12), 1026–1036. <https://doi.org/10.1037/hea0000891>

15. Cao, J., Xia, T., Li, J., Zhang, Y., & Tang, S. (2009). A density-based method for adaptive lda model selection. *Neurocomputing*, 72(7–9), 1775–1781. <http://doi.org/10.1016/j.neucom.2008.06.011>

16. Cherkun, M. P. (2023). Factors influencing treatment noncompliance in hypertension management among rural and urban residents. *Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical*

Stomatological Academy, 23(2.1), 87–91. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.2.1.87>

17. Cloninger, C. R., Appleyard, J., Mezzich, J. E., Salloum, I., & Snaedal, J. (2021). Health is a Creative Adaptive Process: Implications for Improving Health Care and Reducing Burn-out Around the World. *World Medical Journal*, 67(3), 2–12. <http://bit.ly/46innLm>

18. Correa, J. B., Brandon, K. O., Meltzer, L. R., Hoehn, H. J., Piñeiro, B., Brandon, T. H., & Simmons, V. N. (2018). Electronic cigarette use among patients with cancer: Reasons for use, beliefs, and patient-provider communication. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1757–1764. <https://doi.org/10.1002/pon.4721>

19. Deveaud, R., SanJuan, É., & Bellot, P. (2014). Accurate and effective latent concept modeling for ad hoc information retrieval. *Document numérique*, 17(1), 61–84. <http://doi.org/10.3166/dn.17.1.61-84>

20. DeYoung, C. G. (2014). Openness/Intellect: A dimension of personality reflecting cognitive exploration. In M. L. Cooper & R. J. Larsen (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology: Personality processes and individual differences* (pp. 369–399). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14343-017>

21. DeYoung, C. G., Shamosh, N. A., Green, A. E., Braver, T. S., & Gray, J. R. (2009). Intellect as distinct from Openness: differences revealed by fMRI of working memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(5), 883–892. <https://doi.org/10.1037/a0016615>

22. Divine, A., Berry, T., Rodgers, W., & Hall, C. (2021). The relationship of self-efficacy, and explicit and implicit associations on the intention behaviour gap. *Journal of Physical Activity and Health*, 18(1), 29–36. <http://doi.org/10.1123/jpah.2019-0033>

23. Dovzhenko, V. A., Symonenko, L. I., & Ivaniuk, O. V. (2019). Problemy medychnoho obsluhovuvannia silskoho naseleattia v umovakh polityky detsentralizatsii vlady [Impact of decentralization on health care

services In rural areas]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, 9, 83–39. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2019.9.83>

24.Graeupner, D., & Coman, A. (2017). The dark side of meaning-making: How social exclusion leads to superstitious thinking. *Journal of Experimental Social Psychology*, 69, 218–222. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2016.10.003>

25.Grintsova, O., & Zaheer-Ud-Din, B. (2020). Access and use of medicines in Ukraine. In Zaheer-Ud-Din (Ed.), *Global Pharmaceutical Policy* (pp. 247–260). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-15-2724-1_9

26.Ishcheykina, Yu. O., Tkachenko, M. V., Babanina, M. Yu., Volchenko, H. V., & Kyrian, O. A. (2022). Adherence to treatment and psycho-emotional status in patients with psoriatic arthritis and comorbidity. *Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 22(3–4), 65–69. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.22.3.4.65>

27.Ismail, S. F., Daud, M., Jalil, J. A., Azmi, I. M. A. G., & Safuan, S. (2018). Protecting Consumers from Misleading Online Advertisement for Herbal and Traditional Medicines in Malaysia: Are the Laws Sufficient? In 2018 6th International Conference on Cyber and IT Service Management (CITSM). IEEE. <https://doi.org/10.1109/CITSM.2018.8674372>

28.Jaafar, Z., Ayoub, J., Hamadeh, R. et al. A triangulated perspective for understanding CAM use in Lebanon: a qualitative study. *BMC Complement Med Ther*, 22, Article 204 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03685-z>

29.Jach, H. K., & Smillie, L. D. (2021). Testing the Information-Seeking Theory of Openness/Intellect. *European Journal of Personality*, 35(1), 103–119. <https://doi.org/10.1002/per.2271>

30.Kazakov, S. S. (2023). Ekzystentsiini chynnyky prokrastynatsii turboty pro zdorovia: eksploratorne doslidzhennia [Existential determinants of health procrastination: an exploratory study]. *Habitus*, (49), 204–210. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.35>

31.Kazakov, S. S., & Yatsenko, N. V. (2023). Health neuroscience: Kultura intentsiino-povedinkovoho rozryvu [Health neuroscience: The intention-behaviour gap culture]. In I. V. Danilyuk et al. (Eds.), *Mozok, Kultura, Osobystist: materialy I Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu* (Kyiv, 23-24 lystopada) (pp. 43–46). Taras Shevchenko National University of Kyiv. <https://shorturl.at/ikI89>

32.Lenardt, M. H., Baran, F. D. P., Betiolli, S. E., Michel, T., Seima, M. D., & Barbiero, M. M. A. (2022). Cultural practices of health care and illness of elderly people descendants of Ukrainians. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, Article e20210305. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210305.en>

33.Liem, A., & Newcombe, P. A. (2020). Development of complementary and alternative medicine (CAM) education for clinical psychologists: an example from Indonesia. *International Journal of Mental Health*, 49(1), 17–34. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1680079>

34.Lu, J., Luo, M., Yee, A. Z. H., Sheldenkar, A., Lau, J., & Lwin, M. O. (2019). Do superstitious beliefs affect influenza vaccine uptake through shaping health beliefs?. *Vaccine*, 37(8), 1046–1052. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.01.017>

35.Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <http://doi.org/10.1177/1049732315617444>

36.Mandal, F. B. (2018). Superstitions: A culturally transmitted human behaviour. *International Journal of Psychology and Behavioural Sciences*, 8(4), 65–69. <http://doi.org/10.5923/j.ijpbs.20180804.02>

37.Martinek, S. (2019). Kontseptosfera zdorovia v ukrainskii movnii kartyni svitu [Conceptual domain of ZDOROVJA 'health' in Ukrainian linguistic picture of the world]. *Visnyk of the Lviv University. Series Philology*, (70), 234–247. <http://doi.org/10.30970/vpl.2019.70.9780>

38.Mattalia, G., Stryamets, N., Grygorovych, A., Pieroni, A., & Söukand, R. (2021). Borders as crossroads: The diverging routes of herbal knowledge

of Romanians living on the Romanian and Ukrainian sides of Bukovina. *Frontiers in pharmacology*, 11, Article 598390. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.598390>

39.Mazur-Skupowska, M., & Byrka, K. (2023). Compensatory health beliefs in women in the first, second and third trimester of pregnancy. *Health Psychology Report*. Advance online publication. <https://doi.org/10.5114/hpr/169474>

40.Miller, J., Wong, C., Rodrigues, J., Pudumjee, S., & Caldwell, J. K. (2023). B-37 Cognitive Aging in Rural Communities: Preliminary Characterization of Memory in a Community Cohort from Southern Nevada. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 38(7), 1401. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad067.243>

41.Morozova-Larina, O., Kazakov, S., & Halilova, M. (2021). Transformatsiia tsinnosti zdorovia v sytuatsii karantynnykh obmezhen [Impact COVID-19 quarantine on the value of health]. *Psychological Journal*, 7(7), 39–47. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7.4>

42.Rivero-Jiménez, B., Conde-Caballero, D., & Mariano-Juárez, L. (2020). Health and nutritional beliefs and practices among rural elderly population: an ethnographic study in Western Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), Article 5923. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165923>

43.Rowe, C. A., Sirois, F. M., Toussaint, L., Kohls, N., Nöfer, E., Offenbächer, M., & Hirsch, J. K. (2019). Health beliefs, attitudes, and health-related quality of life in persons with fibromyalgia: mediating role of treatment adherence. *Psychology, Health & Medicine*, 24(8), 962–977. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576913>

44.Seitz, R. J. (2022). Beliefs: A challenge in neuropsychological disorders. *Journal of Neuropsychology*, 16(1), 21-37. <https://doi.org/10.1111/jnp.12249>

45. Seitz, R. J., & Angel, H. F. (2020). Belief formation – A driving force for brain evolution. *Brain and Cognition*, 140, Article 105548. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2020.105548>

46. Seitz, R. J., Paloutzian, R. F., & Angel, H. F. (2019). Believing is representation mediated by the dopamine brain system. *European Journal of Neuroscience*, 49, 1212–1214. <https://doi.org/10.1111/ejn.14317>

47. Sundell, A. K., & Jönsson, A. K. (2016). Beliefs about medicines are strongly associated with medicine-use patterns among the general population. *International Journal of Clinical Practice*, 70(3), 277–285. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12781>

48. Taher, M., Pashaeypoor, S., Cheraghi, M. A., Karimy, M., & Hoseini, A. S. S. (2020). Superstition in health beliefs: Concept exploration and development. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(3), 1325–1330 https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_871_19

49. Tangkiatkumjai, M., Boardman, H., & Walker, D.-M. (2020). Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. *BMC Complement Med Ther*, 20, Article 363 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12906-020-03157-2>

50. Villar, M., & Carroll, J. J. (2023). Shifting Stigma: Why Ukrainian Health Care Workers Favor a High Barrier Treatment Modality for Tuberculosis. *Medicine Anthropology Theory*, 10(1), 1–26. <https://doi.org/10.17157/mat.10.1.6521>

51. Wahlberg, A. (2008). Above and beyond superstition – western herbal medicine and the decriminalizing of placebo. *History of the Human Sciences*, 21(1), 77–101. <https://doi.org/10.1177/0952695107086153>

52. Wardani, R. S., Schellack, N., Govender, T., Dhulap, A. N., Utami, P., Malve, V., & Wong, Y. C. (2023). Treatment of the common cold with herbs used in Ayurveda and Jamu: monograph review and the science of ginger, liquorice, turmeric and peppermint. *Drugs Context*, 12, Article 2023-2-12. <https://doi.org/10.7573/dic.2023-2-12>

53. Williamson, T. M., Rouleau, C. R., Aggarwal, S. G., Arena, R., & Campbell, T. S. (2020). Bridging the intention-behaviour gap for cardiac rehabilitation participation: the role of perceived barriers. *Disability and Rehabilitation*, 42(9), 1284–1291. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1524519>

54. Ziabina, Ye., Goncharova, K., & Lieonov, H. (2021). Analysis of Trends in the Development of Availability of Medical Services for Rural Population. *Health Economics and Management Review*, 2(4), 87–95. <https://doi.org/10.21272/hem.2021.4-09>

55. Wijetunge, W. A. D. S., Yusoff, S. K. B. M., Azam, S. F., & Tham, J. (2023). Bridging Intention-Behavior Gap through Implementation Intention: Conceptual Insight. *Int J Res Innov Soc Sci*, 7(11), 1627–1635. <https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2023.7011127>

56. de Bruin, M., Sheeran, P., Kok, G., Hiemstra, A., Prins, J. M., Hospers, H. J., & van Breukelen, G. J. (2012). Self-regulatory processes mediate the intention-behavior relation for adherence and exercise behaviors. *Health Psychol*, 31(6), 695–703. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027425>

57. Zhao, X., Dichtl, F. F., & Foran, H. M. (2022). Predicting smoking behavior: intention and future self-continuity among Austrians. *Psychol Health Med*, 27(5), 1042–1051. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1842898>

58. Downs, D. S., Graham, G. M., Yang, S., Bargainnier, S., & Vasil, J. (2006). Youth exercise intention and past exercise behavior: Examining the moderating influences of sex and meeting exercise recommendations. *Res Quart Exerc Sport*, 77(1), 91–99. <https://doi.org/10.1080/02701367.2006.10599335>

59. Conner, M., & Norman, P. (2022). Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Front Psychol*, 13, Article 923464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923464>

60. Kazakov, S. S. (2023). Ekzystentsiini chynnyky prokrastynatsii turboty pro zdorovia: eksploratorne doslidzhennia [Existential determinants of health

procrastination: an exploratory study]. *Habitus*, (49), 204–210. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.35>

61. McLeay, S. C., Harvey, W. M., Romaniuk, M. N. M., Crawford, D. H. G., Colquhoun, D. M., Young, R., Dwyer, M., O'Sullivan, R. A., Cooksley, G., Strakosch, C. R., Thompson, R. M., Voisey, J., & Lawford, B. R. (2017). Physical comorbidities of post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam War veterans. *Med J Aust*, 206(6), 251–257. <https://doi.org/10.5694/mja16.00935>

62. Rhodes, R. E., & de Bruijn, G. J. (2013). How big is the physical activity intention–behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *Brit J Health Psychol*, 18(2), 296–309. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12032>

63. Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–243). Hemisphere Publishing Corp.

64. Hruby, A., Lieberman, H. R., & Smith, T. J. (2021). Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *J Affect Disord*, 283, 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.029>

65. Williamson, T. M., Rouleau, C. R., Aggarwal, S. G., Arena, R., & Campbell, T. S. (2020). Bridging the intention-behavior gap for cardiac rehabilitation participation: the role of perceived barriers. *Disab Rehab*, 42(9), 1284–1291. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1524519>

66. Sharp, M. L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N., & Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidem Rev*, 37(1), 144–162. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxu012>

67. Kruk I. M., & Grygus I. M. (2022). Fizychna terapiia viiskovosluzhbovtiv z naslidkamy vohnepalnykh poranen [Physical therapy

of military personnel with the consequences of burnt injuries]. *Rehab Recreat*, (12), 44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6>

68.Combs, M. A., Critchfield, E. A., & Soble, J. R. (2018). Relax while you rehabilitate: A pilot study integrating a novel, yoga-based mindfulness group intervention into a residential military brain injury rehabilitation program. *Rehab Psychol*, 63(2), Article 182. <https://doi.org/10.1037/rep0000179>

69.Besemann, L. M., Hebert, J., Thompson, J. M., Cooper, R. A., Gupta, G., Brémault-Phillips, S., & Dentry, S. J. (2018). Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a bio-psychosocial-spiritual perspective. *Can J Surg*, 61(6 Suppl 1), Article S219. <https://doi.org/10.1503%2Fcjs.015318>

70.Remigio-Baker, R. A., Gregory, E., Cole, W. R. et al. (2020). Beliefs about the influence of rest during concussion recovery may predict activity and symptom progression within an active duty military population. *Arch Phys Med Rehab*, 101(7), 1204–1211. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.02.015>

71.Lin, N., & Roberts, K. R. (2017). Predicting and explaining behavioral intention and hand sanitizer use among US Army soldiers. *Amer J Infect Control*, 45(4), 396–400. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.11.008>

72.Madrigal, E., Gray, M., Timmerman, M. A., Orozco, T., Ripley, D. C., Adamson, M., & Harris, O. A. (2017). Health Coaching: A Preliminary Report on the Effects in Traumatic Brain Injury/Polytrauma Patients. *Integr Med Clinic J*, 16(6), Article 26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6438084/>

73.Dabovich, P. A., Elliott, J. A., & McFarlane, A. C. (2019). Individuate and separate: Values and identity re-development during rehabilitation and transition in the Australian Army. *Soc Sci Med*, 222, 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.012>

74. Rhodes, R. E. (2021). Multi-process action control in physical activity: a primer. *Front Psychol*, 12, Article 797484. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797484>

75. Bradley, E. H., McGraw, S. A., Curry, L., Buckser, A., King, K. L., Kasl, S. V., & Andersen, R. (2002). Expanding the Andersen model: The role of psychosocial factors in long-term care use. *Health Serv Res*, 37(5), 1221–1242. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01053>

76. Cao, J., Xia, T., Li, J., Zhang, Y., & Tang, S. (2009). A density-based method for adaptive lda model selection. *Neurocomputing*, 72(7–9), 1775–1781. <http://doi.org/10.1016/j.neucom.2008.06.011>

77. Deveaud, R., SanJuan, É., & Bellot, P. (2014). Accurate and effective latent concept modeling for ad hoc information retrieval. *Doc Num*, 17(1), 61–84. <http://doi.org/10.3166/dn.17.1.61-84>

78. Kazakov, S. (2023). Kontseptualizatsiia intentsiino-povedinkovoho rozryvu v terapevtychnomu protsesi [Conceptualization of the intentional-behavioral gap in therapeutic process]. In K. Malysheva, *Rehistry Stosunkiv: Zhyttia vsuperech – dali bude* (pp. 63–69). UUAP. <http://bit.ly/3UgU3Se>

79. Fluja-Contreras J. M., García-Palacios A., Gómez I. Technology in psychology: a bibliometric analysis of technology-based interventions in clinical and health psychology. *Informatics for Health and Social Care*. 2023. Vol. 48, No. 1. P. 47–67. <https://doi.org/10.1080/17538157.2022.2054343>

80. Taj F., Klein M. C., van Halteren A. Digital health behavior change technology: bibliometric and scoping review of two decades of research. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019. Vol. 7, No. 12. <https://doi.org/10.2196/2F13311>

81. Balaban G., Yildirim Ü. T., Esen M. F. Bibliometric analysis of psychology literature related to the COVID-19 pandemic. *Anatolian Journal of Health Research*. 2023. Vol. 4, No. 1. P. 17–24. <https://doi.org/10.29228/anatoljhr.68199>

82. Ho Y. S., Fu H. Z., McKay D. A bibliometric analysis of COVID-19 publications in the ten psychology-related Web of Science categories in the

social science citation index. *Journal of Clinical Psychology*. 2021. Vol. 77, No. 12. P. 2832–2848. <https://doi.org/10.1002/jclp.23227>

83. Publications in psychology related to the COVID-19: a bibliometric analysis / D. Zambrano et al. *Psicología desde el Caribe*. 2021. Vol. 38, No. 1. P. 11–28.

84. Peng Z. H., Yan Z. C. The status of projects funded in division of preventive medicine in National Natural Science Foundation of China from the financial year 2007-2021. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 2022. Vol. 56, No. 6. P. 852–860. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112150-20220309-00215>

85. Pathways to health: a framework for health-focused research and practice / N. L. Fleischer et al. *Emerg Themes Epidemiol*. 2006. Vol. 3, No. 18. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-3-18>

86. Global Research Trends on Infertility and Psychology From the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study / H. Zhu et al. *Frontiers in Endocrinology*. 2022. Vol. 13. URL: <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.889845>

87. Psycho-Oncology: A Bibliometric Review of the 100 Most-Cited Articles / S. Fox et al. *Healthcare*. 2021. Vol. 9, No. 8. P. 1008. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081008>

88. Children autism spectrum disorder and gut microbiota: A bibliometric and visual analysis from 2000 to 2023 / R. X. Gong et al. *Medicine*. 2023. Vol. 102, No. 52. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000036794>

89. Ambuehl B., Inauen J. Contextualized Measurement Scale adaptation: a 4-step tutorial for health psychology research. *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19, No. 19. P. 12775. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912775>

90. Diving below the surface: A framework for arctic health research to support thriving communities / K. Cueva et al. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2023. Vol. 51, No. 7. P. 1086–1095. <http://doi.org/10.1177/14034948211007694>

91. Humboldt-Dachroeden S., Rubin O., Frid-Nielsen S. S. The state of One Health research across disciplines and sectors—a bibliometric analysis. *One Health*. 2020. Vol. 10. P. 100146. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100146>

92. Nursing research literature production in terms of the scope of country and health determinants: A bibliometric study / P. Kokol et al. *Journal of Nursing Scholarship*. 2019. Vol. 51, No. 5. P. 590–598. <https://doi.org/10.1111/jnu.12500>

93. Ebadi A., Schiffauerova A. Bibliometric analysis of the impact of funding on scientific development of researchers. *International Journal of Computer and Information Engineering*. 2015. Vol. 9, No. 5. P. 1541–1551.

94. Public Health Policies for Youth-Bibliometric Study and Research Agenda based on the Web of Science / F. P. D. A. Bizarria et al. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022. Vol. 27. P. 3975. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.04812022>

95. Zych I., Quevedo-Blasco R. A decade of the International Journal of Clinical and Health Psychology (2001-2010). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011. Vol. 11, No. 3. P. 549–561.

96. Us Y., Gerulaitiene N. Bibliometric analysis of the global research landscape on healthcare resilience during critical events. *Forum Scientiae Oeconomia*. 2023. Vol. 11, No. 3. P. 159–188. https://doi.org/10.23762/FSO_VOL11_NO3_9

97. Global trends and future prospects of COVID-19 and physical activity: Bibliometric analysis / N. Toktaş et al. *Medicine*. 2023. Vol. 102, No. 39. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000035316>

98. The Use of Health Behavioral Theories in HIV/AIDS Research: A Bibliometric Analysis (Gap Research) / B. X. Tran et al. *AIDS Reviews*. 2019. Vol. 21, No. 2. <http://doi.org/10.24875/AIDSRev.19000062>

99. The Intersection of Health Literacy and Public Health: A Machine Learning-Enhanced Bibliometric Investigation / B. M. Tabak et al.

International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023. Vol. 20, No. 20. P. 6951. <https://doi.org/10.3390/ijerph20206951>

100. A bibliometric analysis of 47-years of research on public health in Peru / J. Sevillano-Jimenez et al. *Electronic Journal of General Medicine*. 2023. Vol. 20, No. 4. <https://doi.org/10.29333/ejgm/13103>

101. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines / N. Donthu et al. *Journal of Business Research*. 2021. Vol. 133. P. 285–296. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>

102. The effect of English-language restriction on systematic review-based meta-analyses: A systematic review of empirical studies / A. Morrison et al. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2012. Vol. 28. P. 138–144. <http://doi.org/10.1017/S0266462312000086>

103. Kazakov S. Research trends on health-related behaviours: a bibliometric analysis. *OSF* : web page. 29 Feb. 2024. osf.io/h4yf8

104. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews / M. J. Page et al. *BMJ*. 2021. Vol. 372, No. 71. <http://doi.org/10.1136/bmj.n71>

105. A meta-analysis of the health action process approach / C. Q. Zhang et al. *Health Psychology*. 2019. Vol. 38, No. 7. P. 623–637. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000728>

106. Goal prioritization and behavior change: Evaluation of an intervention for multiple health behaviors / M. Conner et al. *Health Psychology*. 2022. Vol. 41, No. 5. P. 356–365. <https://doi.org/10.1037/hea0001149>

107. Dismissing “Don’t Know” Responses to Perceived Risk Survey Items Threatens the Validity of Theoretical and Empirical Behavior-Change Research / E. A. Waters et al. *Perspectives on Psychological Science*. 2021. Vol. 17, No. 3. P. 841–851. <https://doi.org/10.1177/17456916211017860>

108. Development and validation of the personalized sexual health promotion (SexPro) HIV risk prediction model for men who have sex with

men in the United States / H. Scott et al. *AIDS and Behavior*. 2020. Vol. 24. P. 274–283. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02616-3>

109. Wu Y., Yang G., Meyers K. Acceptability, appropriateness, and preliminary effects of the PrEP diffusion training for lay HIV workers: increased PrEP knowledge, decreased stigma, and diffusion of innovation. *AIDS and Behavior*. 2021. Vol. 25. P. 3413–3424. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03248-2>

110. Robaina Castillo, J. I. (2022). Identifying promising research areas in health using bibliometric analysis. *Data and Metadata*, 1, 10. <https://doi.org/10.56294/dm202210>

111. Ambuehl, B., & Inauen, J. (2022). Contextualized Measurement Scale adaptation: a 4-step tutorial for health psychology research. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12775.

112. Engel, G. L. (1996). From biomedical to biopsychosocial: I. Being scientific in the human domain. *Families, Systems, & Health*, 14(4), 425.

113. Hama, H. H. (2017). State security, societal security, and human security. *Jadavpur Journal of International Relations*, 21(1), 1-19.

114. Chen, S., Zhang, K., & Sun, N. (2023, September). Study on the Design of the Traditional Chinese Medicine Fumigation System Based on Health Preservation Conforming to Seasons. In *Proceedings of the 2023 International Conference on Power, Communication, Computing and Networking Technologies* (pp. 1-9).

115. Ogden J. *Health Psychology*. 6th ed. New York : McGraw Hill, 2019. 504 p.

116. Мединський С., Карвацька Ю. Генеза наукових підходів до дефініції «здорів'язбереження». *Освітній простір України*. 2019. Том. 17 (2019). С. 159–170. DOI: <https://doi.org/10.15330/esu.1.159-170>.

117. Johnson, B. T., & Acabchuk, R. L. (2018). What are the keys to a longer, happier life? Answers from five decades of health psychology research. *Social Science & Medicine*, 196, 218-226.

118.Murray, M. (2014). Social history of health psychology: Context and textbooks. *Health Psychology Review*, 8(2), 215-237.

119.Li, Y., Pan, A., Wang, D. D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O. H., . . . Hu, F. B. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047

120.Tao, X., Hanif, H., Ahmed, H. H., & Ebrahim, N. A. (2021). Bibliometric analysis and visualization of academic procrastination. *Frontiers in psychology*, 12, 722332. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722332>

121.Silkane, V., & Austers, I. (2018). Health procrastination: The experience of 35-44 years old men. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 40, p. 02007). EDP Sciences. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184002007>

122.Codina, N., Valenzuela, R., Pestana, J. V., & Gonzalez-Conde, J. (2018). Relations between student procrastination and teaching styles: Autonomy-supportive and controlling. *Frontiers in psychology*, 9, 809.

123.Zhang, C.-Q., Zhang, R., Schwarzer, R., & Hagger, M. S. (2019). A meta-analysis of the health action process approach. *Health Psychology*, 38(7), 623-637. <https://doi.org/10.1037/hea0000728>

124.Andersen, R. 1995. "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: *Does it Matter?*" *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1): 1–10.

125.Bradley, E. H., McGraw, S. A., Curry, L., Buckser, A., King, K. L., Kasl, S. V., & Andersen, R. (2002). Expanding the Andersen model: The role of psychosocial factors in long-term care use. *Health services research*, 37(5), 1221-1242.

126.Olivier Uwishema, Bhavana Sujanamulk, Mortada Abbass, Rabih Fawaz, Amaan Javed, Khaled Aboudib, Ashraf Mahmoud, Adekunbi Oluyemisi, Helen Onyeaka, Russia-Ukraine conflict and COVID-19: a double burden for Ukraine's healthcare system and a concern for global citizens, *Postgraduate Medical Journal*, Volume 98, Issue 1162, August 2022, Pages 569–571, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2022-141895>

127. Jacob Y. Existential resilience and Covid-19. What existential coaching can offer. *Existentialism in Pandemic Times: Implications for Psychotherapists, Coaches and Organisations* / ed. by M. Hanaway. London, 2022. P. 110–124. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003255765-11>.

128. Morganstein JC, Bromet EJ, Shigemura J (2022). The neuropsychiatric aftermath of exposure to weapons of mass destruction: applying historical lessons to protect health during the war in Ukraine. *Psychological Medicine* 1–3. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002872>

129. Brief screening measures of mental health for war-related dysfunctional anxiety and negative persistent thinking <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100487>

130. Hall, D. L., Park, E. R., Cheung, T., Davis, R. B., & Yeh, G. Y. (2020). A pilot mind-body resiliency intervention targeting fear of recurrence among cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 137, 110215. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110215>.

131. Binnebesel, J. (2021). Fear of death in medical professionals and social workers. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 13(1). 228–234. <https://doi.org/10.5114/pm.2021.114387>.

132. Arredondo, A. Y., & Caparrós, B. (2019). Associations Between Existential Concerns and Adverse Experiences: A Systematic Review. *Journal of Humanistic Psychology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/0022167819846284>

133. Bussing A., Recchia D. R. (2016). Spiritual and non-spiritual needs among German soldiers and their relation to stress perception, PTSD symptoms, and life satisfaction: Results from a structural equation modeling approach. *Journal of Religious Health*, 55, 774-764.

134. The Relationships of the Five Existential Concerns with Depression and Existential Thinking
Madeline Kretschmer, B.A., B.Sc.² and Lance Storm, Ph.D

135. Hwang, P., Frisé, A., & Nilsson, B. (2018). Ungdomar och unga vuxna: utveckling och livsvillkor [Young people and young adults:

Development and living conditions] (1st ed.). Stockholm: Natur & Kultur [Nature & Culture]. DOI:10.1097/SPC.0000000000000324

136.Arredondo, A. Y., & Caparrós, B. (2019). Associations Between Existential Concerns and Adverse Experiences: A Systematic Review. *Journal of Humanistic Psychology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/0022167819846284>

137.The Power of Existential Anxiety in Shaping Perceptions Fagana S. Stone

138.Balogh, L., Tanaka, M., Török, N., Vécsei, L., & Taguchi, S. (2021). Crosstalk between existential phenomenological psychotherapy and neurological sciences in mood and anxiety disorders. *Biomedicines*, 9(4), 340. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9040340>.

139.Reed, D. E., Williamson, R. E., & Wickham, R. E. (2021). Memento Mori: understanding existential anxiety through the existential pathway model. *Journal of Theoretical Social Psychology*, 5(1), 14–25. <https://doi.org/10.1002/jts5.79>.

140.Cersosimo, G. (2019). Interaction and Symbolism in Health Care Systems. *Italian Sociological Review*, 9(2), 305–316. <https://doi.org/10.13136/isr.v9i2.282>.

141.Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-386.

142.The effect of English-language restriction on systematic review-based meta-analyses: A systematic review of empirical studies / A. Morrison et al. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2012. Vol. 28. P. 138–144. <http://doi.org/10.1017/S0266462312000086>

143.Kazakov S. Research trends on health-related behaviours: a bibliometric analysis. OSF : web page. 29 Feb. 2024. osf.io/h4yf8

144.Taj F., Klein M. C., van Halteren A. Digital health behavior change technology: bibliometric and scoping review of two decades of research. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019. Vol. 7, No. 12. <https://doi.org/10.2196/2F13311>

145. Rhodes, R. E. (2021). Multi-process action control in physical activity: a primer. *Frontiers in Psychology*, 12, 797484.

146. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews / M. J. Page et al. *BMJ*. 2021. Vol. 372, No. 71. <http://doi.org/10.1136/bmj.n71>

147. Gillison, F. B., Rouse, P., Standage, M., Sebire, S. J., & Ryan, R. M. (2019). A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behaviour change from a self-determination theory perspective. *Health psychology review*, 13(1), 110-130.

148. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines / N. Donthu et al. *Journal of Business Research*. 2021. Vol. 133. P. 285–296. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>

149. Rebar, A., and Rhodes, R. E. (2020). “Progression of motivation models in exercise science: where we have been and where we are heading.” in *Handbook of Sport Psychology*. 4th Edn. eds. Tenenbaum, G., and Eklund, R. C. (New York: John Wiley & Sons Inc.)

150. Fleischer, N.L., Weber, A.M., Gruber, S. et al. Pathways to health: a framework for health-focused research and practice. *Emerg Themes Epidemiol* 3, 18 (2006). <https://doi.org/10.1186/1742-7622-3-18>

151. Nazareth M, Richards J, Javalkar K, Haberman C, Zhong Y, Rak E, et al. Relating Health Locus of Control to Health Care Use, Adherence, and Transition Readiness Among Youths With Chronic Conditions, North Carolina, 2015. *Prev Chronic Dis* 2016;13:160046. DOI:

152. Quilling, E., Mielenbrink, V., Osterhoff, A., Terhorst, S., Tollmann, P., & Kruse, S. (2022). State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: A literature and database research (Scoping Review). *BMC Public Health*, 22(1), 301.

153. Detels, R. (Ed.). (2015). *Oxford textbook of global public health*. Oxford University Press, USA.

154. Zhu, H., Shi, L., Wang, R., Cui, L., Wang, J., Tang, M., ... & Xu, W. (2022). Global research trends on infertility and psychology from the past two

decades: a bibliometric and visualized study. *Frontiers in endocrinology*, 13, 889845.

155.Fox, S., Lynch, J., D'Alton, P., & Carr, A. (2021, August). *Psycho-Oncology: A Bibliometric Review of the 100 Most-Cited Articles*. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 8, p. 1008). MDPI.

156.Gong, X. R., You, X. R., Guo, M. R., Ding, X. Y., & Ma, B. X. (2023). Children autism spectrum disorder and gut microbiota: A bibliometric and visual analysis from 2000 to 2023. *Medicine*, 102(52), e36794.

157.Ambuehl, B., & Inauen, J. (2022). Contextualized Measurement Scale adaptation: a 4-step tutorial for health psychology research. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12775.

158.Cueva K, Rink E, Lavoie JG, et al. Diving below the surface: A framework for arctic health research to support thriving communities. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2023;51(7):1086-1095. doi:10.1177/14034948211007694

159.Humboldt-Dachroeden, S., Rubin, O., & Frid-Nielsen, S. S. (2020). The state of One Health research across disciplines and sectors—a bibliometric analysis. *One Health*, 10, 100146.

160.Kokol, P., Železnik, D., Završnik, J., & Blažun Vošner, H. (2019). Nursing research literature production in terms of the scope of country and health determinants: A bibliometric study. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 590-598.

161.Ebadi, A., & Schiffauerova, A. (2015). Bibliometric analysis of the impact of funding on scientific development of researchers. *International Journal of Computer and Information Engineering*, 9(5), 1541-1551.

162.Bizarria, F. P. D. A., Figueredo, I. B., Cavalcante, S. D. N., Silva, E. J. D. D., & Barbosa, F. L. S. (2022). Public Health Policies for Youth-Bibliometric Study and Research Agenda based on the Web of Science. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3975-3985.

163.Zych, I., & Quevedo-Blasco, R. (2011). A decade of the International Journal of Clinical and Health Psychology (2001-2010). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 549-561.

164.Us, Y., & Gerulaitiene, N. (2023). Bibliometric analysis of the global research landscape on healthcare resilience during critical events. In *Forum Scientiae Oeconomia* (Vol. 11, No. 3, pp. 159-188). Wyższa Szkoła Biznesu.

165.Toktaş, N., Köse, E., Lapa, T. Y., Kaas, E. T., Yücel, A. S., & Derman, S. (2023). Global trends and future prospects of COVID-19 and physical activity: Bibliometric analysis. *Medicine*, 102(39), e35316.

166.Tran, B. X., Do, H. P., Hall, B., Latkin, C. A., Nguyen, T. Q., Nguyen, C. T., ... & Ho, R. (2019). The Use of Health Behavioral Theories in HIV/AIDS Research: A Bibliometric Analysis (Gap Research). *Aids Reviews*, 21(2).

167.Tabak, B. M., Froner, M. B., Corrêa, R., & Silva, T. C. (2023). The Intersection of Health Literacy and Public Health: A Machine Learning-Enhanced Bibliometric Investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 6951.

168.Sevillano-Jimenez, J., Carrión-Chambilla, M., Espinoza-Lecca, E., Mori-Quispe, E., Contreras-Pulache, H., & Moya-Salazar, J. (2023). A bibliometric analysis of 47-years of research on public health in Peru. *Electronic Journal of General Medicine*, 20(4).

169.Kazakov, S. (2023). Health procrastination and the search for meaning: exploring the existential roots of health behavior. In I. Danyliuk & S. Paschenko. (Eds.), *PPMSRPR* (pp. 284–287). Lira-K. [https://doi.org/15.15832/PPMSRPR.2023.20\(21\)](https://doi.org/15.15832/PPMSRPR.2023.20(21))

170.Porter, D. (2005). *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Routledge.

171.Peppia, M., John Edmunds, W., & Funk, S. (2017). Disease severity determines health-seeking behaviour amongst individuals with influenza-like illness in an internet-based cohort. *BMC infectious diseases*, 17.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опис методології бібліометричного аналізу

Пошук обмежено записами щодо англomовних статей, що опубліковано у відкритому доступі в проміжку від 2018 до 2023 року, включно, за предметною галуззю психології (табл. А1).

Таблиця А1

Набір ключових слів сформований за результатами нарративного огляду

Категорія	Запит	Ключові слова
Здоров'я	health*	health, health care*, health status, health-seeking, health intervention, subjective health, public health, health policy, health services.
Поведінка	behav*	health behaviour, health behavior, behaviour change, behavior change, exercise, physical activity, diet, decision making, sexual behavior, self-regulation behavior, self care, eating, delay, dilatory.
Переконання	belie*	health belief, Health Belief Model, belief bias, belief system, believe, belief-value, belief nets, beliefs in nursing, perception, patient acceptance of health care, awareness, cognition, intention.
Ставлення	attitude	attitude to health, attitude of health personnel, health attitude, health personnel attitude, patient attitude.
Зміцнення	promot*	health promotion, health education, health knowledge, patient education, health literacy, medical information, prevention, life style.

Виключено публікації авторів афілійованих у російській федерації та записи, що містять ключові фрази children, behaviour health та mental (mental health, mental health service, mental disease, mental disorder, mental stress та ін.). Хоча в дослідженні використано записи щодо англomовних матеріалів, можемо погодитися із висновками Morrison та ін. щодо

відсутності суттєвого впливу цього обмеження на висновки досліджень (Morrison et al., 2012).

За відповідним запитом було отримано 5055 записів (див. рис. A1). Відповідну бібліографічну інформацію завантажено у форматі csv; необроблені дані доступні за посиланням у переліку джерел публікації (Kazakov, 2024).

ДОДАТОК А (продовження)

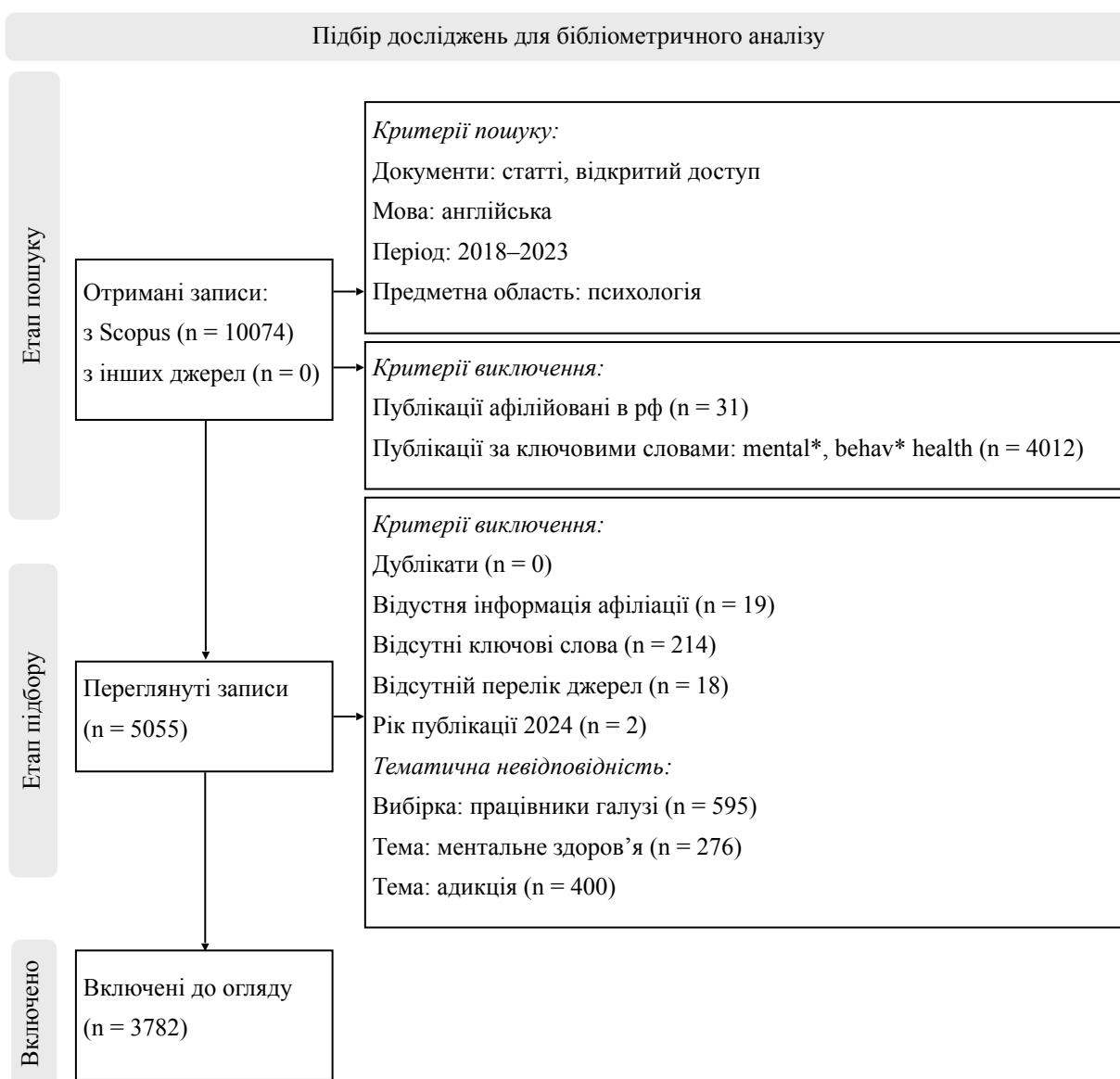


Рис. A1. Блок-схема підбору досліджень за PRISMA (Page et al., 2021).

Пошуковий запит використаний у роботі: *KEY(health* AND (behav* OR attitude OR belie* OR promot* OR "intention-behavior gap") AND NOT*

mental AND NOT children AND NOT "behavior health") AND PUBYEAR > 2017 AND PUBYEAR < 2024 AND (LIMIT-TO (OA,"all")) AND (EXCLUDE (AFFILCOUNTRY,"Russian Federation")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"PSYC")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English")).* В аналізованому масиві даних не визначено дублікатів та неповних записів, що не містять значущих для аналізу даних.

**Візуалізація результатів бібліометричного аналізу
продуктивності та співпраці науковців на засновку країн**

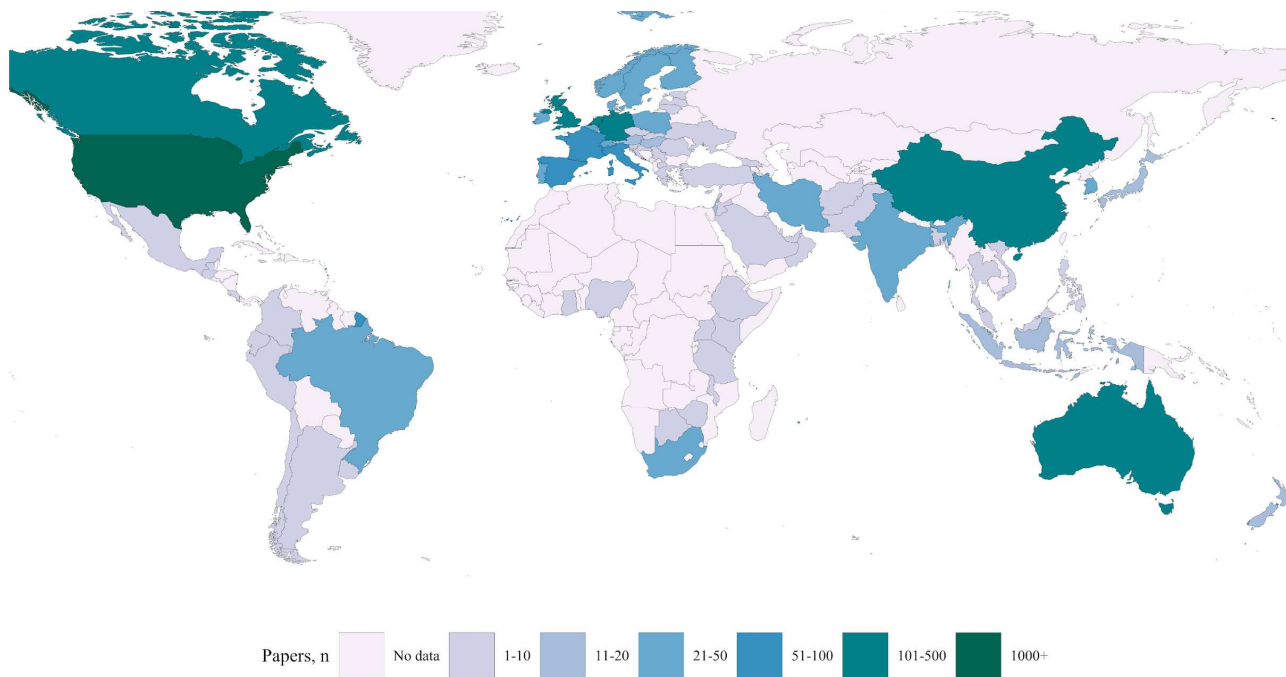


Рис. Б1. Візуалізація кількості публікацій між країнами світу

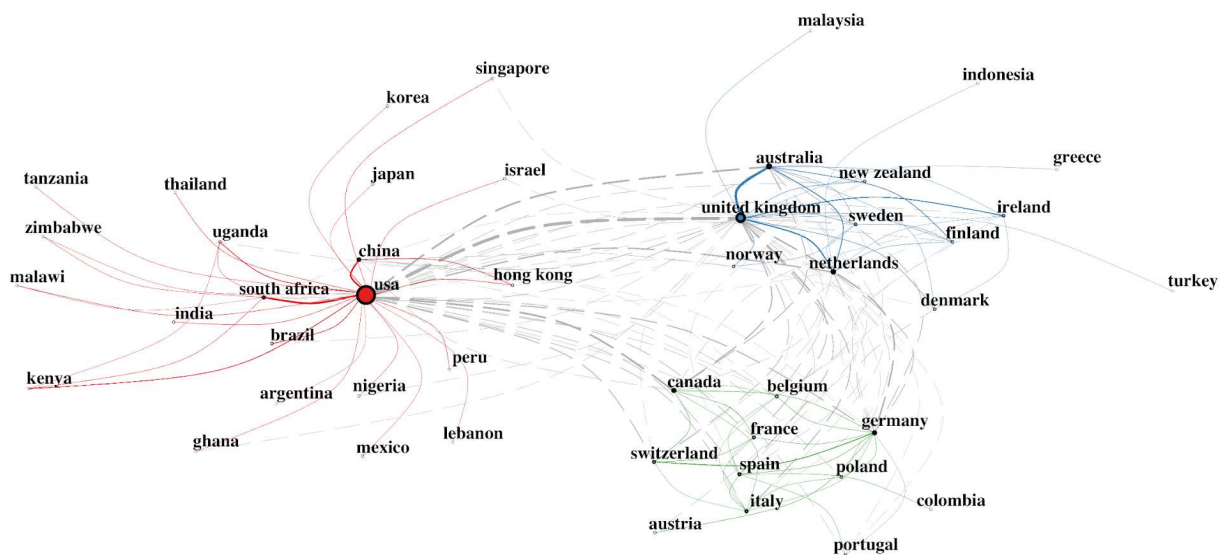


Рис. Б2. Візуалізація мережі міжнародної наукової співпраці

План напівструктурованого інтерв'ю пошукового дослідження

№1

Питання	Рефлексія
Етап 1. Вступ: установлення рапорту, збір даних анамнезу (5 хв.).	
- Чи можете розказати трохи про себе? - Як давно хворієте? - Як почуваетесь?	Оцінювання стилю мовлення, кінесики та такесики, суміжних невербальних ознак.
Етап 2. Переконання: розкриття ставлення до категорій «здоров'я», «медицина» (10 хв.).	
- Як Ви вважаєте, чому Ви захворіли?	Пошук закономірностей та розбіжностей.
- Як до Вас ставляться лікарі? - Що Ви б покращили в лікарні/методах лікування?	Екстернальна позиція фокалізації для збереження рапорту; парафразування.
Етап 3. Чинники: визначення інтернальних та екстернальних чинників (20 хв.).	
- Важко отримати медичну допомогу? - Дорого проходити лікування? - Як Ваша сім'я ставиться до лікування? - Як ставляться мешканці району до лікарів?	Актуалізація обговорення альтернативи лікуванню – профілактики захворювань; оцінювання екстернальних факторів.
- Що заважає піклуватися про здоров'я? - Які у Вас є звички? - Чи відчуваєте Ви, що контролюєте власне тіло? - Чи допомагає Вам Бог одужувати?	Визначення пріоритетів у ціннісних орієнтирах; конфронтація латентних тем; оцінювання інтернальних факторів.
Етап 4. Прокрастинація: оцінка впливу екзистенційного дотичного досвіду (5 хв.).	
- Як змінилося лікування з Вашого досвіду з моменту повномасштабного вторгнення? - Вам легше чи важче прийняти рішення звернутися до лікаря, коли ви (це) відчуваєте?	Пошук закономірностей та розбіжностей із попередніми відповідями; увага до психоемоційного навантаження; виокремлення ключових тем напруги.
Етап 5. Завершення: оцінювання драйвів та тригерів, рекапітуляція (5 хв.).	
- В який момент Ви розумієте, що час звернутися по допомогу до лікаря?	Актуалізація ресурсів респондента.
- Як Ви почуваетесь? - Чи є щось, чим би Ви ще хотіли поділитися?	Висловлення вдячності, сприяння культурі залученості до досліджень.

Бланк інформованої згоди пошукового дослідження №2**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА**

учасниці наукового дослідження

Назва дослідження: Місцеві переконання щодо здоров'я: Лікування травами у с. Селещина

Автор: Станіслав КАЗАКОВ, аспірант катедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка

1. НАВІЩО ПРОВОДИТЬСЯ ЦЕ ДОСЛІДЖЕННЯ?

Дослідники прагнуть зрозуміти яке місце займає місцева традиція лікування травами у практиках турботи про здоров'я населення. Ваша участь принесе користь фахівцям галузі, а результати дослідження можуть сприяти вирішенню проблеми несвоєчасного звернення по медичну допомогу та нездорового способу життя населення України.

2. ЩО МЕНЕ ПОПРОСЯТЬ РОБИТИ ЯКЩО Я ПОГОДЖУСЬ ДОЛУЧИТИСЬ?

Один із наших дослідників, проведе з Вами інтерв'ю у зручних для Вас умовах. Вам будуть задавати питання щодо Вашого досвіду лікування травами та досвіду Ваших односельчан. Під час інтерв'ю буде відбуватися аудіозапис для точного збереження деталей цієї розмови. Якщо Ви не

бажаєте щоб було проведено запис розмови, **Ви можете відмовитися від участі у дослідженні. Запис є необхідною умовою для цього інтерв'ю.**

3. ЧИ ПЕРЕДБАЧЕНА ОПЛАТА ЗА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ?

Наше дослідження не має джерел фінансування, тож **Ваша участь не оплачується.**

4. ЯК БУДЕ ВИКОРИСТОВУВАТИСЯ ТА ЗБЕРІГАТИСЯ ЗАПИС РОЗМОВИ?

Аудіозапис, а також текстовий запис змісту інтерв'ю зберігатиметься у захищеному хмарному сховищі, доступ до якого матиме лише дослідницька група. Ваше ім'я чи особиста інформація буде вилучена з цих матеріалів. Дані будуть використані виключно для наукових та освітніх цілей, а саме: підготовки статей для фахових журналів, доповідей на конференціях. Окремі фрази з розмови можуть цитуватися у публікаціях чи під час виступів з обов'язковим видаленням Ваших особистих даних. **Ви вільно можете відмовитися від цитування Ваших слів у наукових роботах.**

5. ЯКІ РИЗИКИ УЧАСТІ В ДОСЛІДЖЕННІ?

Дослідження має мінімальний ризик: не більше, ніж під час щоденної діяльності. Ви можете відчувати певний дискомфорт, згадуючи свій досвід лікування чи обговорюючи стан здоров'я. Пам'ятайте: **Ви**

можете зупинити інтерв'ю у будь-який момент. Крім того, Ви можете відмовитися відповідати на окремі запитання, якщо забажаєте.

1. Я надаю згоду на участь у дослідженні та бажаю пройти 1 (одне) інтерв'ю.	ТАК	НІ
2. Я надаю згоду на аудіозапис інтерв'ю та аналіз цих матеріалів.	ТАК	НІ
3. Я даю згоду на публікацію результатів дослідження, за умови, що моє ім'я та особиста інформація не буде висвітлюватися.	ТАК	НІ
4. Я погоджуюсь щоб мої слова цитували у публікації за умови, що моє ім'я та особиста інформація не буде висвітлюватися.	ТАК	НІ
5. Я бажаю переглянути нотатки та цитування перед публікацією та оприлюдненням.	ТАК	НІ

15.12.2023

Підпис

Результати аналізу косинусної відстані та дивергенції для визначення оптимальної кількості тем пошукових досліджень №2 та №3



Рис. E1. Візуалізація індексів пошукового дослідження №1

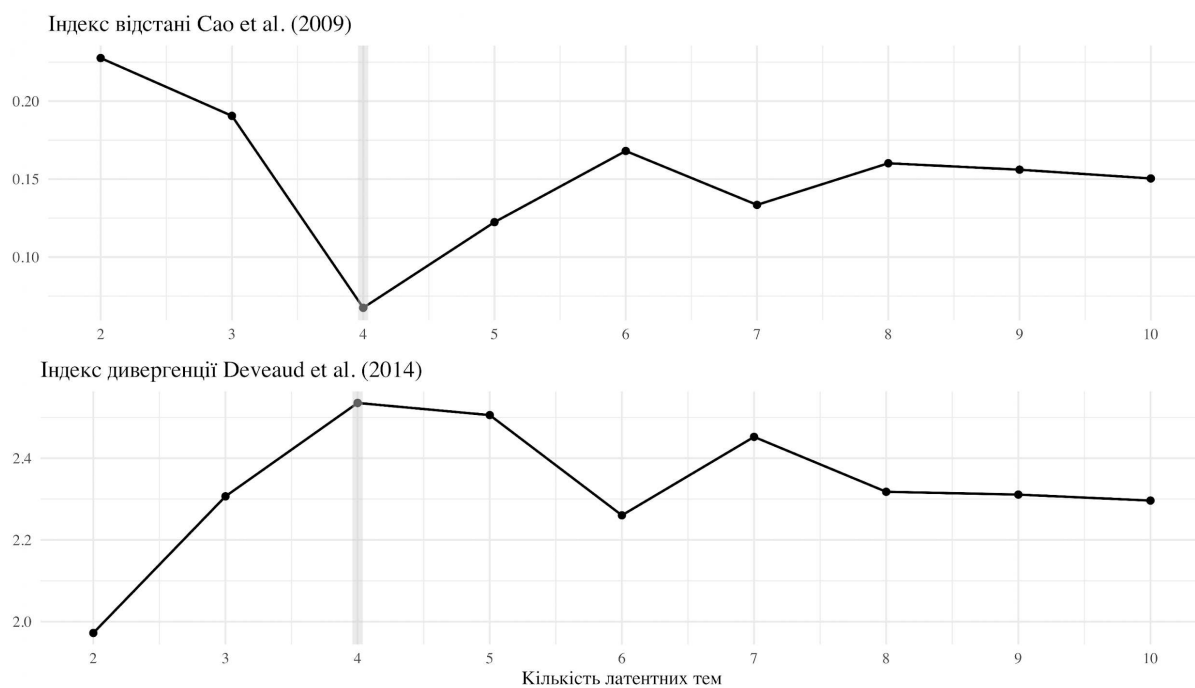


Рис. E2. Візуалізація індексів пошукового дослідження №2