

## ЕКЗИСТЕНЦІЙНІ ЧИННИКИ ПРОКРАСТИНАЦІЇ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я: ЕКСПЛОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

### EXISTENTIAL DETERMINANTS OF HEALTH PROCRASTINATION: AN EXPLORATORY STUDY

*У статті розглянуто проблему прокрастинації турботи про здоров'я як поведінкового вияву дисгармонійного ставлення до здоров'я. Тема дослідження зумовлена тенденцією до прокрастинації здоров'язбережувальних дій серед громадян України, що посилюється реаліями воєнного часу. Представлено результати експлораторного дослідження чинників, що визначають переконання та поведінку особистості в контексті звернення за медичною допомогою. Окрім того, надано концептуалізацію прокрастинації, встановлюючи структуру, що розрізняє відтермінування, орієнтоване на профілактику, діагностику та лікування. Послугуючись змішаним дизайном дослідження, надано вичерпну характеристику екзистенційного досвіду воєнного часу клінічної та неклінічної вибірки. Об'єднано якісний аналіз матеріалів напівструктурованих інтерв'ю та опрацювання кількісних даних, отриманих за допомогою психологічного опитування. Попередньо обґрунтовано характер зв'язків між екзистенційним досвідом та схильністю особистості до відтермінування турботи про здоров'я, поширеним, але недостатньо висвітленим явищем в українській психології здоров'я. Послугуючись екзистенційно-феноменологічною концептуальною моделлю, визначено зумовленість прийняття рішення та дій щодо здоров'я досвідом контакту особистості з екзистенційними фактами. Зокрема, усвідомлення смерті та смертності виокремлено як медіатор сприйняття вразливості здоров'я, зменшуючи прокрастинацію в одних респондентів і посилюючи поведінку уникнення в інших. Подібним чином конфронтація з екзистенційною свободою та пов'язаним із нею тягарем вибору парадоксальним чином сприяє як проактивній поведінці щодо здоров'я, так і уникаючій. З іншого боку, екзистенційні переживання ізоляції та безглуздості, як правило, посилюють прокрастинацію турботи про здоров'я. Ризик несвоєчасного звернення вищий за недостатньої сформованості соціальних мереж підтримки особистості або вираженого сприйманого браку життєвого сенсу.*

**Ключові слова:** ставлення до здоров'я, турбота про здоров'я, прокрастинація турботи про здоров'я, екзистенційний досвід, феноменологічний підхід, воєнний період.

*The paper investigates the issue of health procrastination as a behavioral manifestation of a discordant health beliefs. The research topic was determined by the tendency of Ukrainian citizens to postpone health-saving actions, which is exacerbated by the realities of wartime. This paper presents the findings of an exploratory study on the factors influencing individual beliefs and behavior when seeking medical care. A conceptualization of procrastination is also provided, establishing a framework that differentiates between prevention-oriented, diagnosis-oriented, and treatment-oriented procrastination forms. The study employs a mixed research design to provide a comprehensive description of the wartime existential experience based on a clinical and non-clinical sample. The research combines semi-structured qualitative interviews with quantitative data from a psychological survey. The preliminary nature of the relationship between existential experience and the individual's tendency to postpone health care, a common but understudied phenomenon in Ukrainian health psychology, is established.*

*The conditionality of health-related decision-making and actions is determined by the experience of personal contact with givens of existence, according to the existential-phenomenological conceptual model. Awareness of death and mortality, in particular, has been identified as a mediator of perceived health vulnerability, with some respondents lowering procrastination and others increasing postponement. Confronting existential freedom and the responsibility of choice that comes with it promotes both proactive and avoidant health behavior. On the other hand, existential experience of isolation and meaninglessness tend to promote health procrastination. Individuals with insufficiently built social networks of personal support or a noticeable perceived lack of meanings are more likely to delay health-saving actions.*

**Key words:** health beliefs, health behavior, health procrastination, self-regulation, existential experience, phenomenological approach, wartime.

УДК 159.9-042.3::613.8-056.2  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.35>

**Казаків С.С.**

аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

**Постановка проблеми.** Забезпечення належної якості медичної допомоги в умовах повномасштабної війни постає гострою суспільною проблемою. Зокрема, результативність інтервенцій фахівців галузі охорони здоров'я визначається психологічною готов-

ністю суспільства до реалізації необхідних дій, мірою «суспільного комплаєнсу» – загального позитивного погляду на медицину та своєчасного звернення до фахівців означеної галузі. У попередньому дослідженні встановлено зростаючу тенденцію до прокрастинації (health

procrastination) необхідних для турботи про здоров'я дій [1]. Відтермінування є відображенням наріжної проблеми у царині психології здоров'я – інтенційно-поведінкового розриву (intentional-behavioral gap). Окрім того, наступність епідемії COVID-19 та повномасштабного вторгнення окупаційних військ збільшує цей розрив, дестабілізуючи інститут соціальної захищеності людини [2]. Прокрастинація звернення за медичною допомогою закономірно є суттєвим лімітуючим чинником щодо ефективності необхідних лікувальних та реабілітаційних утручань. Водночас деталізація детермінант переконань та поведінки, пов'язаних зі здоров'ям, слугуватиме основою для зміцнення внутрішнього аспекту соціальної безпеки та подолання «проблеми розриву».

Зокрема, у статті розглянуто категорію екзистенційних переживань як підґрунтя для формування дезадаптивних переконань, що перешкоджають турботі про здоров'я осіб із соматичними розладами. 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 [3]. Перегляд соціокультурних стандартів у відповідь на реалії їх повного знищення діяльністю ворога спонукає до конструювання нових епістемологічних систем. Означені трансформації стосуються уявлення про особистість не лише як ідеальне, а й як 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. У цій статті висвітлено екзистенційний складник процесу прокрастинації турботи про здоров'я як перспективи для укріплення мережі надання медичної допомоги.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Зазначимо, що парасольковий термін «турбота про здоров'я» нині втілюється переважно в поняттях переконань щодо здоров'я (health beliefs) та поведінки (health behavior), спрямованої на збереження чи відновлення належного рівня здоров'я [4]. У представленій статті категорія «ставлення до здоров'я» позначає площину переконань, тобто інтенційний рівень аналізу в психології здоров'я. Тоді як поняття «турбота про здоров'я» відображає саме дії, що стосуються лікувальних чи профілактичних заходів, утілюючи поведінковий рівень аналізу. Власне, конструкт здоров'я передбачає окрему деталізацію, що висвітлено у відповідних фахових роботах [5; 6]. Окремо варто зазначити, що з огляду на багатоаспектність означеної категорії психології здоров'я, у пропонуваній роботі представлено дослідження

операційного етапу – звернення. Деталізація щодо формування адгеренсу та самостійної турботи про здоров'я є перспективним напрямом подальшої дослідницької діяльності, що нині розвивається в суміжних напрямках [7; 8].

Представленість категорії турботи про здоров'я в актуальних публікаціях підтверджує реалізованість біопсихосоціальної концептуалізації в медичній практиці [9]. Незважаючи на тенденцію до творення порізаних моделей, що відображають етіологію конкретних захворювань, увага до поведінкового компоненту та загальна схильність до «психологізації» лікувального процесу сьогодні є характерними векторами галузі охорони здоров'я [10]. Відповідно, додаткове розроблення, орієнтоване на суб'єктивні чинники, є доцільним методом підвищення результативності втручань.

Сьогодні дослідження власне української наукової спільноти в напрямі психології здоров'я втілено переважно в педагогічному та психолого-педагогічному підходах як необхідний складник ціннісного розвитку особистості [11; 12]. Поряд із тим поступово розвивається соціально-педагогічний дискурс цінності здоров'я [13; 14]. Психологічні розвідки мають описовий характер та надають ширший контекст для диференційованого пізнання категорії ставлення до здоров'я [15; 16]. Водночас бракує системотворчого підходу, що визначатиме вектор подальших досліджень та стратегію імплементації знахідок.

Постановка завдання. Представлене дослідження спрямоване на виокремлення екзистенційних чинників переконань щодо здоров'я та поведінки, спрямованої на турботу про здоров'я. Означені категорії в подальшому буде перевірено, послуговуючись передбачувальними моделями. Завданням є саме ідентифікація значущих для особистості конструктів, що формують її досвід звернення до фахівців галузі охорони здоров'я. Відповідно, сформульовано такі дослідницькі питання:

RQ1: Який дотичний до реалій звернення за медичною допомогою 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 з виокремлених тем екзистенційного досвіду на прокрастинацію турботи про здоров'я?

Методологія. З огляду на експлораторну спрямованість, реалізовано змішаний дизайн дослідження, що послуговується суб'єктивним діагностичним підходом. Респонденти долучилися до психологічного опитування за методикою «Види екзистенційної тривоги» ван Брюггена в поданні чотирифакторної моделі В. Кучини [17]. Також проведено низку індивідуальних інтерв'ю за відповідним планом (табл. 1).

**План напівструктурованого інтерв'ю**

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. Переконавання: розкриття ставлення до категорій «здоров'я», «медицина» (10 хв.).	
- Як уважаєте, 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 чинників.
- 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 чинників.
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.

Джерело: авторська розробка

Організовано очні сесії зручною для респондента мовою. За згодою учасників відбувся аудіозапис. Аудіоматеріали дослівно розшифровано та перекладено українською мовою за необхідності для подальшого тематичного та контент-аналізу. Отримані дані зменшено до керованого порядкового представлення для зіставлення з результатами психологічного опитування. Статистичний аналіз утілено, послуговуючись програмним забезпеченням RStudio. Застосовано методи дескриптивної статистики для формування екзистенційного профілю респондентів та інтерференціальної статистики, необхідні для формулювання прогностичних висновків.

Клінічна вибірка (51 респондент) сформована за стратометричною стратегією 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. Селективною умовою

слугував критерій здоров'я: респонденти не перебували на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні впродовж пів року до моменту інтерв'ю та не мали відповідних скарг.

Результати. Передусім реалізовано пошукове завдання дослідження. Послуговуючись методом тематичного аналізу для опрацювання отриманих якісних даних, визначено ключові теми та підтеми, що потенційно можуть відобразити чинники формування особистісного ставлення до здоров'я та поведінки, спрямованої на турботу про здоров'я (табл. 2).

Загалом чинники відповідають чинній моделі процесуального підходу до турботи про здоров'я (Health action process approach, НАРА), відображаючи контекст переривання інтенційно-поведінкового переключення [18]. Розрив актуалізується на етапі формування первинної мотивації, що частіше має соціокультурний генезис, але також і за вольової фази, де розгортається внесок кожної з категорій. Зокрема, узагальним 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

Таблиця 2

**Сприйнятті респондентами чинники звернення за медичною допомогою**

Категорія	Підкатегорія	Зразок формулювання
Біологічні чинники	Хворобливість	«...я постійно хворію, саме пройде»
	Пластичність	«...треба відволікатись, їхати в лікарню»
	Нейротизм	«...страшно захворіти»
Екзистенційні чинники	Смерть	«...так і жити перехочеться»
	Ізоляція	«Буду там одна лежать, краще вдома»
	Свобода	«...не хочу цим усім займатися знову»
	Втрата сенсу	«Якщо помиратиму, то нашо вже йти»
	Тривога	«Ой, мені там просто дуже не по собі»
Психологічні чинники	Локус контролю	«Хочу бути здоровою»
	Соціальна залученість	«Тут зі мною хоч побалакають».
Соціокультурні чинники	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»
Чинники доступності	Фінансова доступність	«Ну, на зарплату ліки оплатити важко...»
	Територіальна доступність	«...їхати до лікарні просто нічим»
	Психологічна доступність	«...будуть розказувати, який я не такий»

Джерело: складено автором за результатами тематичного аналізу

та планування подолання, зумовлюючи 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. Зокрема, необхідним є врахування аспектів ставлення респондентів до означених категорії. 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 (рис. 1).

Додатково зауважимо, що на етапі оцінювання стенограм визначено важливе обмеження обраного підходу – інтенційність плану інтерв'ю, що початково передбачає диференціацію екстернальних та інтернальних чинників, 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 змістовними, з огляду на кількість отриманих даних. Відповідно, постає необхідність розроблення методології, що матиме більш проєктивний характер та не зумовлюватиме втрату інформації в подальших розвідках. Проте, незважаючи 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 (рис. 2).

Відповідно, вирішено перше дослідницьке питання (RQ<sub>1</sub>), експлораторне розгортання екзистенційного досвіду як складника прийняття рішення щодо звернення до фахівців галузі охорони здоров'я є доцільним. Необхідним етапом є конфірматорне випробування пояснювальної моделі, з огляду на виражену диспропорцію в наведених результатах. 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 (1-шкали в представленій таблиці) та стандартизованих показників (Q-шкали) за опитувальником у поданні Кучини (табл. 3).

Ранговий тест Вілкоксона був вибраний як метод аналізу з огляду на ординальний характер даних. Зауважимо, що, оскільки



Рис. 1. Диференціація типів прокрастинації турботи про здоров'я за екзистенційним профілем прагнення уникнення здоров'язбережувальних дій

Джерело: складено автором за результатами групування даних

перевірено значущість відмінностей середніх рангів сукупності, узагальнення, що надано, послугуючись значеннями медіан, не придатні для екстраполяції. За результатами діагностики можемо відзначити характерну узгодженість між категоріями ізоляції та свободи, що актуалізовано учасниками інтерв'ю

( $p > 0.05$ ). Проте відповідність між суб'єктивною оцінкою екзистенційного переживання під час інтерв'ювання та опитування зберігається не повною мірою ( $RQ_2$ ). Спосіб збору даних, ймовірно, зумовлює міру саморозкриття респондентів щодо екзистенційного переживання конфронтації смерті та втрати сенсу ( $p < 0.05$ ).

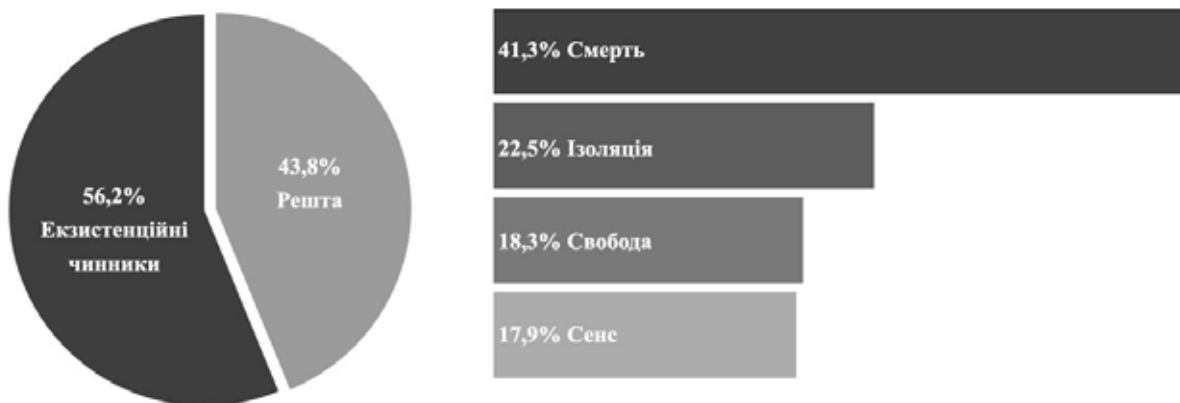


Рис. 2. Розподіл представленості екзистенційних категорій, дотичних до досвіду звернення за медичною допомогою респондентів

Джерело: складено автором за результатами контент-аналізу

Таблиця 3

Результати зіставлення оцінок, отриманих двома методами збору даних

Scale	Median (Q-шкала)	Median (I-шкала)	Test statistics	p-value
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

Джерело: складено автором за результатами рангового тесту

На противагу попередньо наведені результати щодо тотожності суб'єктивної напруги ізольованості 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 противагу 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 опрестення екзистенційної дилеми смертності (5.7 та 4.6 відповідно), тоді як гомеостатична тенденція – щодо збереження цілісності епістемологічної моделі світу – забезпечує особистість від безсенсовності поза цим контекстом (4.3 та 3.2 відповідно).

Істотність смертності та безсенсовності не узалежнена стандартом соціально-психологічної реальності. Тож можемо припустити, що їх 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 конфірмаційний аналіз 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 уможливило узгодження визначених категорій. Власне, прийняття рішень у вольовій фазі зумовлене досвідом контакту з екзистенційними фактами. Зокрема, усвідомлення смерті та смертності, про що свідчать попередні результати, є меді-

атором 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 вчинковості 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). Окрім 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 обмежувачими чинниками.

**Висновки.** 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 *his 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 відрізнятися. Зновтакі 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 унікаючої поведінки, варто розглядати як необхідну основу для подальшого дослідження. Розкриття напруги, зумовленої

буттєвою обмеженістю особистості, може слугувати основою для сприяння проактивної турботи про здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Морозова-Ларіна О., Казаков С., Халілова М. Трансформація цінності здоров'я в ситуації карантинних обмежень. *Психологічний журнал*. 2021. Т. 7. №. 7(2021). С. 39–47. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7.4>.
2. Varnalii Z., Cheberyako O., Bazhenova O., Miedviedkova N., Plieshakova N. Formation of Ukrainian state policy for ensuring human social security under the war. *Business and management : Proceedings of the 12th International Conference, May 12–13, 2022*. Vilnius : Vilnius Gediminas Technical University, 2022. P. 937–945. DOI: <https://doi.org/10.3846/bm.2022.833>.
3. 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>.
4. Ogden J. *Health Psychology*. 6th ed. New York : McGraw Hill, 2019. 504 p.
5. Мединський С., Карвацька Ю. Генеза наукових підходів до дефініції «здоров'язбереження». *Освітній простір України*. 2019. Т. 17(2019). С. 159–170. DOI: <https://doi.org/10.15330/esu.1.159-170>.
6. Мартінек С. Концептосфера здоров'я в українській мовній картині світу. *Вісник Львівського університету. Серія філологічна*. 2019. Вип. 70. С. 234–247. DOI: <http://dx.doi.org/10.30970/vpl.2019.70.9780>.
7. Rosas-Santiago F.J., Rodríguez-Pérez V., Lagunes-Córdoba R., Delia L.S.A., Marván M.L. Meaning in life, goals, and adherence to antiretroviral treatment in people living with HIV. *AIDS care*. 2022. P. 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2142929>.
8. Brouard S., Vasilopoulos P., Becher M. Sociodemographic and psychological correlates of compliance with the COVID-19 public health measures in France. *Canadian Journal of Political Science*. 2020. Vol. 53, Issue 2. P. 253–258. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0008423920000335>.
9. Mostafavi F., Alavijeh F.Z., Salahshouri A., Mahaki B. The psychosocial barriers to medication adherence of patients with type 2 diabetes: a qualitative study. *BioPsychoSocial Medicine*. 2021. Vol. 15. № 1. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00202-x>.
10. Health for the whole person: The complete guide to holistic medicine / ed. by A. C. Hastings. New York : Routledge, 2019. 548 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429052088>.
11. Федченко К. Формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості як психолого-педагогічна проблема. *Освітній простір України*. 2019. №. 16. С. 186–192. DOI: <https://doi.org/10.15330/esu.16.186-192>.
12. Harashchenko L.V., Kondratiuk S.G., Palamar S.P., Vaskivska H.O., Nezhyva L.L. Value attitude to health as the basis of an active life position of an individual. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Issue 3, part 2. P. 690–696. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202103201>.
13. Качур О.Ю. Задачі системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. Т. 1. №. 1(2022). С. 37–41. DOI: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.1.2022.254634>.
14. Біланов О. Місце модусу здоров'я в системі цінностей людини та суспільства. *Людинознавчі студії. Серія «Філософія»*. 2022. №. 44. С. 60–75. DOI: <https://doi.org/10.24919/2522-4700.44.4>.
15. Рубан Л., Жарова І. Ставлення до здоров'я жінок молодого віку з артеріальною гіпертензією. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2020. Вип. 79. № 5. С. 33–37. DOI: <https://doi.org/10.15391/snsv.2020-5.005>.
16. Бацилева О.В., Пузь І.В., Гресько І.М. Особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження. *Психологічний часопис*. 2018. Вип. 6. С. 167–183. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2018.6.16.12>.
17. Кучина В. Адаптація та валідація англomовної версії опитувальника Вінцента ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги». *World Science*. 2020. Т. 3. №. 6. С. 56–65. DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_ws/30062020/7123](https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30062020/7123).
18. Ongaro G., Petrocchi S., Calvello M., Bonanni B., Feroce I., Pravettoni G. Psychological Determinants of Men's Adherence to Cascade Screening for BRCA1/2. *Current Oncology*. 2022. Vol. 29. Issue 4. P. 2490–2503. DOI: <https://doi.org/10.3390/currenocol29040203>.