

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

соціально-психологічний підхід



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

**ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ:
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД**

Монографія

За науковою редакцією М. С. Дворник

Кропивницький – 2025

УДК 159.9:616.89+316.6:614.2(477)
З 46

Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
протокол № 14/24 від 26 грудня 2024 року

Рецензенти:

*Г. М. Бевз, доктор психологічних наук, професор;
О. В. Савченко, доктор психологічних наук, професор;
А. М. Гірник, кандидат філософських наук, професор*

З 46 **Здоровий спосіб життя в умовах війни: соціально-психологічний підхід**
[Електронний ресурс] : монографія / кол. авт. ; за наук. ред. М. С. Дворник /
Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної
психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2025. 240 с.

ISBN 978-966-189-736-5

У монографії представлено концепцію промоції здорового способу життя особистості в умовах війни, концепцію підтримання здорового способу життя як засобу забезпечення психологічного добробуту комбатантів і волонтерів. Описано ландшафтні стратегії життєтворення та особистісного зростання в умовах війни, стратегії підтримання здорового способу життя українцями з різним ставленням до невизначеності, стратегії промоції практик психогігієни і майндфулнес серед військових і цивільного населення. Актуалізовано проблему цифрового добробуту особистості, представлено стратегію його промоції в умовах війни. Описано підходи до екзистенційно спрямованого соціально-психологічного супроводу особистості, утілення в театральній сцені власної історії та досвіду, набутого за час повномасштабного вторгнення.

Адресовано фахівцям центрів громадського здоров'я, закладів освіти, наукових установ, урядових і громадських організацій, що опікуються здоров'язбереженням населення, масмедіа та інфлюенсерам здорового способу життя.

УДК 159.9:616.89+316.6:614.2(477)

ISBN 978-966-189-736-5

© Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2025
© Громова Г. М., Гундертайло Ю. Д., Дворник М. С.,
Креденцер О. В., Лазоренко Б. П., Ларіна Т. О.,
Погорільська Н. І., Савінов В. В., Титаренко Т. М., 2025
© Дворник М. С., науковий редактор, 2025

ЗМІСТ

Передмова (М. С. Дворник)	6
Розділ 1. СТРАТЕГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ПЕРЕЖИВАЄ ВІЙНУ	9
1.1. Концептуальні засади збереження, відновлення і формування здорового способу життя особистості в умовах війни (М. С. Дворник)	9
1.1.1. Основи стратегічного підходу до промоції здорового способу життя	9
1.1.2. Стратегічні орієнтири в промоції здорового способу життя населення під час війни	13
Висновки	16
1.2. Субкультурні вікові стратегії життєтворення і практики самозбереження в умовах війни (Т. М. Титаренко)	17
1.2.1. Воєнна повсякденність: як максимально наблизитися до екологічного способу життя	17
1.2.2. Вибір стратегій життєтворення і практик самооздоровлення у вікових субкультурах	21
1.2.3. Стратегічне ландшафтне життєтворення: субкультурні варіації	27
1.2.4. Тактичне самовідновлюване практикування: субкультурні особливості	37
Висновки	46
1.3. Здоровий спосіб життя та психологічний добробут комбатантів і волонтерів: стратегії відновлення та забезпечення в умовах війни (Б. П. Лазоренко)	47
1.3.1. Травматичні і трансформаційні показники здорового способу життя та психологічного добробуту комбатантів і волонтерів в умовах війни	47
1.3.2. Особистісні стратегії відновлення та забезпечення ЗСЖ, психологічного добробуту і посттравматичного особистісного зростання комбатантів і волонтерів	55
1.3.3. Засоби реалізації стратегій і профілактика порушень здорового способу життя та психологічного добробуту	61
Висновки	64

Розділ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОСТІР ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	66
2.1. Здоровий спосіб життя українців під час війни:	
описові статистики всеукраїнського опитування (М. С. Дворник)	66
2.1.1. Соціально-демографічні характеристики вибірки	70
2.1.2. Суб'єктивні фактори, спонуки та бар'єри в дотриманні здорового способу життя українців	74
2.1.3. Провідні практики підтримання здоров'я українців під час війни	80
<i>Висновки</i>	89
2.2. Виклики невизначеності в контексті промоції здорового способу життя (Г. М. Громова)	90
2.2.1. Невизначеність у сфері охорони здоров'я	91
2.2.2. Особистісна толерантність до невизначеності та її вимірювання	95
2.2.3. Особливості стратегій підтримання здорового способу життя людьми з різним ставленням до невизначеності	98
2.2.4. Таргетована промоція здорового способу життя з урахуванням рівня толерантності до невизначеності	112
<i>Висновки</i>	115
2.3. Цифровий добробут у системі здорового способу життя особистості, що переживає війну (М. С. Дворник)	116
2.3.1. Цифровий добробут особистості та його показники	116
2.3.2. Особливості цифрового добробуту в підтриманні здорового способу життя особистості, що переживає війну	124
2.3.3. Стратегія промоції цифрового добробуту особистості під час війни	131
<i>Висновки</i>	136
Розділ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ	137
3.1. Майндфулнес-стратегії формування здорового способу життя особистості, що переживає війну (Т. О. Ларіна)	137
3.1.1. Майндфулнес-стан як прояв регенеративної динаміки особистості в катастрофічних умовах	137
3.1.2. Роль і функції майндфулнес-практик у буферизації втрат війни: емпіричний вимір	144
3.1.3. Особливості промоції майндфулнес-стратегій у відновленні здорового способу життя особистості, що переживає війну	163
<i>Висновки</i>	166

3.2. Екзистенційні практики промоції психологічного здоров'я особистості в умовах війни (<i>Н. І. Погорільська</i>)	168
3.2.1. Фундаментальні екзистенційні можливості буття особистості та їх блокування в умовах війни	168
3.2.2. Особливості екзистенційних практик підтримання здорового способу життя українців під час війни.....	175
3.2.3. Екзистенційні техніки психорегуляції та самопомоги в промоції психологічного здоров'я особистості, що переживає війну	181
<i>Висновки</i>	185
3.3. Практики психогігієни як підтримання здорового способу життя особистості в умовах війни (<i>Ю. Д. Гундерттайло</i>)	186
3.3.1. Практики психогігієни як фундамент соціально-психологічного супроводу здорового способу життя особистості	186
3.3.2. Особливості практикування психогігієни українців в умовах війни	191
3.3.3. Перспективи промоції практик психогігієни в системі громадського здоров'я України	198
<i>Висновки</i>	200
3.4. Плейбек-театр як соціально-психологічний засіб промоції здорового способу життя особистості (<i>В. В. Савінов, О. В. Креденцер</i>)	201
3.4.1. Психологічні переваги театральнo-драматичних мистецтв у промоції соціально важливих цінностей.....	201
3.4.2. Особливості плейбек-театральної події як освітньо-промоційної практики під час війни	206
3.4.3. Специфіка цільової аудиторії і безпосередніх учасників плейбек-театру в промоції їхнього здорового способу життя	209
<i>Висновки</i>	222
Післямова (<i>М. С. Дворник</i>)	224
Література	226

ПЕРЕДМОВА

Потреба у фундаментальному соціально-психологічному осмисленні проблем формування здорового способу життя в умовах інтенсивних суспільних змін, які переживають громадяни у зв'язку з викликами війни, що триває на території України, є надзвичайно гострою. Людські втрати, масова воєнна міграція, економічна незахищеність, екологічні катастрофи і втрата віри в мирне вирішення конфліктів зовсім не сприяють здоров'ю суспільства. Перед мільйонами українців наразі постав значний виклик власному самозбереженню як через об'єктивні загрози фізичній цілісності, так і через похідні емоційні стани.

Соціальна нестабільність і невизначеність є тлом для загострення внутрішньоособистісних, міжособистісних, соціальних конфліктів, наростання песимізму, недовіри та байдужості, посилення маргіналізації, девіантності, домашнього насильства, суїцидальності, поширення практик зловживання адаптогенами, збільшення кількості стресових станів, психосоматичних розладів.

За даними Державної служби статистики України, ще у 2020 році зафіксовано близько 15 тис. смертей від навмисного самоушкодження і різноманітних розладів унаслідок вживання алкоголю, а майже 90% смертності пов'язано з неінфекційними хворобами, серед причин виникнення яких – поведінка людини і її ставлення до власного здоров'я. Неконструктивні, ризиковані, безвідповідальні практики пошуку психологічного полегшення в непередбачуваних, неконтрольованих умовах життя є серйозною загрозою втрати цінного людського потенціалу для сталого розвитку суспільства і держави. Але саме збереження власного життя і здоров'я громадян нашої держави – першочергове завдання в довготривалій перспективі подальшого націєтворення.

Важливо розуміти, що в умовах війни переживання загрози власній фізичній, психологічній цілісності і добробуту близьких неодмінно викликає інтенсивні реакції психіки, і якщо не буде відповідного ментального опрацювання цих реакцій, вони мають усі шанси перетворитися на психотравму. Пролонгована ж травматизація спричинює значну кризу – як індивідуальну, особистісну, так і колективну, національну й міжнародну. Натомість заходи, спрямовані на промоцію здоров'я, здорового способу життя, можуть запобігти розвитку посттравматичних станів і розладів, сприяючи посттравматичному зростанню населення як найліпшому варіанту виходу з кризи.

Можливо, в умовах війни було б дещо зухвалим говорити про здоровий спосіб життя в його традиційному розумінні. Тому ставитимемо акцент саме на питаннях його збереження, відновлення і формування в тій формі, яку диктує воєнний час. Екстремальні воєнні умови означають актуальні питання, якою має бути поведінка, аби принаймні зберігати власне здоров'я, що робити для забезпечення, стабілізації, підтримання життєздатності, як відновлюватися і закріплювати найбільш вдалі стратегії персонального і суспільного добробуту.

Перший розділ представленої монографії описує базові поняття стратегічного підходу до промоції здорового способу життя особистості, що переживає війну, а також презентує ключові емпіричні дані.

У підрозділі 1.1 (М. С. Дворник) обґрунтовуються концептуальні засади та вихідний тезаурус соціально-психологічних стратегій промоції (формування, збереження та відновлення) здорового способу життя (ЗСЖ) особистості в умовах суспільної нестабільності (війни). Систематизуються рівні, типи, моделі, підходи до промоції ЗСЖ. Описується стратегічний підхід до ЗСЖ особистості, що переживає війну, та висвітлюються аспекти, які впливають на реалізацію стратегій промоції ЗСЖ.

Підрозділ 1.2. (Т. М. Титаренко) розглядає специфіку воєнної повсякденності та її вплив на вибір революційних чи еволюційних стратегій життєтворення. Увага акцентується на субкультурному підході до практик самооздоровлення, практик відновлення адаптивного потенціалу. На емпіричному матеріалі розглядаються особливості найбільш поширеного для відповідних вікових субкультур ландшафтного життєтворення; робиться порівняльний аналіз конфігурацій самовідновлювальних практик відповідно до вікового субкультурного капіталу.

У підрозділі 1.3 (Б. П. Лазоренко) розкривається взаємообумовленість ЗСЖ та психологічного добробуту комбатантів і волонтерів, визначаються чинники, які деструктивно впливають на них в умовах війни, та засоби їх вимірювання. Особлива увага приділяється виробленню стратегій забезпечення ЗСЖ та психологічного добробуту комбатантів і волонтерів в умовах воєнних дій, які, зокрема, базуються на класичних моделях психологічного добробуту (С. Ryff) і ресурсорієнтованій моделі стресодолаття BASIC Ph (М. Lahad). Також добираються основні науково доведені і практично обґрунтовані засоби реалізації згаданих стратегій.

Другий розділ присвячено аналізу емпіричних даних і конструюванню відповідних стратегій у розрізі соціально-психологічного простору здорового способу життя українців в умовах війни.

Підрозділ 2.1 (М. С. Дворник) представляє частотний аналіз даних опитування «Здоровий спосіб життя українців під час війни» (кінець 2023 – початок 2024 року) для їх урахування в стратегіях промоції ЗСЖ. За відповідними блоками опитування описано соціодемографічні характеристики вибірки, особливості сприйняття ЗСЖ опитаними та їхні провідні практики підтримання здоров'я.

У підрозділі 2.2 (Г. М. Громова) розглядаються виклики, які постають перед сучасною системою охорони здоров'я щодо промоції здорового способу життя в умовах невизначеності. Особлива увага приділяється особистісній толерантності до невизначеності та відмінностям у стратегіях підтримання здорового способу життя серед людей з різним рівнем толерантності до невизначеності. З метою підвищення ефективності здоров'язберігальних ініціатив розглядаються індивідуалізовані підходи до просування здорових звичок, які враховують варіації у ставленні до невизначеності.

У підрозділі 2.3 (М. С. Дворник) описується концепт балансу між користуванням і не-користуванням електронними пристроями, підключеністю і не-підключеністю до мережі – цифрового добробуту – у зв'язку зі здоровим способом життя особистості. Презентуються результати всеукраїнського опитування за блоком «Цифровий добробут» та його зв'язки з іншими показниками ЗСЖ опитаних. На основі виявлених параметрів пропонуються стратегії промоції цифрового добробуту українців під час війни.

У третьому розділі презентуються емпіричні результати за окремими стратегіями промоції здорового способу життя особистості в умовах війни.

Підрозділ 3.1 (Т. О. Ларіна) розглядає феномен «майндфулнес» під кутом зору внутрішнього регенеративного резерву зцілення особистості та її здатності до відновлення функцій формування здорового способу життя в умовах війни. Майндфулнес-стан представлено як фактор, що опосередковує глибинні відновлювальні процеси і має захисний потенціал щодо запобігання патогенним психологічним реакціям у часи важкої кризи чи катастрофи. На основі аналізу емпіричних даних розкривається пом'якшувальний ефект усвідомленості власної спроможності особистості опановувати труднощі, пов'язані з повномасштабним вторгненням і втратами війни. Визначаються особливості промоції майндфулнес-стратегій у відновленні здорового способу життя на шляху до набуття усвідомленої стійкості особистості в умовах війни.

У підрозділі 3.2 (Н. І. Погорільська) через розкриття екзистенційної природи психотравматичних впливів війни обґрунтовується місце екзистенційних практик у промоції здорового способу життя особистості. Завдяки анкеті – модифікації тесту Längle & Eckhart – розкриваються емпіричні результати вивчення блокування фундаментальних екзистенційних можливостей буття українців в сучасних умовах. На основі аналізу емпіричних даних визначаються та розкриваються домінантні для українців духовні практики і практики саморозвитку в підтриманні, зміцненні та вдосконаленні ресурсів особистості, а також пропонуються екзистенційні техніки психорегуляції та самодопомоги в промоції психологічного здоров'я особистості, що переживає війну.

У підрозділі 3.3 (Ю. Д. Гундертайло) розглядається модель практик психогігієни, зокрема базових практик (фізична і ментальна психогігієна) та похідних (комунікативна, інформаційна, рекреаційна), позначаються деструктивні практики ментальної психогігієни. На основі емпіричних даних описано особливості основних практик психогігієни українців в умовах війни, зокрема гендерні аспекти. Визначені проблеми практикування психогігієни покладено в основу відповідної промоції ЗСЖ.

Підрозділ 3.4 (В. В. Савінов, О. В. Креденцер) присвячується висвітленню специфіки мистецтв театру, зокрема плейбек-театру, у промоції соціально важливих цінностей і ЗСЖ. Визначаються сильні сторони театралізації і психологічні її ризики, аналізується створюваний на плейбек-театральному дійстві соціально-психологічний простір сприяння здоровому життєтворенню особистості. Оцінюються компоненти промоції соціальної моделі «HE SI AD» під кутом зору доцільності долучення до них плейбек-театральних інтервенцій. За даними колективного емпіричного дослідження описано психологічні феномени, що забезпечують ефективність використання плейбек-театру як засобу промоції ЗСЖ.

Тож пориньмо в конструювання соціально-психологічних стратегій промоції здорового способу життя з оптимальним урахуванням можливостей, перспектив, засобів діяльності, а також труднощів і конфліктів, що стають на заваді здійсненню поставлених завдань.

РОЗДІЛ 1

СТРАТЕГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ПЕРЕЖИВАЄ ВІЙНУ

1.1. Концептуальні засади збереження, відновлення і формування здорового способу життя особистості в умовах війни

1.1.1. Основи стратегічного підходу до промоції здорового способу життя

Формування здорового способу життя є проблемою, на якій сфокусована велика кількість медико-біологічних, філософських, педагогічних, соціологічних, психологічних досліджень іноземних і вітчизняних учених. Традиційними складниками способу життя, що впливають на здоров'я, називають сон, шкідливі звички, самолікування, застосування сучасних технологій, відпочинок, навчання тощо. Здоровий спосіб життя також передбачає заняття спортом (фізичну активність), раціональне харчування, уникнення шкідливих звичок, дотримання режиму дня і психічне здоров'я (Бринзюк & Басюк, 2018). Також, за різними даними, сюди слід віднести загартування, культуру спілкування, протистояння стресу, статеву культуру (Вознюк та ін., 2018).

Наряду з біологічно-генетичними детермінантами, матеріальними й соціальними умовами навколо особи, доступністю медичного обслуговування, важливу роль у визначенні статусу здоров'я дійсно відіграє саме індивідуальна поведінка щодо способу життя. Натомість здоровим способом життя (ЗСЖ) слід вважати активну діяльність людини, спрямовану на розвиток, збереження та відтворення здоров'я (Титаренко та ін., 2006).

Як такий, спосіб життя визначається ціннісними орієнтаціями та усвідомленими потребами, а вибір здорового способу життя особистість здійснює на основі групових патернів поведінки: соціального статусу, статі, етнічної належності, груп у соціальних мережах тощо, тобто звички і відповідний спосіб життя формує досвід соціалізації (Cockerham, 2023). Відповідно, дієвим соціально-психологічним інструментом у поширенні здорового способу життя вважають його промоцію.

Процес, який дає людям змогу посилювати контроль над поліпшенням власного здоров'я, називається промоцією (Health Promotion), що означає сприяння, зміцнення, поширення (Nutbeam & Kickbusch, 1998).

Для World Health Organization (WHO) цей термін став одним із ключових. Перша міжнародна конференція щодо промоції здоров'я, яка відбулася в Оттаві 1986 року, стала передусім відповіддю на очікування щодо нових ініціатив громадського здоров'я в усьому світі. Тут було започатковано співпрацю міжнародних організацій, національних урядів і місцевих громад задля досягнення мети «Здоров'я для всіх» («Health For All») до 2000 року і надалі. Основними стратегіями зміцнення здоров'я, визначеними в Оттавській хартії, стали: *адвокація* (посилення факторів, що сприяють здоров'ю), *надання можливостей* (досягнення рівності в доступі до сервісів здоров'я) та *посередництво* (через співпрацю в усіх секторах).

З того часу на конференціях WHO зі сприяння здоров'ю обґрунтовано глобальні принципи та означено напрями дій щодо зміцнення здоров'я. Зокрема, на 9-й глобальній конференції (Шанхай, 2016 рік) під назвою «Зміцнення здоров'я з метою сталого розвитку: здоров'я для всіх і все для здоров'я» учасники зосередили увагу на шляхах промоції здоров'я до 2030 року. Шанхайська декларація забезпечила спільне бачення, завдяки якому уряди можуть відтак здійснювати сміливі політичні втручання, використовуючи трансформаційний потенціал зміцнення здоров'я. Цей потенціал здатний також вплинути на подолання бідності, посилення гендерної рівності, поліпшення економіки та формування більш стійких інклюзивних і мирних громад.

Отже, WHO пропонує кілька фокусів уваги.

Хороше керівництво. Оптимізувати управління і політику, щоб зробити здоровий вибір доступним для всіх, а також створити стійкі системи, які роблять співпрацю всього суспільства реальною. Цей підхід ґрунтується на ідеї, що здоров'я визначається багатьма факторами, які не перебувають під прямим контролем сектору охорони здоров'я (наприклад, освітою, доходом, індивідуальними умовами життя), і що рішення, ухвалені в інших секторах, можуть впливати на здоров'я людей та формувати моделі поширення хвороб і смертність.

Освіченість щодо здоров'я. Підвищення рівня освіченості населення є тією основою, завдяки якій громадяни можуть відігравати активну роль у поліпшенні власного здоров'я, брати активну участь у заходах громади щодо охорони здоров'я та спонукати уряди виконувати свої зобов'язання щодо охорони здоров'я.

Здорові налаштування (Healthy Settings). Цей підхід передбачає участь громади, партнерство, розширення прав і можливостей та справедливість. Програма «Здорові міста» (WHO Healthy Cities) є найвідомішим прикладом успішної реалізації цього підходу, коли взаємодіють державні, приватні, волонтерські структури та організації громадського сектору.

Соціальна мобілізація. Полягає в об'єднанні всіх соціальних й особистих впливів для підвищення обізнаності та попиту на промоцію здоров'я, у допомозі в наданні ресурсів і послуг, а також культивуванні стійкого залучення індивідів і громад (World Health Organization, 2022).

Мета WHO є стратегічною і доволі органічно вписується в модель евдемонічного добробуту особистості, де здоров'я – це не просто стан, коли немає хвороб, а взаємодія фізичного, соціального, психологічного та духовного аспектів життя людини із середовищем, яке сприяє створенню сенсів і досягненню цілей (Brubaker, 1983).

Пригадаймо, що стратегія (дав.-гр. *στρατηγία*, *стра́та тегів* – мистецтво полководця) – це загальний, недеталізований план, що охоплює довготривалий проміжок часу, спосіб досягнення важливої мети. Завданням стратегії є ефективне використання наявних ресурсів для досягнення основної мети. Крім того, стратегія як спосіб дій стає край потрібною в ситуації, коли для прямого досягнення основної мети недостатньо наявних ресурсів – саме як сьогодні в умовах війни.

Для збереження фізичної і ментальної цілісності, відновлення здорового способу життя українців потрібні комплексність та організація людських ресурсів із максимальним урахуванням можливостей, перспектив, засобів діяльності суб'єктів, а також труднощів і конфліктів, що стають на заваді здійсненню поставлених завдань.

Напрацювання в галузі Health Promotion враховують ці потреби на практиці. Так, Hubble et al. (2021) описують стандартний цикл промоції здоров'я: Аналіз ситуації та потреб промоції здоров'я – Визначення стратегії і методів – Імплементація у відповідних середовищах – Оцінювання результатів, рефлексії. Для безпосередньої промоції пропонується застосовувати модель HE SI AD – health education (індивідуальне і спільнотне просвітництво), service improvement (вдосконалення прийнятності і доступності послуг) та advocacy (відстоювання відповідних політик, які впливають на здоров'я громадян).

Просвітницька частина промоції спрямована на окремих осіб, родини та громади і розглядає такі поняття, як-от: усвідомленість/обізнаність, ухвалення рішень, переконання/ставлення, розширення можливостей, індивідуальна і групова активність / поведінкові зміни, участь у житті спільноти.

Удосконалення сервісів – їхньої якості та кількості – на основі доступності, можливості кейс-менеджменту, консультування, роз'яснювальної роботи, соціального маркетингу.

Нарешті, *адвокація* – це встановлення порядку денного для організацій, дотичних до громадського здоров'я: політики щодо здоров'я, отримання прибутків, усунення перешкод, боротьби з дискримінацією і нерівністю.

Наприклад, треба підвищити рівень рухової активності населення. Просвітництвом тут буде просування ідей про вигоди фізичної активності, розуміння її типів, вплив регулярного руху на поліпшення здоров'я, пріоритетність такої активності в повсякденному житті. На рівні надання відповідних послуг ітиметься про безпосереднє спілкування користувачів з фахівцями, розроблення планів тренувань для різних вікових груп у спеціальних залах чи використання громадського/домашнього простору для руху. А закріплення таких практик має підтримуватися локальним управлінням, особливо для соціально незахищених груп, а також упровадженням системи

заохочення рухової активності в медичних, освітніх закладах, на робочих місцях.

Також потрібно пам'ятати про те, що будь-які інтервенції щодо культивування здорового способу життя регламентовано на різних рівнях – від міжнародного до індивідуального.

Наприклад, *на міжнародному* рівні діє Рамкова конвенція WHO з боротьби проти тютюну (2006). Тоді *на національному* рівні відбувається контроль спонсорування заходів тютюновими компаніями, *на регіональному* – створюються медіаініціативи з популяризації норми не-паління, *на районному* – лобіюється заборона паління в громадських місцях, *на рівні громади* – особи, які мають авторитет, проводять заходи на кшталт знайомств із локальними центрами чи фахівцями сфери здоров'я, *на рівні родини* – запрошуються обидва партнери до групи залежних від тютюну, *на індивідуальному* – персональне консультування щодо відмови від паління (Hubley et al., 2021).

Промоція здоров'я також поділяється на три типи. Первинна промоція (Primary Prevention) спрямована на запобігання виникненню проблем зі здоров'ям. Скажімо, навчання навичок здорового харчування у школах, що є профілактикою виникнення відповідних захворювань у подальшому житті. Вторинна промоція (Secondary) відбувається, коли проблеми зі здоров'ям уже є. Наприклад, програма з відмови від паління для тих, хто мав серцевий напад, щоб запобігти повторному. Третинна промоція (Tertiary) стосується тих, чий стан уже є невиліковним. Приміром, допомога хворим на діабет у розробленні персональної дієти, щоб запобігти ускладненням (Edelman & Kudzma, 2013).

Утім, поряд із підходами до промоції здоров'я широкого охоплення практикується також і клієнтоцентрований підхід. Він відрізняється тим, що фокусується на перспективі окремих осіб, допомагаючи їм визначати і вирішувати власні проблеми щодо здорового способу життя. Це може відбуватися на індивідуальній основі або в громаді. Наприклад, під час спілкування з людиною, яка має тривожні зміни в харчуванні, фахівець з'ясовує, що потрібно працювати не з нестачею мотивації чи об'єктивною нездатністю нормально харчуватися, а зі стресом й неможливістю його опрацювати психологічно. Перевага цього підходу полягає в тому, що проблеми оцінюють з позиції клієнта й ініціатива в досягненні змін може бути передана саме йому. Недоліком же варто назвати те, що такі зміни зазвичай потребують багато часу й відповідного супроводу (Naidoo & Wills, 2009).

Близьким до цього є empowerment-підхід (розширення можливостей, наснаження). Він поєднує засади консультування, розвитку спільноти і теорії соціального наučіння, провадиться в контактi людина-людина, а особливий акцент ставить на методах залученого навчання. Тут використовується бандурівський концепт *самоефективності*: людина спроможна змінювати середовище навколо себе, – і поняття *освіченості щодо здоров'я (health literacy)* – інтелектуальна і соціальна спроможність ухвалювати обґрунтовані рішення. Такий підхід дає змогу обійти етичні дилеми використання примусу та переконання як інструментів промоції і спиратися, з одного боку, на підвищення у клієнтів самооцінки, відчуття сили та контролю, упевненості в

ухваленні рішень, віри в можливість змін, а з іншого – на закріплення їхніх знань про здоров'я і хвороби, зміцнення навичок в ухваленні рішень, підвищення здатності обговорювати власне здоров'я (Hubley et al., 2021).

Отже, поняття промоції здоров'я визначаємо загалом як стратегічний процес формування, збереження та відновлення ЗСЖ особистості.

1.1.2. Стратегічні орієнтири в промоції здорового способу життя населення під час війни

Мир, дах над головою, соціальна справедливість, освіта, харчування, прибуток, стабільна екосистема, сталі ресурси – основні передумови для здоров'я людини (Бойко та ін., 2009). Утім, у воєнних умовах ці фактори піддаються безперервним атакам і не можуть бути гарантованими. Тому статус здоров'я як ніколи залежатиме від індивідуальної поведінки громадян, їхнього вибору щодо способу життя. Говорячи про здоровий спосіб життя під час військової агресії, ми визначатимемо його як свідоме відповідальне ставлення до власного здоров'я з метою недопущення його погіршення або руйнування.

У реалізації стратегічного підходу до промоції здорового способу життя в умовах війни зважатимемо на такі орієнтири: 1) особливості суб'єктів, на яких спрямовано здоров'язберігальні інтервенції; 2) середовище, де провадять відповідні заходи; 3) мішені і прийоми впливу на особистість.

Перший аспект фокусується на питанні, *хто* є суб'єктом промоції ЗСЖ.

В умовах російсько-української війни маємо справу з *особистістю*, що переживає війну, – тією, яка перебуває під впливом гострого чи пролонгованого стресу, зазнає психотравматизації чи потрапляє в кризу чи навіть у множинну кризу. Значну роль тут відіграє статус особи щодо бойових дій. За цим критерієм найбільш значного ураження зазнають військовослужбовці та ветерани, їхні сім'ї; сім'ї загиблих, полонених, безвісти зниклих; поранені; вимушені мігранти (внутрішньо переміщені особи та особи, переміщені за кордон, біженці), особи, що перебувають на окупованих територіях; фахівці екстрених служб, соціальної сфери, освітяни, волонтери, параспеціалісти. Соціодемографічні характеристики суб'єктивного простору здорового способу життя більш детально розкрито в параграфі 2.1.1.

Окремим чинником тут є і вікова субкультура особи. Так, за Т. М. Титаренко, характерними для різних вікових субкультур конфігураціями практик здорового способу життя під час війни є такі: для юнацтва – це практики, спрямовані на самовираження і послаблення кризи ідентичності; для молодості – це практики ЗСЖ, що забезпечують професійний успіх, самореалізацію, розкриття власного потенціалу; для зрілого віку – це практики ЗСЖ, що гарантують підвищення соціальної значущості, конкурентоспроможності, підтримують відповідний рівень психологічного благополуччя; для віку пізньої зрілості – це практики збереження фізичної активності, відновлення емоційної стабільності, сімейної і дружньої підтримки, вчасного лікування і реабілітації після захворювань. Відповідно, соціально-психологічні

практики збереження здорового способу життя визначено як повторювані акти життєконструювання, адаптивні способи турботи про себе, що під час війни стають радше стабілізаційними, ніж перетворювальними (див. більш детально підрозділ 1.2).

Другий аспект охоплює об'єктивні *умови*, в яких живе особа, зокрема місце і стан (див. більш детально параграф 2.1.1), а також вимір реальності-віртуальності.

Завдяки тому, що під час війни на території України переважно збережено мережевий зв'язок й інтернет так само доступний для українців, евакуйованих за кордон, вживаються дотичні до промоції ЗСЖ заходи в дистанційному форматі. Утім, такі соціально-психологічні інтервенції обмежено, на наш погляд, можливостями реалізації саме вторинної роботи з кризами – консультуванням і супроводом (на відміну від первинної, екстреної, і третинної, амбулаторної, роботи, що радше потребують фізичної присутності фахівців). За М. С. Дворник, постає проблема цифрового добробуту – балансу між користуванням і не-користуванням електронними пристроями, підключеністю і не-підключеністю до мережі. Досягнення цифрового добробуту стає окремим показником відновлення і сформованості ЗСЖ особистості в умовах війни. Тобто цифровий добробут має бути результатом ретельного налаштування віртуального зв'язку таким чином, аби забезпечувати контрольоване задоволення і максимально підтримувати особистість у досягненні її цілей, викликаючи при цьому мінімальний рівень втрати контролю (технологічної залежності) та погіршення самопочуття (див. більш детально підрозділ 2.3).

Заключний орієнтир стосується *мішеней і прийомів* промоції ЗСЖ воєнної особистості.

Мішенями практикування, спрямованого на підтримання психологічного здоров'я особистості в умовах війни, Т. М. Титаренко вважає: а) прийняття внутрішніх і зовнішніх обмежень; б) переосмислення власних втрат, потреб, потенцій; в) відновлення частково втраченої особистісної цілісності; г) оновлене самоідентифікування (політичне, мовне, професійне, гендерне, етичне тощо); д) переосмислення власної життєвої історії (минуле-теперішнє-майбутнє).

Б. П. Лазоренко, відповідно, описує такий фокус для ветеранів і волонтерів: 1) використання психотравми як ресурсу духовного посттравматичного зростання; 2) комплексне відновлення і збереження психологічної цілісності; 3) формування та зміцнення психосоціальної солідарності, групової ідентичності; 4) комплексний соціально-психологічний супровід збереження ЗСЖ, сприяння особистісному розвитку; 5) забезпечення сталості ЗСЖ і профілактики його порушень (див. більш детально підрозділ 1.3).

Як особливий показник здорового способу життя в період воєнних дій Г. М. Громова виокремлює толерантність до невизначеності – схильність зберігати спокій і реагувати проактивно на непередбачуваність, неоднозначність та складність світу. Залежно від рівня толерантності до

невизначеності людина схильна використовувати різні стратегії (пасивні або активні) підтримання здорового способу життя (див. більш детально підрозділ 2.2).

У дослідженнях М. О. Чернявської і Н. І. Погорільської екзистенційні практики, на яких має зосереджуватися промоція ЗСЖ, такі: *посилення волі* (мобілізація потребово-мотиваційних і ціннісно-смыслових ресурсів особистості, прояснення перешкод, подолання нерішучості та сумнівів), *знаходження мужності* (розкриття простору для можливостей, опори, безпеки та довіри через прийняття даності свого буття), *поводження з агресією* (реалізація конструктивного цілеспрямованого подолання агресії), *знаходження сенсу* (визначення смисложиттєвих орієнтирів особистості в полі її реальних можливостей, актуалізація цілей і життєвих завдань) (див. більш детально підрозділ 3.2).

К. В. Мирончак і Т. О. Ларіна визначають майндфулнес-стратегії (практики усвідомленості й уважності) як спосіб зв'язку з досвідом особистості, який може зменшити її страждання та підготувати основу для її відновлення, для її зцілення, конструктивного зростання та позитивної особистісної трансформації. Для відновлення ЗСЖ воєнної особистості в майндфулнес-підході необхідне дотримання принципів присутності і реальності, активності і відповідальності на тілесному, когнітивному, соціальному, ціннісному та буттєвому рівнях (див. більш детально підрозділ 3.1).

Ю. Д. Гундертайло як прийом промоції ЗСЖ особистості описує практики психогієни, уточнюючи їх структуру: 1) фізична психогієна (адекватні практики сну, харчування, фізичного навантаження, водних процедур), 2) інформаційна психогієна (самообмеження в інформаційному просторі, свідомий вибір контенту); 3) комунікативна гігієна (самообмеження в комунікації, як онлайн, так і офлайн); 4) практики саморегуляції (релігійні чи світські); 5) рекреаційні практики (ігрові активності, розваги, гумор, зокрема і чорний). Для добору цих практик в умовах війни авторка визначає відповідні принципи (гуманності, травмочутливості, комплексності) та критерії (індивідуальний підхід, послідовність, суб'єктність, варіативність) (див. більш детально підрозділ 3.3).

В. В. Савінов визначає трансформації у ставленні особистості до здорового способу життя на плейбек-театральному дійстві на основі парадоксального поєднання виникнення почуття спільності, психологічної єдності з групою та укріплення індивідуальності, упевненості особистості в собі. Відповідно, плейбек-театральні інтервенції є ще одним засобом відновлення ЗСЖ постраждалих від воєнних дій за умови врахування застережень: у людини не має бути гострих дестабілізуючих відчуттів; попередньо сформоване уявлення учасників щодо змісту дійства; зміщення акцентів з естетики на зміст наративів, з індивідуальних розповідей – на вираження групових афектів тощо (див. більш детально підрозділ 3.4).

Загалом, перелічені підходи і компоненти промоції ЗСЖ враховують як можливості, перспективи, дії та організацію людських ресурсів для її забезпечення, так і труднощі та конфлікти, що стають на заваді

здійсненню поставлених завдань, що відповідає сенсу стратегічного підходу до промоції ЗСЖ.

Висновки

Під час війни здоровий спосіб життя втрачає традиційні конотації, тому й підходи до його актуалізації й поширення перестають бути дієвими. Найбільш перспективним у соціально-психологічному сенсі є стратегічний підхід до ЗСЖ особистості, що переживає війну, як такої, що перебуває під впливом гострого чи пролонгованого стресу, травми, кризи. Промоція ж здорового способу життя є спеціально організованою діяльністю, здатною охопити збереження, відновлення і формування ЗСЖ в умовах екстремальної соціальної нестабільності.

Етапами промоції ЗСЖ є: 1) аналіз ситуації і потреб, 2) визначення стратегії і методів, 3) імплементація у відповідних середовищах, 4) оцінювання результатів, рефлексії. Для ефективної промоції ЗСЖ необхідне забезпечення щонайменше трьох умов: відповідного індивідуального і спільного просвітництва; удосконалення прийнятності та доступності послуг; відстоювання відповідних політик, які впливають на здоров'я громадян. Також необхідним є врахування рівня, на якому здійснюється промоція ЗСЖ: міжнародний (найбільш ригідний), національний, регіональний, районний, громади, групи чи родини, індивідуальний (найбільш рухомий). Клієнтоцентрований і empowerment-підходи до промоції ЗСЖ потребують багато часу та ресурсів, утім є найбільш ефективними з погляду віддалених перспектив. Типами промоції ЗСЖ є первинна (профілактика появи проблем зі здоров'ям), вторинна (запобігання повторенню захворювання), третинна (запобігання ускладненням).

Окремими аспектами, які впливають на реалізацію стратегії промоції ЗСЖ, є особливості суб'єктів, на яких спрямовано здоров'язберігальні інтервенції (соціодемографічні ознаки, статус особи щодо бойових дій, її вікова субкультура); середовище, де проводяться відповідні заходи (реальне, віртуальне); мішені (показники психологічного добробуту, толерантність до невизначеності) та прийоми впливу на особистість (екзистенційні практики, практики майндфулнес, психогігієни, плейбек-театральні інтервенції).

Представлені концептуальні засади промоції ЗСЖ в умовах російсько-української війни використано як методологічну основу для досліджень, представлених у цій монографії.

1.2. Субкультурні вікові стратегії життєтворення і практики самозбереження в умовах війни

1.2.1. Воєнна повсякденність: як максимально наблизитися до екологічного способу життя

Війна стала абсолютно несподіваним і дуже потужним викликом для кожного мешканця України. Від початку повномасштабного вторгнення звичне повсякденне життя більшості було порушене, а у деяких і безпрецедентно зруйноване. Кожна людина, молода і стара, здорова і хвора, самотня й обтяжена неповнолітніми дітьми і безпорадними батьками, змушена була відмовитися від звичного способу життя.

Концентровано виріс досвід важких травматичних переживань, які людина часто не встигала осмислити. Лавиноподібний характер провокованих війною змін умов життя, праці, навчання різко зменшив як зовнішні, так і внутрішні ресурси самозбереження. Виникли проблеми із своєчасним наданням медичної допомоги, психологічної підтримки найбільш уразливих верств населення. Деякі люди були майже позбавлені можливості вчасного й адекватного коригування проблем з власним здоров'ям, лікування наявних розладів.

Через російське повномасштабне вторгнення в Україну понад 8 мільйонів українців були переміщені зі своїх домівок. Дослідження українських мігрантів, які шукають психологічної допомоги у 24 країнах Євросоюзу, показало, що понад половину респондентів демонструють низький рівень психічного благополуччя і високий – психологічного стресу, причому 8% мають ризик депресії, а 57% – серйозні психічні розлади (Asanov, Asanov, & Buenstorf, 2023).

Задоволення такої необхідної для збереження здоров'я базової потреби в безпеці виявилось дуже ускладненим. Люди опинилися в новій страшній реальності, що потребувала нових модусів адаптації, інших способів взаємодії з оточенням. Багатьом випало дуже швидко мобілізуватися, щоб, долаючи численні перешкоди, допомагати собі і своїм рідним. Хтось мав проводити рідних до лав ЗСУ, хтось – швидко переїжджати, шукати нове пристанище, адаптуватися в незнайомому середовищі, апробувати незвичні для себе способи заробітку грошей.

Під загрозою опинилася і важлива потреба планування майбутнього, прогнозування подальшого розвитку подій. Ніхто не міг уявити, що чекає на країну, місто, його сім'ю завтра чи післязавтра. Життєві ситуації потребували термінових непередбачених рішень, до яких людина зазвичай була неготовою. Раптовість, невизначеність, новизна щоденних викликів, необхідність моментально реагувати на зміни обставин швидко виснажували. Нездатність оперативно обирати оптимальний спосіб поведінки в невизначеній ситуації оберталася неможливістю чітко бачити майбутні кроки, порівнювати альтернативні рішення.

У таких умовах зазвичай вмикається аварійна, кризова система життєтворення. І тоді головним завданням стає збереження власного життя і життя тих, хто поруч. Відповідно, вибір на користь здоров'язберігальних практик відкладається до кращих часів, що створює умови для поглиблення травматизації.

Повернення до способу життя, який забезпечував до війни готовність і здатність людини ефективно піклуватися про себе і своїх рідних, стає невідкладним життєвим завданням. Адже здоровий, екологічний спосіб життя, який людина намагається вести сьогодні, найкращим чином готує її до завтрашніх випробувань і сприяє зростанню життєстійкості. Саме спосіб життя забезпечує збереження і відновлення психологічного здоров'я, що передбачає здатність людини гнучко і реалістично сприймати воєнне сьогоднішнє та підтримує готовність змінювати власне життя в пошуках більшого внутрішнього благополуччя навіть за складних і непередбачуваних обставин.

Яким би мінливим, непрогнозованим, екстремальним не було воєнне соціальне середовище, більшість мирних мешканців усе ж виживає в ньому. Люди пам'ятають, про кого дбати, що оберігати, що є і буде для них найважливішим. У такий спосіб мотивація посилюється і цінність самозбереження підвищуються. Хоча пізніше вони побачать, що мали більше можливостей для запобігання травматизації, які не врахували, не використали.

Як максимально наблизитися до екологічного способу життя, не відкладаючи це рішення до кінця війни? Бажано насамперед зосередитися на стратегіях життєтворення, які повертають людині її суб'єктність, посилюють інтернальність. Взявши на себе відповідальність за власне життя, з кермом у руках людина починає чіткіше бачити, що навіть у невизначених і небезпечних умовах воєнного повсякдення її власне майбутнє залишається поліваріантним, що попереду завжди не одна, а кілька версій можливого розгортання подій.

Стратегії життєтворення, якими керується людина, зазвичай мають революційний або еволюційний характер. Але життєконструювання ніколи не буває лише еволюційним чи виключно революційним. Відповідні стратегії змінюють одна одну, відгукуючись на зовнішні виклики і детермінуючи нові стадії життя.

Революційною здебільшого стає стратегія, випробування якої спровокувала несподівана, пролонгована й інтенсивна кризова ситуація. Зовнішні умови, як і внутрішні суперечності, стають вагомим поштовхом для перегляду власних життєвих цілей і шляхів їх досягнення. Колишні усталені ціннісно-сміслові, прогностично-дієві та інші внутрішні зв'язки руйнуються, стимулюючи інтуїтивне, імпульсивне моделювання нових. Адже людина переживає гостру потребу швидко пристосовуватися до екстремальних життєвих обставин, організовувати своє життя з урахуванням травматизації, що триває.

Після вимушеного звернення до революційних стратегій людина зазвичай намагається якомога швидше повернутися до більш зваженого, відрефлексованого життєтворення. У межах еволюційних стратегій трансформації соціокультурних та індивідуально-психологічних смислів, що

тягнуть за собою зміни в діяльності, взаємодія з оточенням, відбувається набагато спокійніше, повільніше. Кожен наступний крок осмислюється, випробовується, перевіряється і в разі потреби коригується. Людина робить свої життєві вибори, маючи перед очима альтернативи, диференціюючи пріоритети, синтезуючи віднайдені способи ціледосягання.

Зміни життєвих стратегій відбуваються не лише під впливом пережитого під час війни, під впливом самостійно прийнятих життєвих рішень, а й завдяки наявності значущого оточення. Рідні, друзі, кохані, однодумці і вороги, недоброзичливці – усі вони з їхніми експектаціями і домаганнями вносять свої корективи в стратегічне моделювання людиною власного здорового майбутнього. Ті, що складають середовище спілкування, можуть не лише обмежувати, а й стимулювати, не лише заважати, а й сприяти, не лише кидати в ступор самознецінювання, а й надихати.

Стратегічно моделюючи повоєнне майбутнє, людина може орієнтуватися на проєкцію своєї оновленої більш зрілої ідентичності, цінності якої за часи випробувань дещо змінилися. Інша стратегія життєтворення може бути спрямованою на майбутню цілісність, коли отримані душевні рани загоюються і роздвоєння на «я-реальне» і «я-ідеальне» долаються. Не менш ефективною може бути і стратегія життєтворення, зорієнтована на майбутню високу резильєнтність, розвинену життєстійкість, якісно новий рівень психологічної загартованості.

Якщо в мирні часи відсоток революційних, кризових стратегій у більшості людей не є великим, то під час війни, особливо в перші місяці повномасштабного вторгнення загарбників, їх питома вага відчутно зростає. Щоправда, навіть війна з усією її катастрофічністю поступово стає своєрідною повсякденністю. Воєнні будні набувають схожості, упізнаваності і для бійців, які тривалий час перебувають на передовій, і для вимушених переселенців, і для мешканців прифронтових районів чи обстрілюваних ракетами і шахедами міст. Ми спільно орієнтуємося на певні індикатори небезпеки, переживаємо схожі емоції, маємо однакові думки, страхи, очікування.

Війна поступово привчає нас до своїх жахливих проявів, примушує сприймати її як знайому, спільну, повторювану повсякденність. І в цій новій викривленій повсякденності знову стають актуальними еволюційні стратегії життєтворення.

Нижче проаналізуємо, як змінюється стратегічне моделювання майбутнього, коли доводиться обирати провідний вектор руху вперед. У підрозділі 2.1.3 розглянемо поширені на початку війни ландшафтні стратегії, що відповідають як новому баченню життєвої ситуації і себе в ній, так і оновленій ієрархії ціннісних орієнтацій, пріоритетів, життєвих перспектив.

Як революційні, так і еволюційні стратегії життєтворення мають власні конфігурації повсякденних практик, завдяки яким вони втілюються в життя. Революційні стратегії вимагають готовності до більш активного використання перетворювальних практик самозбереження, тоді як еволюційні стратегії успішно розгортаються через низку практик фонових, рутинних. Хоча, безумовно, в обох випадках ідеться лише про домінування певного типу

практикування, про зміну пропорції в поширеності рутинних і перетворювальних практик збереження здоров'я.

Намагаючись оволодіти контролем над нестабільною воєнною ситуацією, людина відчуває, що її стратегічний шлях – піднятися над непевною, часто незрозумілою повсякденністю, побачити нові можливості її інтерпретування, визначити доступні ресурси, оцінити власні сили і можливі загрози. Тільки після цього починає вишиковуватися ланцюжок практик самозбереження, спрямованих на поліпшення адаптації, витримування невизначеності й подолання щоденних труднощів.

Своєчасне використання як рутинних, звичних, так і нових для себе, перетворювальних, практик самовідновлення забезпечує профілактику посттравматичного стресового розладу і зберігає психологічне здоров'я особистості. Ці практики поліпшують сприймання та інтерпретування власних емоційних станів, розуміння їх змісту, що вдосконалює вміння керувати ними і сприяє емоційному та інтелектуальному зростанню.

Відповідно до власних індивідуально-психологічних властивостей, наявного ресурсу, набутого раніше досвіду, належності до певних спільнот з їхніми пріоритетами кожна людина по-різному обирає стратегію життєтворення і повсякденні практики самозбереження. Коли все летить шкереберть, психологічно зріла, самостійна й автентична людина більш здатна взяти кермо у власні руки, ніж людина залежна, інфантильна, несамодостатня. Якщо справитися з кризовою ситуацією вдається, це відчутно посилює впевненість людини у власних силах, її життєстійкість і резильєнтність.

Війна робить більшість людей надмірно вразливими до зовнішніх впливів, і ця чутливість, сензитивність по-різному впливає на їхнє здоров'я відповідно до статево-вікових, характерологічних та інших індивідуальних особливостей, обтяженості хронічними захворюваннями. В атмосфері катастрофічної напруженості і незахищеності будь-який подразник, навіть невисокої сили, набуває здатності викликати майже у кожного несподівано сильні відповіді як на психічному, так і на соматичному рівнях. І тут жінки демонструють більшу вразливість, ніж чоловіки, а діти і старі люди гірше реагують на гострий і хронічний стрес, ніж люди зрілі. Так само по-різному вони користуються звичними і незвичними для себе засобами підтримки, заспокоєння, самоспівчуття, відпочинку, відновлення.

Зарубіжні колеги встановили, що українські підлітки-біженці переживають постійний дистрес й обтяжені не дуже характерними для їхнього віку турботами, пов'язаними з тривалою війною в їхній рідній країні, безпекою їхньої сім'ї та друзів, особистим майбутнім (Ellis, Hazell, & Mason, 2024). Це не лише свідчить про нагальну потребу в професійній психологічній підтримці, а й про необхідність промоції здорового способу життя, завдяки якій ще не зовсім доросла людина знайде для себе прийнятні практики самовідновлення.

Молодь легше змінює колишні преференції і схильється до вибору нових, незвичних практик самовідновлення, з більшою готовністю розширює діапазон прийомів подолання гострих і хронічних стресових навантажень. Людина старшого віку важче переключається на нове і повільніше відмовляється від

звичних способів саморегуляції, які перестають бути дієвими. Вона потребує більше часу на адаптацію до непрогнозованих, швидко змінюваних умов життя і перебудову поведінкових патернів.

Отже, далеко не кожна людина готова обрати для себе якомога менш руйнівний спосіб життя, і причин для цього може бути чимало, як об'єктивних, так і суб'єктивних. Воєнні будні спонукають людей змінювати стиль життя, відмовлятися від багаторічних звичок, шукати й апробувати нові, інколи зовсім неапробовані, незвичні практики самозбереження.

Свідомий вибір за складних життєвих обставин більш конструктивної стратегії життєтворення і відповідних тактик самозбереження сприяє дедалі активнішому користуванню власними авторськими правами на бажану версію воєнного сьогодення і післявоєнного майбутнього.

1.2.2. Вибір стратегій життєтворення і практик самооздоровлення у вікових субкультурах

Вважаємо, що в соціально-психологічному пошуку ефективних теперішніх і майбутніх варіантів самозбереження й відновлення актуально зосереджуватися на спільнотах, до яких належить людина. До таких спільнот можна віднести і численні субкультури, зокрема вікові. Характерні для субкультури спільні ціннісно-сміслові характеристики задають стратегічні напрями воєнного і післявоєнного життєтворення, у тому числі й у сфері самооздоровлення.

Поняття «субкультура» ще не є в соціальній психології настільки поширеним і популярним, як у соціології. Кожна субкультура відображає, крім певної системи гуманітарних цінностей нонконформізму, супротиву, протесту, також цінності свободи вибору, свободи самовиразу. І саме ці цінності формують і характеризують критичне ставлення людей до наявних соціальних порядків (Судаков & Лапіна, 2021, с. 63).

Вікова субкультура є передатною ланкою певного ціннісно-сміслового контексту між поколіннями. Водночас у кожній субкультурі народжуються, випробовуються, акумулюються власні світоглядні орієнтири й уподобання. Вивчаючи субкультурні впливи на пов'язану зі збереженням здоров'я поведінку, зосереджуємо увагу передусім на соціальному оточенні людини, на спільнотах, до яких вона себе відносить.

Війна належить до тих подій, які стосуються не одного чи кількох людей, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців цілих країн. Через тривалі воєнні дії чимало людей втрачають рідних, майно, житло, стають свідками смертей, потрапляють у полон, піддаються тортурам, стикаються з необхідністю переселятися на нові місця і починати життя спочатку. Через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків такі травматичні події максимально ускладнюють адаптацію до нових умов, створюючи найбільший ризик для розвитку, загострення і хронізації посттравматичних розладів. Для того щоб відновитися й повернутися до

продуктивного життя, людина має впоратися зі своїми емоційними станами, навчитися долати тривожні схеми світосприйняття, мінімізувати їх використання в майбутньому. І саме значуще оточення стає тим живильним середовищем, яке найбільш ефективно сприяє підтримці людини, фасилітації адаптивних змін у її сприйманні світу (Горбунова, 2016, с. 39-40).

Важливо підкреслити, що вікові особливості людини зазвичай описують у лінійній, векторній динаміці з незворотним рухом від юності до старості. А належність до вікової субкультури задає принципово інакшу – нелінійну – темпоральну динаміку, передбачає різноманітні індивідуальні варіації руху віковими сходинками. У контексті нашого дослідження, говорячи про субкультуру, акцентуватимемо увагу передусім на свободі особистості обирати ту вікову субкультуру, стиль життя і цінності якої вона поділяє, з представниками якої ідентифікується. І такий свідомий вибір субкультурної спільноти важить для кожної людини зазвичай набагато більше, ніж її паспортний чи біологічний вік.

Субкультури відрізняються за способом життя їх представників, великою мірою визначаючи вибір чи не-вибір здорових звичок, повсякденних практик, як конструктивних, так і деструктивних. На субкультурні відмінності впливає провідна культура, до якої належать її представники, традиції країни, регіону, місцевості. Але в цілому люди, які відносять себе, наприклад, до спільноти юнацтва, зазвичай поведуться інакше, ніж люди, які відчують себе ближчими до спільноти середнього віку.

Використовуючи якісні методи діагностики, наприклад фокус-групи, глибинні інтерв'ю тощо, зазвичай знаходимо поєднання в одній особі цінностей і стильових характеристик різних професійних, регіональних, вікових, релігійних та багатьох інших субкультур. Досить типова, скажімо, ситуація, коли людина є водночас носієм вікової (наприклад, молодіжної), професійної (наприклад, медичної), регіональної (наприклад, західноукраїнської), релігійної (зокрема греко-католицької), спортивної (наприклад, туристичної) та етнічної (осібно бойківської) субкультур. Кожна із цих субкультур задає свої ставлення до здоров'я як цінності, і їх інтеграція позначається на виборі практик здорового способу життя.

Якщо раніше представники підлітково-юнацької спільноти належали до певної субкультури повністю, тотально, залишаючись у її межах протягом певного періоду часу, то тепер субкультури стають повсякденністю і для більш самостійних людей зрілого віку. Тому сьогодні людина належить до тієї чи іншої субкультури лише частково, фрагментарно, наприклад, поділяючи релігійні погляди або політичні уподобання і відсторонюючись від інших інтересів її представників.

Усвідомлена і прийнята субкультурна ідентичність створює унікальне соціальне тло, що сприяє або заважає усвідомленню актуальних проблем зі здоров'ям більшості членів спільноти. Розуміння специфіки процесу самоідентифікації важливе і для цілеспрямованих профілактичних втручань у стан здоров'я представників субкультури для його збереження і поліпшення.

Будь-яка субкультура не стає для людини єдиною можливою, і людина не обов'язково змінюється одночасно з іншими представниками тієї субкультури, яка була епіцентром її життя протягом певного часу. Належність до субкультури завжди можна змінити, якщо відбувається переосмислення значущого оточення, ціннісних орієнтацій, способів самореалізації, ставлення до здорового способу життя.

Субкультурний контекст привертає увагу не так до біологічних вікових детермінант розвитку організму, як до детермінант соціальних, міжособистісних. Адже субкультурна належність є способом ідентифікації себе з певною спільнотою і важливим аспектом Я-концепції.

Неабияке значення для побудови субкультурної ідентичності, особливо якщо йдеться про підлітковий, юнацький, молодий вік, має онлайн-соціальність, якої зовсім не було в доінтернетних суспільствах і значення якої з кожним роком зростає. Онлайн-соціальність проявляється як активність представників субкультури в соціальних мережах, участь у дискусійних чатах, співпраця в електронних виданнях, просування в мережах сторінок спільноти, рекламування спільних подій, політична і громадська активність у певних соціальних рухах (Guerra, 2020).

Ознайомлення з індивідуальними акаунтами, наприклад в Інстаграм, дає змогу швидко розібратися в актуальних інтересах, цінностях, преференціях людини під час війни, відчути її готовність до самоідентифікування з тією чи іншою субкультурою, навіть побачити загальні тенденції стратегічного планування післявоєнного майбутнього. Порівняння акаунтів у різних соціальних мережах, дослідження історії запитів і завантажень дають змогу отримати корисну інформацію про коло спілкування, зрозуміти ставлення значущого оточення до здорового способу життя, наявність корисних і шкідливих звичок, бажання зберігати і відновлювати сили, шукати внутрішні і зовнішні ресурси для самодопомоги.

Дослідницька психологічна робота все частіше також базується на онлайн-соціальності. Так, на основі онлайн-польової роботи і глибинних інтерв'ю Ross Arguedas (2022) досліджує, як учасники інстаграм-групи, об'єднані спрямованістю на здорове харчування, вибудовують групову ідентичність, спираються на спільну мову та норми, обговорюють і поширюють колективні практики, домовляються про спільне для всіх розуміння здоров'я.

Ще один дослідницький метод, базований на онлайн-соціальності, описано завдяки вивченню поширеної субкультурної ідентичності передусім японської молоді, пов'язаної з аніме, фан-культурою ідолів і хіп-хопом. Ідеться про отримання емпіричних даних щодо зв'язку цієї ідентичності з такими значущими для визначення рівня психічного здоров'я симптомами, як-от тривога, агресія, депресивні та суїцидальні тенденції, шляхом навчання електронної мережі (Liu, Liu, & Wen, 2022).

Важливо, що як ефективну профілактику розглядають продуктивну взаємодію між відповідною субкультурною ідентичністю, соціальною підтримкою і репутацією. У такий спосіб зростає можливість усунення стигматизації дискримінованих культурних груп (Liu et al., 2022), включаючи

такі соціально незахищені, як групи людей з надмірною вагою, ожирінням, що, безумовно, позитивно впливає на психологічне здоров'я. Отримані під час дослідження субкультур результати сприяють підвищенню ефективності втручань зі зміцнення здоров'я, спрямованих на членів кожної субкультури (Mijas et al., 2020).

Належність людини до певної вікової субкультури створює умови та задає чіткі межі для актуальної самоідентифікації. Типовий представник певної вікової субкультури чітко декларує власну належність до неї, навіть якщо його паспортний, фізіологічний вік уже чи ще не збігається з віком більшості її представників. Розповідаючи про відмінності своєї вікової субкультури від інших, він краще розуміє себе, свої цінності, уподобання, власний світогляд.

Розгляньмо *функції, що їх виконують вікові субкультури*. І однією з таких функцій стає *функція ідентифікаційна*. Завдяки цій функції людина має змогу порівняти й ототожнити себе з певною віковою субкультурою. У такий спосіб відбувається один із базових процесів самоідентифікації, побудови Я-концепції. Важливо наголосити, що власний вік нікому не вдається довільно обирати чи змінювати, тоді як вікова субкультура з усіма її смисловими і стильовими характеристиками завжди стає результатом індивідуального вибору.

Найчастіше, здійснюючи вибір вікової субкультури, люди орієнтуються на покоління ровесників, на спільноти, з якими колись разом навчалися, паралельно шукали роботу, одружувалися, народжували дітей, робили кар'єру, досягали інших життєвих цілей. Але так буває не завжди і не з усіма.

Так, наприклад, молодий пенсіонер 45-50 років інколи свідомо обирає субкультуру літніх людей, тобто створює для себе фінансові умови для професійно бездіяльного способу життя, зосереджуючись на власних нездужаннях та пасивному відпочинку. Буває, людина здійснює і протилежний вибір. Наприклад, жінка в 60-65 років і далі послідовно обирає субкультуру ранньої зрілості з її активним відпочинком, самореалізаційними цінностями, розвивальними настановленнями, різноманітними хобі та іншими ознаками молодого способу життя.

Завдяки ідентифікаційній функції стереотипні вікові відмінності стають умовними, індивідуальні розбіжності в поглядах і способах поведінки представників різних вікових субкультур розмиваються, толеруються. Навіть уможливорюються досить широкі міжвікові міграції, хоча б тимчасові.

Наступна функція вікових субкультур – *адаптаційно-стильова*. Адаптивні можливості, що їх надає субкультура, забезпечуються відомими кожному її представнику стильовими індикаторами належності до неї. Адже в кожній субкультурі можна знайти притаманні лише їй особливості знайомства, спілкування, розв'язання конфліктів, прояву прихильності чи ворожості.

Наявність стильових індикаторів вікової субкультури дає людині змогу досить легко розрізнити «своїх/чужих», комфортно почуватися серед однодумців, разом з групою протистояти представникам іншої вікової субкультури, легше адаптуватися до не дуже знайомого середовища.

У кожній віковій субкультурі домінує відповідний стиль одягу, завдяки якому людина демонструє власну належність до спільноти, заявляє оточенню,

що має чіткі смаки, усталені уподобання про стиль і спосіб життя і тих, хто їх не поділяє, сприймає як чужаків. Представники підлітково-юнацької субкультури частіше обирають вуличний стиль у варіантах хіпстерства, гранжу, готичного чи хіп-хопу. Представники субкультури молодості віддають перевагу стилям спорт-шик, романтичний, преппі, вінтаж. Субкультура ранньої зрілості асоціюється радше з діловим, мінімалістичним, кежуал стилем. А субкультура середньої і пізньої зрілості зосереджує свою увагу на класичному, вільному та елегантному стилях, інколи стилі Old Money.

Зрозуміло, що людина будь-якого віку може орієнтуватися на зовсім інші мотиви, обираючи для себе одяг. Але якщо вона хоче підвищити власну адаптивність, не привертати зайвої уваги, почуватися комфортніше в середовищі однодумців, її вибір стає типовим для вікової спільноти, з якою вона себе ідентифікує.

Певні вікові субкультури мають виражені мовні особливості, що теж є стильовим індикатором, який легко «зчитується» оточенням. Найбільше відрізняється мова представників підлітково-юнацької субкультури, де нерідко трапляються своєрідні жаргонізми, завдяки яким спільнота протиставляє себе спільноті дорослих. Поширені і набори арготизмів, якими відрізняється субкультура молоді, серед яких дуже модні сьогодні англіцизми, своєрідний українсько-англійський суржик. У субкультурі зрілого і пізнього віку у вжитку, наприклад, популярні цитати зі старих фільмів, пісень їхньої молодості. Вони із задоволенням згадують своїх колишніх спортивних чи музичних кумирів. Уважне слухання розмовної мови людей дає змогу зрозуміти їхню належність до відповідних спільнот, що поділяють спільний життєвий досвід, мають схожі уподобання і спогади.

Не менш значущою є *безпеково-самозбережувальна функція* вікових субкультур, спрямована на підтримання їх життєдіяльності. Вона, як і інстинкт самозбереження окремої людини, спрямована на захист спільноти від розмивання її смислових і стильових меж, на виживання як спільноти в цілому, так і її представників.

Саме безпеково-самозбережувальна функція вікових субкультур забезпечує спрямованість її представників на здоровий, екологічний спосіб життя з його готовністю ефективно піклуватися про себе і своє оточення. У представників різних вікових субкультур зазвичай різне уявлення про психологічне здоров'я і різні шляхи його досягнення. Це зумовлено як ціннісними орієнтирами, так і поширеністю в кожній субкультурі певного загальноприйнятого набору практик здорового і нездорового способів життя.

Наприклад, брак практик фізичної активності внаслідок сидячої роботи у людей зрілого віку або переважання пасивних форм відпочинку перед гаджетами (підлітки) і телеекраном (люди старшого віку) можна сміливо віднести до неконструктивних практик життєдіяльності, які навряд чи сприятимуть збереженню і поліпшенню здоров'я.

Чутливі для здоров'язберігальної поведінки ризиковані стилі життя, що загострюються під час війни, також різняться у людей різних вікових субкультур. Адже життєвий досвід, світогляд, ставлення до себе і свого

оточення, базовий автонаратив стають фундаментом пов'язаної зі здоров'ям стратегічної життєтворчості. Навіть значення деяких індивідуально-психологічних характеристик для самопідтримки і відновлення в несхожих субкультурних контекстах тлумачаться по-своєму.

Відомо, що під час війни діти, юнацтво, особи літнього віку перебувають у зоні найбільшого ризику. Представники цих вікових субкультур нерідко хибно інтерпретують те, що з ними сталося, покладаючи всю відповідальність за нещастя на долю, випадок, себе самих. Гнів, сором, провина супроводжуються нав'язливими спогадами, негативними думками, нічними жахіттями. У процесі подолання травматизації значущим стає реабілітаційний потенціал субкультури, увага оточення, якому людина довіряє. Спільнота здатна забезпечувати тривалу різнобічну підтримку травмованої людини, допомагати їй прийняти новий досвід, активізувати зусилля здоров'язбереження і відновлення.

Представники кожної вікової субкультури мають власну домінуючу мотивацію, що підштовхує їх схвалювати, заперечувати чи ігнорувати повсякденні практики здорового способу життя. Людей можуть дуже зацікавити дієти і фізичні вправи, навіть можливості позбутися шкідливих звичок, але причини для цього будуть дуже різні.

Шістнадцятирічний юнак закохується і йде до спортзалу, а його ровесниця мріє про красиву випускню сукню і сідає на дуже жорстку і шкідливу дієту. Тридцятирічна людина за будь-яку ціну хоче сподобатися на співбесіді і тому цілеспрямовано тренує власну здатність оперативно відповідати на складні запитання, демонструвати впевненість у собі і креативність. Людина, якій за сорок, ціною неймовірних зусиль намагається залишатися сучасною, модною, активною й затребуваною і здоровий спосіб життя вважає гідним засобом. Немолода жінка, яка звикла відчувати захоплення з боку оточення, готова на дорогі і небезпечні косметичні процедури, щоб зберегти колишню привабливість й утримати увагу коханої людини. Чоловік поважного віку, який щодня бігає в парку, ставить собі за мету активне довголіття, щоб якомога довше залишатися самотійним, незалежним від рідних.

Серед мотивів зміни стилю життя на більш здоровий, які діють в Україні сьогодні, є мотив максимально відновитися після отриманого на війні поранення, пробудитися від апатії, подолати депресію, повернути значущі стосунки чи побудувати нові, наростити власні можливості адаптації до нових умов проживання. Хтось концентрується на готовності до самовідновлення заради більш повної професійної самореалізації, а хтось зосереджується на самозбереженні, щоб позбутися самотності, побудувати більш гармонійні стосунки, відновити контакти з власними дітьми, які на час війни опинилися в іншій країні.

Вочевидь, кожна людина має певний культурний капітал, про який писав ще класик соціологічної думки П'єр Бурдьє. Але, крім нього, людина, що ідентифікує себе з певною субкультурою чи субкультурами, має і капітал субкультурний. Цей термін упровадила в науковий ужиток – Сара Торнтон, британський соціолог і етнограф. Дослідниця вважає, що субкультурний

капітал має виражений креативний потенціал, пов'язаний з особливостями інтерналізації культурних норм (Thornton, 1997). Її ідеї про значущість субкультурного капіталу розвиває Д. Гебдайдж, який пише про субкультурні життєві стилі, що можуть мати як функціональні, так і дисфункціональні прояви (Hebdige, 2002).

Субкультурний капітал забезпечує як певні преференції, так і обмеження. Погляньмо хоча б на сучасну тенденцію віртуалізації, цифровізації повсякденного життя. Важко заперечувати непорівнянну швидкість занурення в цю нову реальність дітей і молоді на відміну від людей старшого покоління. Інформаційне збагачення завдяки наявності цього аспекту субкультурного капіталу молодого покоління відбувається більш стрімко. Але водночас саме в цьому віці частіше формуються некорисні для здоров'я пасивні способи проведення вільного часу, виникають ігрові та інші залежності від цифрового контенту.

Загалом, субкультурний капітал є важливим ресурсом самоідентифікації особистості, її самозбереження і відновлення. Цей капітал, акумульований у формі певних ціннісно-сміслових та інструментально-стильових характеристик, детермінує її життєдіяльність. Субкультурний капітал проявляється як у виборі стратегічного напрямку життєтворення на певних вікових етапах, так і у використанні переваг відповідного набору тактик щоденного практикування. Його потенціал щодо конвертації в інші форми персонального капіталу ще потребує вивчення.

Ідентифікація себе з певною віковою субкультурою може або сприяти збереженню і відновленню психологічного здоров'я, повертаючи до практикування здорового способу життя, або гальмувати цей конструктивний процес. Адже належність до вікової субкультури впливає на вибір революційних чи еволюційних стратегій життєтворення і перетворювальних чи рутинних практик самопідтримки і самотурботи, адекватних отриманій травматизації.

1.2.3. Стратегічне ландшафтне життєтворення: субкультурні варіації

Стаючи все більш дорослою, зрілою, людина переходить від однієї вікової субкультури до іншої і там потрапляє на різні території, долає не схожі між собою життєві ландшафти.

Життєвий шлях особистості не буває однорідним, не розгортається одноманітно. Ландшафтне творення власного життя передбачає потрапляння особистості на якісно нові території, які суттєво відрізняються від попередніх своїми ціннісними пріоритетами, інакшим смисловим наповненням, типовими способами поведінки, специфічним баченням власної ролі у світобудові, використанням різних інтерпретаційних рамок в осмисленні взаємодії минулого, теперішнього і майбутнього.

Ландшафт порівняно із життєвим шляхом має обмежений масштаб, не зазіхаючи на охоплення цілісної історії життя від народження до смерті. Однією з ключових його особливостей є обмежена тривалість перебування особистості на певній території життя. Людина вибудовує ландшафт відповідно до цінностей, які залишаються вагомими на теперішній час і найближче майбутнє. І перебування в межах нового ландшафту триватиме, доки обраний вектор руху життєвим шляхом відповідатиме актуальним життєвим завданням (Титаренко, 2022).

Коли повсякденне життя людину влаштовує, коли все навколо розгортається спокійно, прогнозовано й одноманітно, ландшафти не змінюються. А от коли настають складні часи, коли людина опиняється в травматичних життєвих умовах, відчуває несподівані виклики і має долати перешкоди, тоді її життєвий ландшафт стає іншим.

Раніше ми розглядали зміни ландшафтів, пов'язані з довготривалими кризовими ситуаціями, довгою травматизацією. І війна, безумовно, підштовхує до перегляду вже неефективних у цих екстремальних умовах стратегій життєтворення. За цих обставин субкультурний контекст ще більш специфікує переосмислення набутого досвіду, пошук нових життєвих пріоритетів, апробацію інших форм діяльності, планування базованих на осмисленні минулого і теперішнього майбутніх життєвих горизонтів.

Навряд чи можна говорити про цілком свідоме рішення змінювати свій життєвий ландшафт, коли людина переосмислює свою належність до тієї чи іншої вікової субкультури. Такі тектонічні стратегічні переструктурування відбуваються великою мірою неусвідомлено під впливом нових умов життя, що передбачають неминучі зміни в діяльності, стосунках, ставленні людини до себе й оточення. Подальше усвідомлення і прийняття себе на новій життєвій території відбувається поступово, відповідно до неминучих змін у процесі життєтворення.

До нових територій, які вибудовує людина, можна віднести і спільні для певної вікової субкультури території з їх незнайомими досі ціннісно-смысловими і стильовими конфігураціями. Безумовно, на зміну життєвих ландшафтів впливає не лише перехід до чергової вікової субкультури. Ідеться про цілий комплекс детермінант, і субкультура, зокрема вікова, не обов'язково є провідною. І все ж у кожній субкультурі превалюють своєрідні, можливо досить усталені, варіації ландшафтного життєтворення, які варто брати до уваги.

Будемо розуміти під стратегічним ландшафтним життєтворенням у межах вікової субкультури притаманну цій спільноті ідентифікацію себе з відповідним набором схвалених групою ціннісних пріоритетів, нормативних обмежень, стильових переваг, що задають горизонти прогнозу спільного майбутнього й актуальний вектор руху до нього (Титаренко, 2024).

Визначити характерні для українців на початку війни стратегії життєтворення можна, звернувшись до емпіричного дослідження, проведеного в перший рік повномасштабного вторгнення. Щоб з'ясувати, які саме життєві ландшафти частіше вибудовують представники вікових субкультур, ми

використовували якісний метод письмового наративу. Мирні мешканці (загальна кількість 169 осіб) віком від 18 до 75 років довільно викладали свої історії в онлайн-формі.

Чому було обрано наративний метод? Зазнавши травматизації, опинившись на межі життя і смерті або переживаючи болючі втрати, людина відчуває потребу розповісти комусь про те, що з нею відбулося. І якщо ця розповідь цілком анонімна, безпечна, вона створює досить розгорнутий і докладний текст. Описуючи свої враження, знаходячи слова для відображення страждань, людина не лише документує для себе зміни, які відбулися з нею і її близькими від початку повномасштабної війни. Водночас вона певним чином переосмислює новий досвід, інтегрує його до своєї загальної історії життя. Саме тому якщо досліджувані під час збирання емпіричного матеріалу продовжують перебувати в травматичній життєвій ситуації, наративний аналіз має відчутні переваги над тестами чи опитувальниками.

Респондентам було запропоновано написати історії на тему «Моє життя під час війни». За бажанням можна було орієнтуватися на певні пункти запропонованої схеми оповідання.

Досліджуваних просили спочатку розповісти про зміни у власному житті, звернувши увагу на стосунки, цінності, види активності. Саме цей аспект історій описувався найдокладніше, займав найбільший обсяг автонаративу. Більшість зосереджувалася на стосунках, які ускладнилися, перервалися, закінчилися чи виникли. Якщо стосунки не помінялися в гірший бік, а збереглися, поліпшилися, стали глибшими, це обов'язково підкреслювалося як щось несподіване і дуже цінне.

Окрему увагу в життєвих історіях бажано було приділяти типовим під час війни переживанням, емоційним станам, зосереджуючись на тому, які з них сприймаються як найбільш травматичні, а які – як ресурсні, підтримувальні. І тут дехто цілком зосереджувався на описі нічних і денних жахів, докладно описував власні страхи, теперішні і майбутні, а дехто зосереджувався на тих станах, які давали змогу відволіктися, пережити хоч трохи приємні емоції.

Надалі йшлося про способи подолання негативних наслідків травматичного досвіду, які людина використовує, як намагається собі допомогти, вийти зі скрути, відновитися. Цей аспект історій був найбільш різноманітним на відміну від попередніх. Респонденти із задоволенням ділилися своїми способами здоров'язбереження, розповідали про нові і старі прийоми ефективного відпочинку. У багатьох історіях відчувалося, що саме обговорення і, відповідно, усвідомлення людиною чималих можливостей самопомогти додавало сил, бадьорості, поліпшувало настрій, заряджало оптимізмом.

І наостанок пропонувалося подумати про майбутнє, своє власне, своєї сім'ї, країни. Люди порівнювали довоєнне минуле, яке вони тільки тепер починали цінувати, зі складним теперішнім і мріяли про широкі життєві перспективи, які мали прийти із закінченням війни. Дехто був готовий деталізувати свої плани в різних сферах життя, а дехто тільки формулював надію на краще, віру в нашу перемогу.

Після отримання повних текстів проводився дескриптивний аналіз, який дав змогу виокремити всі значущі смислові елементи, а далі за допомогою інтерпретативного аналізу виявити ландшафтні стратегії життєтворення, до яких схиляється людина під впливом воєнної травматизації.

Оцінювання ландшафтних стратегій життєтворення відбувалося насамперед шляхом визначення актуальних ціннісних пріоритетів, завдяки яким людина прокладає свою життєву траєкторію, для більшості нову, змінену порівняно з довоєнним часом. Крім того, увага приділялася і ставленню респондентів до часу власного життя (минулого, теперішнього, майбутнього).

Назвемо ключові індикатори кожної виявленої ландшафтною стратегії життєтворення, завдяки схожості яких респонденти об'єднувалися у відповідні групи.

Для *екзистенційної* ландшафтною стратегії характерні повна зануреність у власні страждання і нездатність бачити інші життєві контексти, домінування цінності виживання, неготовність асимілювати травматичний досвід, небачення життєвих перспектив і нездатність планувати майбутнє.

Ландшафтна стратегія *турботи* вирізняється домінуванням цінності близьких стосунків, яскравим прагненням зберегти життя і здоров'я рідних та близьких, готовністю кардинально змінювати життя заради власних дітей і батьків, наявністю життєвої перспективи безпечного і щасливого сімейного майбутнього.

Особливостями ландшафтною стратегії *служіння* є домінування цінності безкорисливої діяльності, потреба щоденного власного внеску в майбутню перемогу, бажання допомагати армії, готовність брати участь у відновленні країни, поліпшувати життя власного міста, регіону, країни.

Для ландшафтною стратегії *саморозвитку* головні ознаки – це домінування цінності особистісного зростання, готовність інтегрувати пережитий травматичний досвід, оцінювати випробування як можливість ставати компетентнішим і сильнішим, наявність кількох варіантів майбутнього.

Соцієтальна ландшафтна стратегія передбачає домінування цінності збереження добробуту народу, держави і сфокусованість на широких соціальних контекстах (економічному, екологічному, політичному) без особливої уваги до індивідуального життєвого контексту.

Розгляньмо представленість виявлених стратегій у вікових субкультурах. Оскільки підлітки не брали участь у дослідженні, а представників субкультури пізньої зрілості серед респондентів було небагато, ми проаналізуємо такі три субкультури: молодіжну, ранньої зрілості і субкультури середньої та пізньої зрілості разом.

Почнімо з молодіжної субкультури (19-34 роки). Порівняно з іншими субкультурами серед молоді найчастіше трапляється екзистенційна ландшафтна стратегія життєтворення (28%). Аналіз розповідей майже третини представників молодіжної субкультури показав тенденцію до відчутного знецінення нещодавніх інтересів, особливо матеріальних. Тимчасово прийшли в занепад усі звичні види діяльності, пов'язані з роботою, навчанням, бо молодь відчула втрату інтересу до саморозвитку, просування кар'єрними сходами,

заробляння грошей. За великим рахунком можна констатувати тимчасову втрату сенсу колишньої активності («Навіщо працювати над чимось, коли тебе раптово може вбити ракета і зруйнувати все, що в тебе є?»). Проблеми в стосунках, конфлікти, образи, непорозуміння теж відступили на задній план. А на першому плані опинилися страхи, тривоги, панічні стани, які почали проявлятися в неконтрольованих емоціях, непродуманих діях.

Є підстави вважати, що поширеність екзистенційної ландшафтної стратегії спровокована саме раптовістю вторгнення ворога і руйнівним характером перших місяців війни. Ціннісно-сміслові зміни, які зафіксовано, призвели до появи нового вектора життєтворення, змістом якого стало виживання і самозбереження. Припускаємо, що поширеність екзистенційного ландшафту серед певної частини молоді свідчить не лише про дефіцит саморегуляційних навичок, а й про брак досвіду самостійного додання складних життєвих ситуацій, незнання власних ресурсів, адаптивних можливостей, про невіру у свої сили, невміння брати на себе відповідальність за власне життя.

Трохи менш поширеною серед молоді і абсолютно несхожою на екзистенційну виявилася стратегія ландшафтного служіння (25%). Кожен четвертий представник молодіжної субкультури обрав активний і відповідальний спосіб життя. Нemoжливість продовжувати роботу чи навчання в тих формах, що були до війни, підштовхнула до нової для себе і такої потрібної фронту й тилу діяльності, як волонтерство.

Молодь відкрила для себе ресурсність спрямованості на допомогу іншим. Прагнення підтримувати людей, кому ще складніше, ніж самій молодій людині, мотивувало до повної ризиків волонтерської праці без відпочинку і вихідних. Належність до різновікової спільноти волонтерів, теплі відгуки фронтовиків і нескінченні прохання знайти найпотрібніші речі, яких дуже не вистачало на початку бойових дій, закріпили зміни у виборі вектора подальшого руху життєвим шляхом, стимулювали кардинальні зміни в способі життєтворення.

На третьому місці за поширеністю серед молоді виявилася ландшафтна стратегія турботи (23%). Потреба будь-що врятувати, зберегти своїх дітей, їхнє здоров'я, незважаючи на страх обстрілів чи бомбардувань, змінила ціннісно-сміслові орієнтації. Основною цінністю стала не цінність самозбереження (як для представників екзистенційної стратегії життєтворення), а цінність максимальної турботи про близьких і рідних («Страх за дітей найбільш травматичний. Але ж він і дає сили жити»). Навколо цієї цінності, заради якої можна пожертвувати і власним життям, не лише роботою, і розгортався ландшафт турботи з його стратегічним плануванням дитиноцентричного майбутнього.

Нечасто можна було спостерігати в молодіжній субкультурі ландшафтну стратегію саморозвитку (13%). Ціннісні преференції концентрувалися навколо пошуку шляхів самовідновлення, способів піклування про себе. Молодь, яка фіксувала у себе нестачу ресурсу, обмінювалася практиками, що полегшували складні емоційні стани, зменшували тривожність («пишу щоденник, кілька разів телефонувала до психологів, обговорюю все з друзями і родичами»).

Навколо цінності набуття більшої стресостійкості, внутрішньої сили вибудовувався новий життєвий ландшафт, де зовнішні виклики перетворювалися на завдання, які можна вирішити, а майбутнє бачилося як досить оптимістичне.

Найрідше в молодіжній субкультурі фіксувалася соціетальна ландшафтна стратегія (5%). На перший план висунулася цінність не індивідуального виживання, а звільнення і відновлення рідного регіону, міста, селища, збереження України як незалежної держави. Питання вчасної західної підтримки України, вирішення глобальних безпекових проблем Європи і світу лягли в основу нового ціннісного вектора життєтворення. Ці широкі соціальні контексти стали основою бачення людиною власного майбутнього, яке для представників соціетального ландшафту важко і недоречно відділяти від майбутнього країни.

Отже, у молодіжній субкультурі констатуємо під час війни таку конфігурацію ландшафтних стратегій життєтворення. Найбільш поширеними є три стратегії: екзистенційна, служіння і турботи. Цими стратегіями керуються три чверті вибірки (76%), і саме вони задають основні тенденції змін у субкультурному молодіжному життєтворенні. Не дуже характерними для цієї субкультури є ландшафтні стратегії саморозвитку, й особливо соціетальна.

Широко представленими ландшафтними стратегіями визначаються провідні преференції та обмеження у сфері збереження здоров'я і його відновлення. Кожна з них у власний спосіб єднає вікову спільноту, забезпечуючи її своєрідне безпеково-самозбережувальне, адаптаційно-стильове та ідентифікаційне функціонування.

Екзистенційна стратегія і стратегія турботи найкраще спрацьовують як екстрені, аварійні, кризові, забезпечуючи порятунок чи то власного життя, чи життя своїх дітей. Але в подальшому, коли ці стратегії набувають еволюційного характеру, екзистенційна починає гальмувати конструктивне життєтворення, тоді як стратегія турботи і надалі залишається ефективною, активізуючи властиві батькам модуси адаптації до змінюваних умов життя. Щоправда, індивідуальне життєтворення може суттєво поступатися сімейному, коли інтереси дитини стають на заваді власній самореалізації дорослого. Стратегія служіння залишається конструктивною як тоді, коли набуває стрімкого, революційного характеру й активно змінює звичну життєдіяльність молодої людини, так і тоді, коли зміни в її життєтворенні стають еволюційними.

Порівняймо молодіжні ландшафтні стратегії зі стратегіями, характерними для субкультури ранньої зрілості.

У найбільшій за кількістю респондентів субкультурі ранньої зрілості (35-49 років) максимально яскраво представлена ландшафтна стратегія турботи (31%). Третина вибірки – це люди, які відчують відповідальність не лише за власних дітей, а й за немолодих батьків, не дуже здорових родичів, тваринок – домашніх улюбленців, яких інколи дуже важко вивести із собою під час евакуації. Прив'язаність до саду, який вони посадили, будинку, який побудували, квартири, на яку так довго збирали гроші, бізнесу, який уже

починав давати доходи, відступає на задній план порівняно з потребою зберегти найдорожчих.

Теплі почуття до близького оточення, страх за їхню безпеку, хвилювання за здоров'я, необхідність щоденно надавати їм підтримку, допомагати пристосуватися до змінених війною умов життя і забезпечувати їм максимально позитивне майбутнє стають змістом власного життєтворення, задають провідний вектор руху життєвим шляхом. Така відкритість тим, кого вони люблять, кому довіряють, заради кого готові на ризиковані вчинки і самовідречення, стає ресурсною для самозбереження і відновлення. Адже щоб мати сили допомагати іншим, треба вчасно дбати про себе, повноцінно відновлюватися.

На другому місці за поширеністю в субкультурі ранньої зрілості проявляється екзистенційна ландшафтна стратегія (27%). За змістовими характеристиками вона є відчутно ширшою, ніж у молодіжній субкультурі, й охоплює травматичні переживання, спрямовані не лише на себе, а й на свою родину. І все ж життєтворення відбувається переважно в межах одного контексту, пов'язаного зі стражданнями, які гальмують осмислення актуального досвіду. Люди пишуть про почуття безсилля, про невідомість, яка паралізує, про реальний страх не мати змоги виїхати з міста, щоб врятуватися, про паніку під час вибухів, про страшні уявні картинки, що вороги можуть влучити в підвал, де ховалися із сім'єю тижнями. Навіть потрапивши в безпечне місце, люди з екзистенційною стратегією життєтворення і далі згадують власні недавні страхи, бачать сни, у яких ворог знов і знов обстрілює потяг, у якому вони тікали від війни, говорять про сильний страх зустріти «людину з нелюдськими проявами». Вони не можуть забути жахливі випробування, докладно описують обставини загибелі своїх улюблених тварин чи то від хронічної ниркової недостатності, яку нічим було лікувати, чи від стресу через постійні обстріли, чи навіть від пожежі, коли тварин не вдалося винести. У пригніченому емоційному стані з негативними прогнозами щодо майбутнього у людини зазвичай не залишається сил на самовідновлення, і ландшафтна стратегія набуває все більш деструктивного характеру.

Наступною за поширеністю є ландшафтна стратегія служіння (23%), яка своєю конструктивністю (як і стратегія турботи) намагається вирівняти вплив екзистенційного життєтворення на субкультуру ранньої зрілості. Люди думають, що конкретно вони можуть зараз зробити для армії, яким чином більш ефективно допомогти вимушеним переселенцям, до якої волонтерської спільноти, громадської організації приєднатися. Там, де це можливо, вони намагаються зробити щось корисне для відбудови зруйнованого ворогом. Безкорисливе прагнення служити своїй країні, територіальній громаді, віддавати всі сили на боротьбу за українську державність стає потужною мотиваційною силою, що стимулює життєтворення. Відчуття своєї потрібності, затребуваності, бачення конкретних результатів щоденної праці – усе це стає вагомим ресурсом для самозбереження і відновлення.

Соціетальна ландшафтна стратегія, конструктивність якої як для особистості, так і для субкультури залишається поза сумнівом, трапляється

досить нечасто, хоча і трохи частіше, ніж у молоді (8%). Люди пишуть про можливість ментальної, а не лише географічної інтеграції нашої країни в європейський простір, про власні сподівання щодо майбутніх якісних змін у державному управлінні, про таке бажане подолання корупційності після Перемоги. Майбутнє країни бачиться без продажних суддів, без прорашистських партій, без економічних зв'язків з північним сусідом, із набагато сильнішою армією, найсучаснішими високими технологіями, кращим урбаністичним дизайном, зеленою енергетикою, серйозним захистом довкілля. Незважаючи на широту соціальних контекстів, яку охоплює ця стратегія, вона багато в чому залишається суто умоглядною, футуристично-недієвою і навряд чи має відчутний вплив на самозбереження.

Ландшафтна стратегія саморозвитку, попри всю її конструктивність, теж відіграє незначну роль у субкультурі ранньої зрілості, оскільки до неї звертається лише 8% респондентів. Люди пишуть, що тяжкі кризові переживання все ж відкрили для них нові можливості професійної самореалізації, підштовхнули до навчання. Більш глибоке розуміння власних можливостей і потенцій стимулювало бажання надалі краще підготуватися до несподіваних життєвих викликів. І хоча ця стратегія є більш дієвою порівняно з попередньою, усе ж бачення власного майбутнього, до якого вона має привести, залишається ідеалізованим, позбавленим необхідної конкретики, зокрема у сфері здоров'язбереження.

Отже, у субкультурі ранньої зрілості спостерігається така конфігурація ландшафтних стратегій життєтворення. Найбільш характерними для цілісної субкультури є три стратегії: турботи, екзистенційна і служіння. Їх превалювання є дуже виразним (81%), особливо стратегії турботи, тому роль саме цих стратегій у субкультурному життєтворенні ранньої зрілості важко перебільшити. Стратегії саморозвитку і соціетальна представлені недостатньо виразно.

Сфера збереження здоров'я під час війни відчуває на собі вплив найбільш поширених стратегій, передусім стратегії турботи. Саме ця стратегія більшою чи меншою мірою проявляється і в екзистенційній стратегії та стратегії служіння, задаючи провідні преференції й обмеження у сприйманні здорового способу життя, забезпечуючи більш зріле, ніж у субкультурі молоді, безпеково-самозбережувальне, адаптаційно-стильове та ідентифікаційне функціонування спільноти як такої.

Стратегія турботи набуває стрімкого революційного характеру за дуже небезпечних життєвих обставин заради збереження життя членів сім'ї і всіх, хто людині небайдужий. Надалі, коли обставини перестають бути настільки критичними, вона стає більш послідовно-еволюційною. Не таку виразну динаміку спостерігаємо щодо стратегії екзистенційної, яка довго функціонує в дуже інтенсивних режимах і всіляко гальмує появу конструктивних модусів адаптації. Конструктивна як у революційній, так і в еволюційній фазах стратегія служіння поступово позбувається мрійливо-недієвого характеру, особливо коли відчуває на собі вплив провідної для субкультури стратегії турботи.

Розгляньмо специфіку ландшафтних стратегій, характерних субкультури середньої і пізньої зрілості.

Серед найстарших учасників дослідження, представників субкультури середньої і пізньої зрілості (50-75 років), явно переважає ландшафтна стратегія служіння (37%). Серед життєвих пріоритетів на перший план виходить готовність допомагати іншим, бажання бути корисним/ою не лише для своєї сім'ї, а й для громади, для рідного міста, держави в цілому. І в цьому – велика відмінність цієї вікової субкультури від субкультур молодості і ранньої зрілості. Респонденти докладно розповідають про власну допомогу армії, із задоволенням обговорюють різноманітні форми волонтерства. Вони готові не тільки переводити гроші волонтерам, які закупляють тепловізори для фронту. Відповідно до власної спеціальності вони пропонують оточенню поділитися певними компетентностями, наприклад: викладають англійську мову безкоштовно, навчають онлайн основ фінансової чи комп'ютерної грамотності тих, кому це потрібно, надають медичні і психологічні консультації, роблять кулінарні заготовки для військових, починають вести аналітичні блоги. Ця стратегія життєтворення настільки відчутно переважає над іншими, що її можна вважати головною для субкультури у воєнний період.

Удвічі рідше трапляється в субкультурі середньої і пізньої зрілості екзистенційна ландшафтна стратегія (18%). Порівняно із субкультурою молодості, де ця стратегія є провідною і становить 28%, і субкультурою ранньої зрілості, де її представленість майже така сама (27%), у респондентів із субкультури середньої і пізньої зрілості цей болісний ландшафт трапляється не дуже часто. Ті, хто все ж орієнтується на нього у власному життєтворенні, заглиблюються у відчуття втрати безпеки, неможливості приймати рішення щодо майбутнього. Вони розповідають про власну психосоматику, яка вже проявляється чи обов'язково має проявитися. Дехто сильно страждає через втрати, загибель воїнів, навіть незнайомих. Дехто скаржиться на обмеження в просторі, пов'язані з окупацією. І більшість сумує, тривожиться, боїться.

Ще рідше бачимо в цій віковій субкультурі ландшафтну стратегію турботи (14%). Водночас у субкультурі ранньої зрілості саме ця стратегія життєтворення є провідною, де її частка становить 31%. У молоді на цю стратегію припадає 23%, і вона теж виявляється набагато більш виразно. Ті з респондентів, хто все ж орієнтується на стратегію турботи, розповідають про спроби допомогти батькам, особливо тим із них, хто опинився в окупації чи в зоні інтенсивних обстрілів, хто потребує ліків, які під час війни важко дістати. Батьки турбуються про наявність зв'язку з дорослими дітьми, про безпечне середовище для онуків. Більшість підкреслює, що сім'я є для них найвагомішим ресурсом і війна у свій, екстремальний, спосіб допомогла членам сім'ї подолати давні непорозуміння, зблизила рідних людей, стала основною темою для щоденних обговорень і мотиватором дій.

Нечасто в субкультурі середньої і пізньої зрілості трапляється ландшафтна стратегія саморозвитку (8%) – так само, як і в субкультурі ранньої зрілості (8%). Вона залишається більш поширеною радше в молодіжній субкультурі (13%), хоча і там, на жаль, не є провідною. Ті старші люди, які

обирають цю стратегію, пишуть про значення фізичних навантажень і відпочинку для власного здоров'я. Намагаючись упорядкувати своє життя, вони прагнуть додати в його плин більше зручності, комфорту і заради цього готові вивчати спеціальну літературу, присвячену самоорганізації. Знають вони і про користь консультування зі спеціалістами і готові до них звертатися за необхідності.

Мало у представників субкультури середньої і пізньої зрілості використовується і соціетальна ландшафтна стратегія (8%), як і серед представників субкультури ранньої зрілості (теж 8%). Молодь звертається до неї ще рідше – лише у 5% випадків. Респонденти, для яких ця стратегія життєтворчості є характерною, зосереджують увагу на значущих для України і світу проблемах, сподіваються, що війна навчить нас, як і інші країни, вчасно запобігати проявам агресії, не допускати війн. Дехто з них звертає увагу на травматичність масової психічної патологізації народу-сусіда під впливом пропаганди. Як спосіб протистояти такій пропаганді розглядається розвиток самостійного мислення, актуалізація суб'єктності, готовність до відповідальних вчинків.

Отже, конфігурація ландшафтних стратегій життєтворення для вікової субкультури середньої і пізньої зрілості така. Домінує стратегія служіння, далі у міру спадання йдуть екзистенційна стратегія, стратегія турботи, саморозвитку і соціетальна. До трійки лідерів належать стратегії служіння, екзистенційна і турботи, які в сукупності становлять 69%. Першу скрипку відіграє стратегія служіння, яка задає для всієї субкультури в цілому головний вектор життєтворення під час війни.

Відповідно, сфера здоров'язбереження перебуває під впливом найбільш поширених стратегій, передусім – стратегії служіння. Саме ця стратегія певною мірою відтворюється в екзистенційній стратегії і стратегії турботи. Вона пом'якшує характерні для екзистенційної стратегії страхи і додає до прагнення служіння соціуму й державі нотки персональної турботи про найближче оточення. Так виробляється характерне для всієї спільноти ставлення до корисних і шкідливих звичок, здорового способу життя в цілому. І це ставлення набуває більшої зрілості, ніж у субкультурах молодості і ранньої зрілості.

Субкультура середнього і старшого віку тяжіє до еволюційних стратегій життєтворення. Тому навіть війна з її стрімкою екстремальністю не приводить до домінування революційних стратегій життєтворення, які вимагають від людини надто багато енергії і ресурсу. Стратегія служіння на початку повномасштабного вторгнення може ставати революційною заради повної віддачі сил на користь свого народу, але швидко перетворюється на більш еволюційну. Довше може залишатися революційною екзистенційна стратегія життєтворення, що утруднює пристосування немолодої людини до складних життєвих умов. Стратегія турботи від початку прагне до еволюційності, адже в цьому режимі вона проявляється більш систематично і довго.

Отже, відмінності між субкультурами в ландшафтному життєтворенні найбільш показово демонструють типові стратегії, що задають субкультурний життєвий стиль. Через конфігурацію стратегій кожна вікова субкультура у

власний спосіб забезпечує своє безпеково-самозбережувальне, адаптаційно-стильове та ідентифікаційне функціонування.

Представники субкультури молодості обирають насамперед екзистенційну ландшафтну стратегію життєпобудови, представники субкультури ранньої зрілості – ландшафтну стратегію турботи, а представники субкультури середньої і пізньої зрілості – ландшафтну стратегію служіння.

Співвідношення основних ландшафтних стратегій сприяє кращому самовизначенню та самоусвідомленню субкультури на певному етапі її розвитку, її інтеграції як великої групи, що відтворює основні цінності і стильові пріоритети своїх членів. Субкультурний капітал зростає, якщо обрана більшістю конфігурація стратегій відповідає вимогам реальності, сприяючи адаптації і реадаптації в складних життєвих реаліях.

1.2.4. Тактичне самовідновлюване практикування: субкультурні особливості

Кожна ландшафтна стратегія передбачає для свого втілення певні набори практик, включаючи здоров'язберігальні, на яких ми і зосередимось.

Згадаймо, що практики як форми життя є сферою взаємопроникнення соціального й індивідуального, зовнішнього і внутрішнього, людської суб'єктності і численних обмежень свободи волі, які диктує суспільство, соціум, держава тощо. Адже людська природа ніколи не є цілком пасивною чи абсолютно активною. Можна визначити практики як синтетичний продукт злиття зовнішніх обставин, ситуаційних змінних (інколи таких сильних і виразних, як війна), соціальних шансів та особистісних очікувань, диспозицій, схильностей, навичок. Щоб стати практиками, певні поведінкові прояви мають набути повторюваності, колективності, спільності.

Субкультура як суспільний інститут і особистість постійно взаємодіють, видозмінюючи одне одного. Взаємодія відбувається, зокрема, і через практикування, що є традиційним, поширеним способом людського діяння, способом досягнення цілей, які людина і група перед собою ставлять. Цілісність особистості складається насамперед не з набору взаємопов'язаних рис, що складають неповторний особистісний профіль, а з набору практик життєконструювання. Практики є прийомами щоденного життєконструювання, що проявляються як прийнятні і потрібні для спільноти.

Можна сказати, що особистість, як і субкультура, є певними згустками стилю життєконструювання, що складається з наборів відповідних практик. Члени вікової субкультурної групи є сусідами особистості щодо екзистенції, щодо спільного проживання певних життєвих обставин. Вони здійснюють щоденні спроби через практикування вистояти, зберегти власну ідентичність в інтенсивному діалозі з навколишнім світом, соціумом, культурою.

Практики самозбереження і відновлення є базовими, фундаментальними порівняно з численними іншими, оскільки саме вони забезпечують виживання в екстремальних ситуаціях. Завдяки самооздоровчому практикуванню людина

розвиває в собі спроможність долати наслідки травматизації, формує резильєнтність як здатність долати важкі випробування конструктивним шляхом.

Маємо зауважити, що саме аспект подолання і резильєнтності, незважаючи на його актуальність, залишається найбільш недослідженим у сучасних розвідках щодо впливу війни на здоров'я і психологічний добробут населення. Так, у великій оглядовій статті, присвяченій ментальному здоров'ю українських мігрантів, які вимушені були стати біженцями внаслідок воєнних дій (Ellis, Hazell, & Mason, 2024), найбільше виявилось досліджень, у яких вимірювали депресивність і тривожність (загалом 20). Наступними за поширеністю були наукові пошуки у сфері посттравматичного стресового розладу, травмованості, загального дистресу (загалом 14). І дуже мало робіт (лише 4) ставили за мету вивчення способів подолання і стійкості. Отже, наше дослідження стратегій і тактик самовідновлення є, безумовно, затребуваним і своєчасним.

Проаналізуймо самооздоровчі практики, спираючись на наративне дослідження змін у житті, що відбувалися внаслідок повномасштабного вторгнення. Для цього розглянемо один з аспектів життєвих історій, які аналізувалися в попередньому підрозділі. Тепер звернімося до спроб нараторів розповісти про те, як вони долали і долають негативні наслідки травматичного досвіду. Аналіз фрагментів історій, пов'язаних із цим запитанням, дав змогу виявити дев'ять типових практик збереження і відновлення власного психологічного здоров'я, якими користувалися респонденти в перші місяці повномасштабної воєнної агресії з боку північного сусіда.

Типові практики самозбереження, що виконували функцію копінгів, кодувалися так:

0 – людина не робить жодних спроб подолати свої негативні емоційні стани. Вона пише, що ніяк собі не допомагає, не заспокоює себе, а просто нервує, страждає, жаліється, плаче.

1 – людина шукає опори в оточенні, насамперед у близьких стосунках, спілкуванні з рідними, друзями, у проявах турботи про власних дітей, батьків. Вона вважає найліпшими для себе практиками самодопомоги спілкування із сім'єю, піклування про оточення.

2 – людина шукає опору в зайнятості ділом, у професійній діяльності, творчості. Самооздоровчими практиками, які не лише відволікають від воєнних переживань, а й додають сил, стають повне занурення в навчання, роботу, заробляння грошей для сім'ї.

3 – людина шукає опору у звичних буденних практиках – від сну, їжі, особистої гігієни, прибирання приміщення до шопінгу, тренувань (біг, плавання, ходьба), гумору, малювання, комп'ютерних ігор, алкоголю. Вона звертається до рутинних справ, ховається в знайому повсякденність від надмірно сильних воєнних вражень.

4 – людина шукає опору у вірі в ЗСУ, у Перемогу, у майбутнє процвітання України, переживання гордості бути українцем. Практиками

самопідтримки і самооздоровлення стають для неї дії, які підсилюють патріотичне й оптимістичне сприймання воєнних реалій.

5 – людина шукає опору у вірі, духовних практиках, молитві, медитації, спогляданні природи (трава, дерева, птахи, світанок). Її молитовно-медитативні практики спрямовані на активне використання природних ресурсів

6 – людина шукає опору в практиках скролінгу новин із фронту, слуханні аналітиків, блогерів, читанні телеграм-каналів.

7 – людина шукає опору в професійних консультаціях психолога, психотерапевта, інколи – психіатра, бере участь у терапевтичних групах.

8 – людина шукає опору в практиках волонтерства, допомоги ЗСУ, переселенцям, людям на окупованих територіях, покинутим тваринам тощо.

9 – людина шукає опору в практиках роботи над собою, формування нових навичок саморегуляції.

Лише 2% респондентів у нашій вибірці не готові використовувати жодні практики самооздоровлення (код 0), бо перебувають у пасивній позиції жертви, не вірять у власну спроможність долати труднощі, витримувати емоційні перевантаження. Абсолютна більшість респондентів (98%) мобілізується і проявляє життестійкість, звертаючись і до звичних, рутинних (1, 2, 3), і до нових для себе, перетворювальних, практик (4, 6, 8). Деякі практики (5 і 9) за змістом можуть бути як повторюваними, рутинними, так і новими, перетворювальними.

Схожі дані щодо способів самодопомоги і самовідновлення отримано і під час дослідження великої кількості українських мігрантів, що перебувають у 24 країнах Євросоюзу (Asanov, Asanov, & Buenstorf, 2023). Завдяки практикам пошуку психологічної допомоги, працевлаштування, продовження праці онлайн чи навчання, волонтерства мігранти мають кращий психічний стан порівняно з тими, хто займає пасивну життєву позицію.

Розгляньмо детальніше субкультурні вікові особливості використання практик самовідновлення. Є підстави вважати, що вікові субкультури мають різну мотивацію самовідновлення, що проявляється в більшій чи меншій готовності використовувати звичні, рутинні, і нові, перетворювальні, практики збереження власного здоров'я в умовах воєнної травматизації.

Молодіжна субкультура (19-34 роки)

Розпочнімо з поширених самооздоровчих практик молоді (рис. 1.1). Як відомо, здорова, приваблива зовнішність, бадьорість, енергійність, витривалість мають для представників молодіжної субкультури велику значущість, оскільки забезпечують бажаний статус у навчальних групах, тусовках ровесників.

Найбільш поширеними практиками, що забезпечують відновлення здорового зовнішнього вигляду, енергії і сил, виявилися рутинні практики опори на звичні побутові дії, включно зі сном, їжею, фізичними вправами, відпочинком тощо. Особлива увага звертається на сон і фізичну активність, навіть якщо це тепер лише онлайн-заняття йогою, пілатесом, танцювальними вправами. Понад половину респондентів (53%) описують такі практики як ефективні для себе.

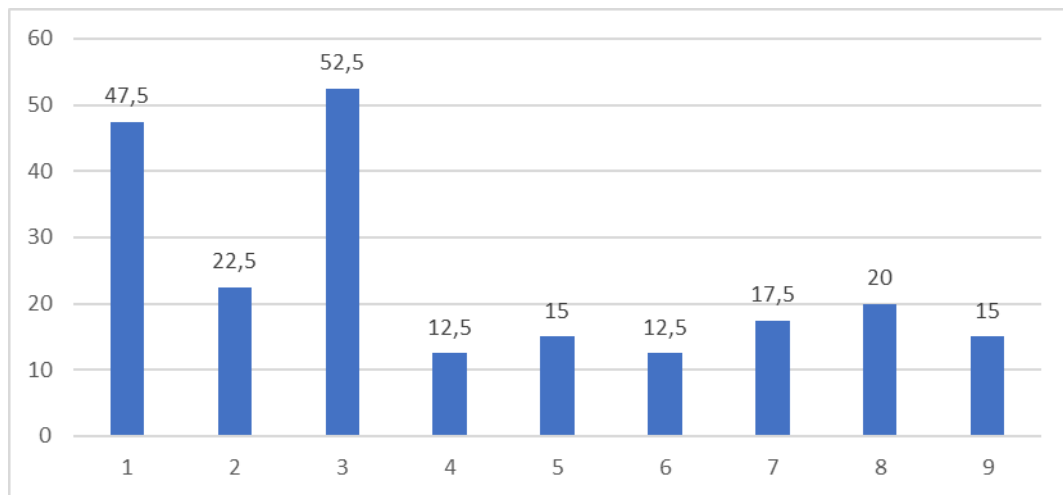


Рис. 1.1. Практики самовідновлення, характерні для субкультури молодості (19-34 роки)

На другому місці за поширеністю – комунікативні, сімейні практики комунікації з близькими людьми, спілкування (48%). Кожний другий вважає, що контакти з друзями допомагають відволікатися від тривожних думок, зменшувати пригніченість, переводити свою увагу, заспокоюватися. Молодь помічає, що війна змінила коло їхнього спілкування, зменшила довіру і посилила вибірковість контактів. Вони перестають спілкуватися з родичами і друзями із сусідньої країни, бо таке спілкування не виконує самовідновлювальну функцію.

Удвічі менше молодь використовує робочі і навчальні практики, які допомагають зануритися в щось звичне і важливе та відірватися від стрічки новин (23%). І чоловіки, і жінки пишуть, що ресурсним під час війни для них стає не стільки навчання, скільки робота.

Усі три поширені групи практик самопідтримки і відновлення є для субкультури молоді базовими, типовими, і нерідко вона використовує їх паралельно, спільно. Особливо часто для подолання негативних емоційних станів і підвищення бадьорості, витривалості молоді люди синтезують спортивні практики з практиками спілкування і роботи/навчання.

Кожний п'ятий використовує волонтерські практики (20%). Молодь жертвує на армію зароблені гроші, бере участь у забезпеченні солдат якісною їжею, у збиранні одягу для переселенців, інших добровільних корисних справах.

Приблизно стільки ж молоді звертається до консультативно-терапевтичних практик (18%), вважаючи, що спеціалісти найкраще допоможуть зберегти і відновити психологічне здоров'я.

Менш популярними є рефлексивно-пізнавальні практики, техніки майндфулнес (15%) – можливо, тому, що їх зв'язок із самооновленням не є для молоді самоочевидним. Ті ж, хто звертається до практик самоусвідомлення, вчаться аналізувати раніше прийняті рішення, роблять висновки щодо їх ефективності в контексті досягнення безпеки, поліпшення саморегуляції.

Найменш поширеними в субкультурі молоді є практики патріотичні (13%) та інформаційно-аналітичні (13%). Порівняно небагато молодих людей намагаються долати негативні емоційні стани, переосмислюючи свою національну належність, змінюючи мову спілкування з російської на українську. Так само нечасто молодь усвідомлює корисність для себе інформаційної обізнаності і починає більш активно слухати політичних оглядачів, воєнних аналітиків, дивитися відеоблогерів.

Згадаймо найбільш характерну для молодіжної субкультури ландшафтну стратегію – екзистенційну. Ці дані корелюють з даними низки нещодавніх досліджень щодо того, що під час воєнних дій молоді українці відчують вищий рівень симптомів депресії, ніж інші вікові групи. Водночас висока особиста резильєнтність зменшує ризик появи симптомів депресії (див. Ellis, Hazell, & Mason, 2024).

Тому підкреслимо, що саме ціннісно-сміслові забарвлення екзистенційної ландшафтною стратегії великою мірою визначає вибір практик самооздоровлення і їх спрямованість.

Як бачимо, інструментально-цільові і ціннісно-сміслові характеристики молодіжної субкультури визначаються, з одного боку, насамперед внутрішньоособистісним контекстом, а з іншого – превалюванням екзистенційної стратегії ландшафтного життєтворення.

У пошуку опори для самовідновлення молодь обирає практики, які нечасто виходять за межі персонального контексту в більш широкий соціум. Серед практик переважають звичні, рутинні, а не нові, перетворювальні. Таке обережне, не завжди самостійне практикування переважно в межах уже апробованого, відомого зумовлено недостатньо розвиненою життєстійкістю, браком досвіду опанування складних життєвих ситуацій.

Субкультура ранньої зрілості (35-49 років)

Погляньмо, у чому полягають відмінності практик самовідновлення, характерні для субкультури ранньої зрілості (рис. 1.2).

Для представників цієї субкультури підтримання і відновлення власного психологічного здоров'я є гарантією самореалізації і добробуту, професійного успіху та бажаної якості життя. А під час війни здоровий стан ще й забезпечує здатність швидко адаптуватися в нових складних умовах та допомагати в цьому власним дітям і батькам. Крім того, збережене здоров'я дає змогу швидше шукати нову роботу, якщо виникає така потреба, перекваліфіковуватися, допомагати армії.

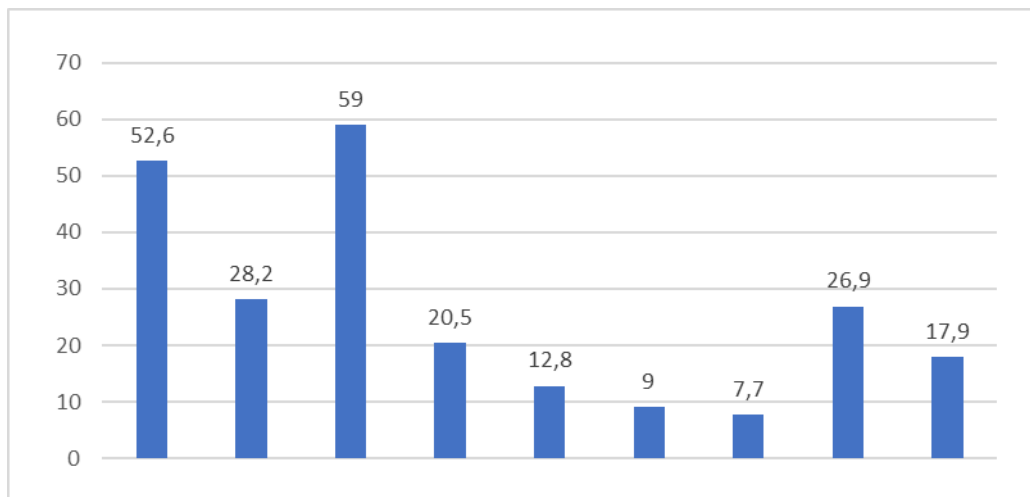


Рис. 1.2. Практики самовідновлення, характерні для субкультури ранньої зрілості (35-49 років)

Найбільш поширеними є практики рутинні, побутові (59%). На перший погляд усе як і у молоді, але насправді у представників цієї субкультури зміст практик і їх спрямованість інакші. Якщо увага юнацтва прикута переважно до себе, свого стану, власної фізичної форми, то представники субкультури ранньої зрілості зосереджуються більше на своїх рідних, передусім на дітях, про яких вони дбають, для яких шукають можливості продовження навчання, сприяють поновленню їхніх занять у дитячих спортивних і художніх секціях, навіть якщо це можливо тепер лише онлайн.

На другому місці за поширеністю – сімейні, комунікативні практики (53%). І тут відмінності від попередньої субкультури досить помітні. Якщо молодь насамперед шукає чи то в сім'ї, чи серед друзів розуміння і підтримку, то представники субкультури ранньої зрілості готові самостійно надавати таку підтримку під час спілкування з рідними. Комунікативні практики набувають забарвлення піклування, турботи, відповідальності за збереження здоров'я тих, хто поруч.

На третьому місці за поширеністю – практики робочі, навчальні (28%). Зріла людина, на відміну від молоді, шукає опору не лише у звичній професійній діяльності, а й готова за складних життєвих обставин до творчих експериментів, до пошуку інакших форм заробляння грошей. Вона, наприклад, вчиться плести захисні сітки для фронту після роботи, опановує нові методи роботи з учнями і студентами, шукає розраду у творчості.

На четвертому місці – волонтерські практики (27%), представлені більш виразно, ніж у молоді. Зрілі люди хочуть допомагати не лише своїм, а й чужим, сприймаючи цю діяльність як корисну і ресурсну для себе. Вони долучаються до різних форм волонтерства і завдяки цьому поліпшують власну саморегуляцію, адаптивність, відчувають себе не такими самотніми, знаходять однодумців і друзів у спільному практикуванні.

На п'ятому місці у представників субкультури ранньої зрілості – патріотичні практики самовідновлення (21%). За цим параметром фіксуємо виражену відмінність від молоді. Зрілим людям дуже важливо бачити, як світ

об'єднався, підтримуючи Україну, як російськомовне місто Харків стає яскраво проукраїнським, як гордість за власну націю дає сили жити і перемогати.

На шостому місці за поширеністю – практики рефлексивно-пізнавальні (18%). Зрілі люди пишуть про те, які позитивні внутрішні зміни бачать у собі, як навчилися цінувати кожен мить життя, як радіють щодня тому, що живі, як переглянули контакти і залишили тільки справжні. Вони помічають, що війна посилила їхнє милосердя, силу волі, бажання допомагати, любов до рідних, співчуття. На їхню думку, самовідновленню допомагають попередній досвід, внутрішня сталість, уміння будувати стратегічні плани, продумування гірших сценаріїв і готовність продуктивно діяти за будь-яких обставин.

Найменше представлені в цій групі інформаційно-аналітичні (9%) і консультативно-терапевтичні практики (8%). Хтось намагається обмежити читання новин, зосереджуючись лише на ситуації на фронті і в такий спосіб зберігаючи енергію і працездатність. Деякі відвідує терапевтичні групи, вважаючи, що це додає саморозуміння і сил.

Отже, інструментально-цільові і ціннісно-сміслові характеристики субкультури ранньої зрілості визначаються, з одного боку, міжособистісним контекстом (перші п'ять типів поширених практик), а з іншого – превалюванням ландшафтної стратегії турботи. У пошуку опори для самовідновлення більш зрілі люди зосереджуються на поєднанні рутинних практик з практиками новими, перетворювальними, сміливо діють у нових для себе життєвих обставинах, проявляючи увагу і співчуття до оточення.

Субкультура середньої і пізньої зрілості (50-75 років)

Досить поширеною мотивацією для використання практик самовідновлення у віці середньої зрілості (рис. 1.3) є бажання подальшої професійної самореалізації і збереження наявного рівня добробуту, що під час війни стає проблематичним. І все ж ті люди, які усвідомлюють значущість психологічного здоров'я, прагнуть зберегти фізичну активність і не вдаватися до алкогольної залежності як способу швидкої релаксації.

Для старшого покоління мотивація самопідтримки охоплює, крім помірної фізичної активності, правильного харчування, ще й профілактику соматичних захворювань, можливість звертатися по медичну допомогу і бажання мати сімейне коло для спілкування. Літнім людям конче важливо знати, що про них турбуються, їх цінують, якщо треба – допоможуть їм. Спілкування з дітьми і внуками дає змогу наповнювати власне життя значущими сенсами і мотивує до самовідновлення.

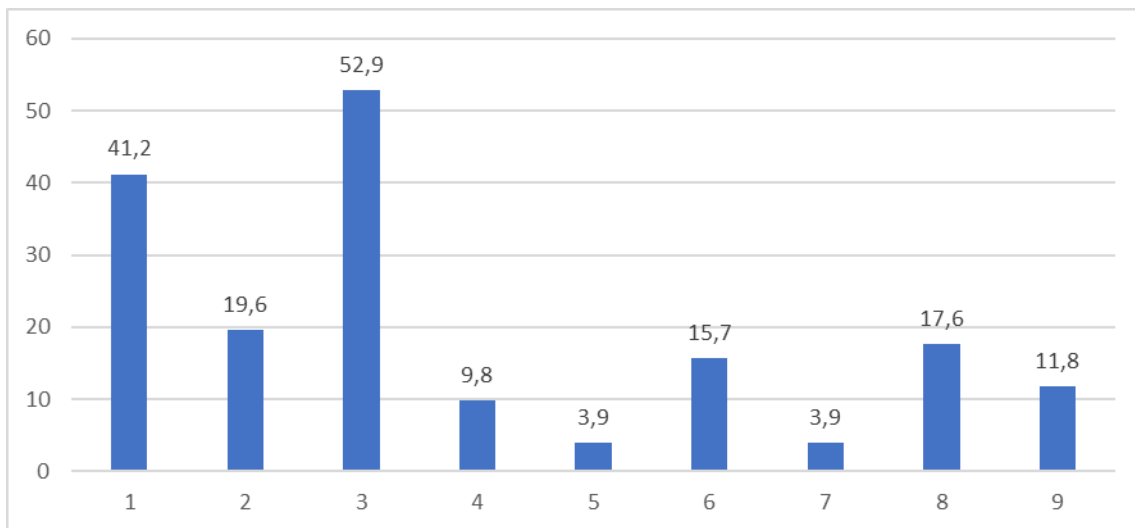


Рис. 1.3. Практики самовідновлення, характерні для субкультури середньої і пізньої зрілості (50-75 років)

Найбільш поширеними практиками самовідновлення в цій віковій субкультурі, як і в попередніх, є звернення до практик побутових (53%). Гігієна, відпочинок, помірна фізична активність, кулінарія, садівництво спрямовані на поліпшення емоційного стану, підтримання працездатності і здатності допомагати іншим.

На другому місці за поширеністю практики сімейні, комунікативні (41%). Перші дві групи практик відчутно превалюють порівняно з іншими, на них припадає лівова частка всіх практик (94%). Респонденти зазначають, що стосунки з близьким оточенням стали під час війни більш щирими й уважними. Яскраво проявляється бажання допомагати дітям, внукам, які дуже страждають, якщо не ділом, то хоча б словом, підтримуючи, заспокоюючи. Більше знаходиться часу для комунікації з друзями, колегами. Зростає взаєморозуміння в сім'ї, взаємоповага, турбота, відповідальність, і це ніби цементує родину, робить її ще більш дружною.

На третьому місці (20%) – практики робочі, на які спирається кожний п'ятий представник субкультури. Респонденти дуже багато працюють і думають, як ще можна збільшити власну ефективність, як поліпшити алгоритми роботи з людьми. Вони налаштовують себе на виснажливий марафон, збільшують кількість робочих годин, практично ігнорують відпочинок і водночас непокояться через надмірне навантаження своїх дітей, радять їм більше берегти себе.

Майже так само, як робочі, популярні і волонтерські практики (18%). Представники субкультури пишуть, що у них зросло бажання безкорисливо, на засадах волонтерства, допомагати іншим. Добровільні об'єднання людей заради спільного волонтерства, бажання в цих групах підтримувати одне одного, на їхню думку, є для них ресурсним. Дехто розповідає, як із задоволенням випікає смаколики для фронту, готує сухі набори овочів для борщу, як вони з іншими членами сім'ї організували широкий волонтерський рух у своєму селищі.

На п'ятому місці у людей, що відносять себе до цієї субкультури, – інформаційно-аналітичні практики (16%). Старші люди не лише активно читають і дивляться новини з фронту, обговорюючи їх одне з одним. Вони звертають велику увагу на більш широкі міжнародні контексти (наприклад, на матеріали про введення санкцій проти ворожої держави і вплив цих обмежень на їхню економіку, про способи подолання корупції в нашій країні, економічні плани України на майбутнє). Такий спосіб переводити власну увагу зі страхів і тривожних прогнозів дає змогу накопичувати ресурси для самовідновлення.

Усього 10% представників субкультури використовують як способи самодопомоги практики патріотичні, хоча саме на них зорієнтовані всі державні способи подання інформації. Можливо, не дуже вдалим є способи пропаганди, до яких вдаються медіаресурси.

Малопоширеними (9%) є і рефлексивно-пізнавальні практики. Ті з респондентів, хто все ж користується ними, вважають, що поглиблене розуміння себе, своїх переживань і мотивів допомагає здобувати позитивний досвід. Вони вважають цю практику праці над собою, удосконалення саморегуляції корисною і тому, що вона полегшує спілкування та допомагає більш чітко осмислювати нинішню життєву ситуацію й ухвалювати більш адекватні рішення.

Лише 4% респондентів пишуть про корисні для себе медитативно-споглядальні практики. Дехто пише, що нерідко звертається до медитацій, до читання молитов, до споглядання природи. Так само нечасто використовують практики консультативно-терапевтичні (4%), коли людина звертається по допомогу до психолога, психотерапевта. Обидві групи практик мають неабиякий потенціал для відновлення, і подальше їх поширення може бути корисним для різних верств населення.

Згадаймо, що для цієї субкультури найбільш прийнятним є далекий від егоцентризму та індивідуалізму ландшафт служіння. Саме його ціннісно-сміслові характеристики накладають свій відбиток як на вибір практик самовідновлення, так і на їх зміст.

Отже, інструментально-цільові та ціннісно-сміслові характеристики субкультур середньої і пізньої зрілості визначаються, з одного боку, більшою порівняно з іншими субкультурами кількістю соціальних контекстів, у яких людина практикує, а з іншого – превалюванням ландшафтною стратегії служіння. У пошуку опори для самовідновлення старші люди зосереджуються як на рутинних, так і на нових, перетворювальних, практиках, у яких домінує цінність безкорисливої діяльності, потреба особистого внеску в майбутню перемогу і подальше відновлення власного міста, регіону, країни.

Розгляньмо роль стратегій і тактик самозбереження та самовідновлення для всіх трьох субкультур загалом. На основі емпіричного матеріалу можемо зробити висновок, що всі популярні стратегії, революційні і еволюційні, як і всі види практик, рутинні і перетворювальні, звичні й екстремальні, стають для людини шляхом до здорового екологічного майбутнього. Через них вона починає хоча б потроху відновлювати такий нехарактерний для воєнних буднів здоровий спосіб життя. Воєнні виклики перестають утримувати характерну для

перших тижнів війни залізну завісу між довоєнним минулим, дуже непрогнозованим і небезпечним теперішнім і туманним майбутнім.

Що ж до субкультурного капіталу, то він вищий у представників ранньої зрілості, адже саме ця спільнота використовує найбільше різноманітних самооздоровчих практик. А найменшим є цей капітал у тих, хто відносить себе до когорти середньої і пізньої зрілості. Цілеспрямована робота державних установ, громадських об'єднань, психологів-консультантів з молоддю і людьми старшого віку набуває в цьому ракурсі нового значення.

Серед основних практик самовідновлення як адаптивних способів турботи про себе у всіх трьох вікових спільнотах слід назвати побутові, сімейні, робочі, але характерна для кожної із субкультур провідна стратегія ландшафтної життєпобудови задає свої смислові акценти і ціннісні перспективи, відповідаючи на запитання, заради чого людина хоче зберігати власний ресурс, відновлювати психологічне здоров'я.

Практики сприяють подоланню негативних симптомів, поліпшенню самопочуття, стабілізації емоційного стану. Самозбережувальне практикування вносить необхідні у воєнних умовах корективи в процедуру самоідентифікування і сенсопородження. Відтак людині стає легше приймати внутрішні і зовнішні обмеження, що допомагає їй у переосмисленні втрат, дає змогу віднайти в собі сили для усвідомлення актуальних потреб та інтенцій, а отже, більш адекватно приймати життєво важливі рішення.

Висновки

Стратегії життєтворення, які задають модуси адаптації під час війни, мають революційний і еволюційний характер. Революційні стратегії стають у пригоді в екстремальних життєвих умовах, коли людина змушена вдаватися до перегляду ціннісних пріоритетів і способів задоволення базових потреб. Надалі домінувати починають стратегії еволюційні, у межах яких трансформації соціокультурних та індивідуально-психологічних смислів відбуваються більш зважено, відрефлексовано, послідовно.

Стратегії життєтворення сприяють підвищенню адаптивного потенціалу завдяки конфігураціям повсякденних практик, перетворювальних і рутинних. Самозбережувальні практики забезпечують посилення впевненості людини у власних силах, розвиток її життєстійкості та резильєнтності. Ландшафтними стратегіями і самооздоровчими практиками визначаються преференції та обмеження у сфері збереження здоров'я і його відновлення.

Належність людини до певної вікової субкультури з її власними уявленнями про цінність здорового способу життя створює умови і задає межі не лише для індивідуальної самоідентифікації, а й для самоідентифікації спільноти як такої, зокрема і у сфері здоров'язбереження. Життєтворення в межах вікової субкультури передбачає спільнотну самоідентифікацію зі схвалюваними ціннісними пріоритетами, стильовими особливостями і нормативними обмеженнями, що задають горизонти прогнозування спільного майбутнього і, відповідно, спільний вектор руху до нього.

Через конфігурацію стратегій життєтворення і тактик самозбереження кожна вікова субкультура у власний спосіб проявляє свій субкультурний життєвий стиль, накопичує субкультурний капітал, організовує безпеково-самозбережувальне, адаптаційно-стильове та ідентифікаційне функціонування.

Використання субкультурного підходу для соціально-психологічних досліджень, зокрема вивчення можливостей самооздоровлення в різних вікових субкультурах, не лише сприяє популяризації якомога більш здорового способу життя під час війни, а й стимулює розроблення все більш поширених здоров'язберігальних і здоров'япідтримувальних технологій.

Відкритими залишаються питання оптимізації спільнотного розуміння цінності здорового способу життя і дієвих мотивацій самовідновлення, характерних для кожної вікової субкультури. Подальший пошук відповідей на ці запитання сприятиме ефективній і таргетованій промоції саногенного стилю життя навіть в екстремальних воєнних умовах.

1.3. Здоровий спосіб життя та психологічний добробут комбатантів і волонтерів: стратегії відновлення та забезпечення в умовах війни

1.3.1. Травматичні і трансформаційні показники здорового способу життя та психологічного добробуту комбатантів і волонтерів в умовах війни

Неабияка значущість проблеми здорового способу життя (далі – ЗСЖ) та психологічного добробуту (далі – ПД) в українському суспільстві зумовлена її належністю до одного з основних складників людського капіталу держави і суспільства – здоров'я громадян Української держави. Особливо це стосується забезпечення ЗСЖ і ПД комбатантів і волонтерів в умовах війни, оскільки вони є рушійною силою перемоги та майбутнього відновлення країни в повоєнний час (надалі у вживаному нами словосполученні «комбатанти і волонтери» ми будемо мати на увазі представників і представниць ЗСУ та інших силових структур, ветеранів і ветеранок цих силових структур, а також волонтерів і волонтерок, які надавали і надають необхідну допомогу комбатантам в умовах війни).

Здоровий спосіб життя привертав увагу зарубіжних і вітчизняних фахівців переважно в умовах мирного життя. За результатами дослідження ЗСЖ особистості зарубіжними фахівцями Всесвітньої організації здоров'я розроблено загальну концепцію ЗСЖ (WHO, 1999), яка охоплювала: поведінку і мислення людини, що забезпечують їй охорону та зміцнення здоров'я; індивідуальну систему звичок, яка забезпечує людині належний рівень життєдіяльності для вирішення завдань, пов'язаних з виконанням обов'язків, та вирішення особистих проблем і запитів; систему життя, що забезпечує достатній та оптимальний обмін людини із середовищем і тим самим дає змогу

зберігати здоров'я на безпечному рівні. За результатами цих досліджень також визначено основні шкали профілю ЗСЖ: *конструкти дослідження поведінки*, що спостерігалася: 1) відповідальність за здоров'я, 2) фізична активність, 3) харчування; *когнітивні та емоційні компоненти психосоціального добробуту*: 1) духовне зростання, 2) міжособистісні стосунки та 3) управління стресом) (Walker & Hill-Polerecky, 1996). Утім, на основі дослідження потреб ветеранів у сфері їхнього здоров'я колектив авторів дійшов висновку про необхідність комплексного підходу щодо забезпечення їхнього загального добробуту на основі взаємозв'язку психічного, фізичного і соціального його аспектів (Oster et al., 2017).

Українські фахівці також приділяли значну увагу дослідженням ЗСЖ і розробленню відповідних концепцій. Вони стосувалися здебільшого української молоді з урахуванням впливу на її здоров'я інфекцій, що передаються статевим шляхом, насамперед ВІЛ/СНІДу, і поширення ін'єкційного вживання наркотиків. Відповідно до цих досліджень, ЗСЖ визначається як «усе в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я; усе, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через діяльність з оздоровлення умов життя – праці, відпочинку, побуту» (Яременко та ін., 2000). У цих роботах виокремлено такі сфери ЗСЖ та їхні індикатори: 1) сфера психічного здоров'я: наявність проблем спілкування, відчуття комфорту перебування в колективі, характер стосунків з близьким оточенням, уміння керувати своїм психічним станом, рівень стресу, ступінь самозадоволення; 2) сфера духовного здоров'я: ставлення до освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики; свідомість, ментальність, життєва самоідентифікація, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей; 3) сфера соціального здоров'я: соціальний статус, соціальне самопочуття, наявність (брак) відчуття безпеки в соціумі, міра задоволеності повсякденними умовами життя, самооцінка добробуту; 4) сфера фізичного здоров'я: рухова активність, харчування, шкідливі звички, безпечна сексуальна поведінка, чинники поширення ІПСШ (Яременко та ін., 2000).

Лише фахівці низки країн, військовослужбовці яких брали участь у війнах та військових операціях або ж у миротворчих місіях, ґрунтовно досліджували проблему ЗСЖ особистості, але переважно в контексті опанування наслідків для ментального і фізичного здоров'я учасників бойових дій – ПТСР, інших психічних і поведінкових розладів, серцево-судинних та інших фізичних захворювань як наслідків хронічних психосоматичних станів. Проте в розвинених країнах ця проблема торкалася певною мірою обмеженої частини суспільства.

Волонтерство також привертало увагу зарубіжних і вітчизняних фахівців. У зарубіжних країнах волонтерську діяльність організують і забезпечують громадські, у тому числі міжнародні організації, зокрема системи ООН. Вона є розгалуженою і спеціалізованою за відповідними напрямками, стандартизованою і регламентованою також щодо забезпечення ЗСЖ і ПД волонтерів. В умовах мирного часу волонтерська діяльність в Україні теж набула певного поширення і стосувалася добровільної допомоги

співгромадянам, які внаслідок дії різних чинників опинилися в складних життєвих умовах, головним чином у контексті соціальної та психологічної допомоги. Волонтери надавали необхідну допомогу також і тваринам, які потребували відповідної опіки. Загалом, волонтерська діяльність в Україні регулюється законом, який було ухвалено 2011 року – ще до початку військових дій РФ проти України. Однак проблема ЗСЖ і ПД волонтерів не викликала тоді значного інтересу у зарубіжних та вітчизняних дослідників.

У мирний час значну увагу як зарубіжних, так і вітчизняних авторів привертало насамперед психологічний добробут особистості, представників різних професій і соціальних груп. Низка зарубіжних дослідників розробила концепт ПД, визначила його зміст, індикатори, показники, критерії аналізу та оцінювання, сформулювала основні підходи до його концептуалізації (Bradburn, 1969; Diener et al., 2003, Ryan & Deci, 2017; Ryff, 2016; Hascher & Waber, 2021; Zakaria, Don & Yaakob, 2021). Вітчизняні дослідники також вивчали різні аспекти концепту ПД, структуру та функції психологічного добробуту особистості (Сердюк, 2017), зокрема в контексті фахового зростання (Карсканова, 2011b), ресурси і чинники ПД особистості (Каргіна, 2015) та ін. Так, українська дослідниця С. В. Карсканова адаптувала опитувальник «Шкала психологічного благополуччя (добробуту)» С. Ryff до української популяції (Карсканова, 2011a).

Різні підходи до вивчення психологічного добробуту виокремлюють важливі його аспекти. Фахівці, зокрема і вітчизняні, запропонували різні його моделі та розробили інструменти для його дослідження. Узагальнено ПД можна визначити як відносно стає суб'єктивне переживання та самооцінку особистістю задоволеності своїм життям в основних значущих його сферах – психоемоційній, психосоматичній, соціально-психологічній та духовно-психологічній.

Проблема ПД в умовах війни, зокрема працівників освіти, також привертала увагу і зарубіжних фахівців (Frey, 2012; Shemyakina & Plagnol, 2013), і вітчизняних дослідників (Карамушка, 2022; Kokun, 2022; Петухова, Заушнікова, & Каськов, 2023). Скажімо, підвищення психологічного добробуту особистості, що пережила травму (Титаренко, 2018), у переході від війни до миру (Дворник, 2020).

З огляду на результати згаданих досліджень здоровий спосіб життя і психологічний добробут особистості є суттєво взаємопов'язаними поняттями. Особливо цей взаємозв'язок увиразнюється в умовах війни. Ідеться, зокрема, про взаємозв'язок здоров'я і суб'єктивного добробуту особистості (Кирпенко, 2019), ЗСЖ як чинник ПД студентів (Шамбель, 2022). Як показав наш досвід, ЗСЖ особистості зумовлює відповідно високий рівень ПД, і навпаки. Натомість ПД можна визначити як психологічне ядро ЗСЖ, яке підтримує і стабілізує спосіб життя щодо збереження здоров'я особистості в цілому, а в ситуаціях дії зовнішніх деструктивних чинників війни стимулює його забезпечення.

Загалом, чинники війни руйнівним, деструктивним чином впливають на ЗСЖ та ПБ комбатантів і волонтерів. Проте, як показують емпіричні дослідження, їхнє сприймання і реагування на цей вплив не є однозначними. У

частини респондентів унаслідок фізичного, психосоціального і духовно-психологічного травмування спостерігається деформація способу життя і ПД, психоемоційне та професійне виснаження, розвиток симптомів травматичних стресових станів з тенденцією до розвитку ПТСР. Інша частина активує ресурси резильєнтності і стресодолавання, досягаючи в такий спосіб їх відновлення, а ще певна кількість сприймає їх як стимули – активатори ресурсів посттравматичного зростання. Тому важливим завданням теоретичної і практичної психології є визначення цих руйнівних для ЗСЖ та ПД комбатантів і волонтерів впливів та їх наслідків, з'ясування та активація відповідних ресурсів резильєнтності і стресодолавання для їх трансформації в посттравматичне зростання постраждалих, забезпечення належної якості та відповідно високих рівнів їхнього ЗСЖ і ПД.

Ситуація російсько-української війни виявила суттєві соціально-психологічні особливості й чинники травматичного впливу російської геноцидної агресії на спосіб життя та добробут етнічної і національної спільнот Української держави, активізувала їхні індивідуальні і колективні суб'єктності, а значить – відповідальність за теперішнє і майбутнє українського суспільства і держави.

З-поміж особливостей цієї війни доцільно звернути увагу на її суперечливу гібридність; актуалізацію історичної пам'яті, що нагадує про подібні війни в далекому і недавньому історичному минулому; геноцидну спрямованість воєнних дій проти всього українського з боку рф і підтримання її значною частиною російського суспільства; актуалізацію суперечливості, спонтанності, невизначеності та непередбачуваності психічних проявів і реакцій в умовах воєнного стану, зокрема перебування на межі можливого і неможливого, героїчного і повсякденного, самовідданості і самозбереження.

Як основний травматичний чинник російсько-української війни щодо комбатантів і волонтерів визначаємо імперську геноцидну міфологему «руського мира» і проєкцію російських нацистських комплексів на український етнос. Серед соціально-психологічних механізмів цієї війни можемо виокремити механізми відчуження, ворожості та знелюднення ворогів, генералізації і стигматизації їх як нелюдів, «людоджерів», екстраполяції стигми на тих представників ворожого етносу, які підтримують у той чи інший спосіб ворожі воєнні дії в міжетнічних стосунках.

Зазначені особливості, згадані чинники й механізми зазвичай є руйнівними для особистості і можуть спричиняти внутрішньоособистісні конфлікти, значні психотравми, актуалізацію станів ненависті і помсти, психосоматичні розлади й розлади поведінки, зокрема і деструктивні зміни в способі життя та добробуті.

З набутого нами досвіду надання психологічної допомоги комбатантам і волонтерам випливає, що їхніми основними нагальними (але нерідко неусвідомленими) потребами є опанування психотравм, травматичних і посттравматичних станів, внутрішніх конфліктів, неприйняття себе в цих станах, виснаження (вигорання), а також системний спротив їм (через захисні механізми заперечення, ігнорування, знецінення і витіснення). У контексті

нашого дослідження (Лазоренко, 2022b) з'ясовано ключові сфери ураження та відновлення психосоціального здоров'я і, відповідно, ЗСЖ та ПД комбатантів і волонтерів в умовах війни, а саме: 1) психоемоційна і психосоматична, 2) соціально-психологічна, 3) духовно-психологічна. Власне, ресурси цих сфер значною мірою забезпечують відновлення та збереження ЗСЖ (у межах наявних можливостей воєнного стану) і ПД особистості.

За нашими спостереженнями, українські волонтери порівняно з військовими перебувають під подвійним стресовим навантаженням. Насамперед вони потерпають від безпосереднього впливу чинників війни – постійних повітряних тривог, ракетних атак і їх руйнівних наслідків. На додаток до цього – стресогенні переживання за своїх близьких, що воюють, і за своїх дітей та батьків, які потребують їхньої опіки.

Зважаючи на геноцидний характер широкомасштабної фази російської агресії, значна частина представників українського суспільства стала волонтерами, щоб допомагати саме силовим структурам, передусім ЗСУ. Найбільш самовідданими волонтерами є дружини, матері, рідні та близькі військовослужбовців. Через ідентифікацію зі своїми рідними в лавах ЗСУ – чоловіками і жінками – волонтери (і чоловіки, і жінки) мають ті ж ураження свого ЗСЖ і ПД, як і їхні близькі. Свою діяльність вони сприймають як участь у колективному захисті країни, суспільства і свого власного життя, добробуту своїх родин і близьких. Суб'єктивно вони, як і військові, перебувають на фронті – борються за свій власний і колективний добробут (Лазоренко, 2024b). Спільні поразки і перемоги над ворогом волонтери сприймають як свої особисті в контексті «ми, наші, свої» і «вони, чужі, вороги». Цей рівень колективної ідентифікації зумовлює, з одного боку, долучення їх до відповідних позаособистісних соціально-психологічних і соціальних ресурсів забезпечення життєдіяльності, проте, з іншого боку, призводить до травмування психіки учасників війни, а також активування колективних захистів – спротиву, заперечення, витіснення щодо своєї індивідуальної травми, втоми та виснаження за типом «я не втомлений». Труднощі в гармонізації цих аспектів є важливою причиною виснаження, вигоряння волонтерів, особливо в умовах, коли вони з різних причин не можуть продовжувати свою волонтерську діяльність.

На жаль, як комбатанти, так і волонтери зазнають суттєвого психоемоційного та професійного виснаження (вигоряння) і втоми, які деструктивно впливають на їхні ЗСЖ та ПД і, відповідно, потребують системних досліджень їх проявів та розроблення ефективних способів їх опанування і профілактики.

Зарубіжні (Henson et al., 2021; Tedeschi & Calhoun, 2024) і вітчизняні (Климчук, 2020) дослідники поряд із деструктивними наслідками дії травматичних чинників звертають увагу на феномени спонтанного відновлення ЗСЖ і ПД, посттравматичного особистісного зростання комбатантів – учасників бойових дій та осіб, які пережили екстремальні травматичні ситуації. Серед основних внутрішніх якостей і здатностей особистості – стресостійкість,

життєстійкість, разильєнтність, які фахівці розглядають і як спорідненні, і як відмінні (Кокун & Мельничук, 2023; Лазос, 2018).

У дослідницькій практиці також активно вивчають і застосовують ресурсне стресодолання (Lahad & Leykin, 2013) та використання стратегій забезпечення ЗСЖ і ПД комбатантів та волонтерів (Лазоренко, 2024а). До зовнішніх щодо особистості засобів психосоціального та духовно-психологічного їх забезпечення відносять численні науково доведені та практично обґрунтовані психотехнології провідних психотерапевтичних напрямів і шкіл – КПТ, травматерапії, арттерапії, транзактного аналізу, екзистенційного аналізу, логотерапії, психодрами, тілесно зорієнтованої і дихальної терапії тощо. Значну кількість психотехнологій, напрацьованих у цих напрямках, можна використовувати і як засоби самодопомоги. (Більш детально застосування цих засобів ми розглянемо нижче.)

Учасниками емпіричного дослідження симптомів травматичних стресових станів (далі – СТСС) і рівнів психологічного добробуту в умовах війни стали представники Збройних Сил, курсанти і курсантки – майбутні військові психологи, які перебували на навчанні у Військовому інституті КНУ імені Тараса Шевченка (Лазоренко & Дубровинський, 2024а), а також представники волонтерів – працівниці освіти прифронтових і деокупованих територій Запоріжжя та Херсона (Дорожкін & Лазоренко, 2024).

Щоб з'ясувати симптоми травматичних стресових станів досліджуваних, ми скористалися адаптованими для української популяції В. Безшейком Шкалами клінічної діагностики ПТСР «The National Center for PTSD» та опитувальником «Перелік симптомів ПТСР» (Bezsheiko, 2016), а щоб визначити прояви психологічного добробуту, ми використали опитувальник «Шкали психологічного добробуту» С. Ryff в українській адаптації С. В. Карсканової (Карсканова, 2011а). Опитувальник В. Безшейка є адаптованою версією відповідного американського опитувальника для визначення симптомів ПТСР осіб після їх виходу із зони дії психотравматичних чинників. Зважаючи на те, що наші досліджувані постійно перебували в умовах систематичних тривог і ракетних обстрілів, а волонтерки Запоріжжя і Херсона зазнавали впливу цих чинників як мешканки прифронтових та окупованих територій, за допомогою цього опитувальника ми визначали саме СТСС, а не симптоми ПТСР. Рівні та показники СТСС у відповідних балах наведено в публікації матеріалів дослідження (Лазоренко & Дубровинський, 2024а).

Вибірку нашого дослідження серед представників ЗСУ склали 40 курсантів і курсанток другого курсу Військового інституту КНУ імені Тараса Шевченка: 23 чоловіки віком від 18 до 29 років і 17 жінок віком від 18 до 21 року. Згідно з нашою попередньою гіпотезою, в умовах деструктивного впливу психотравматичних чинників війни у значної кількості досліджуваних спостерігаються високі рівні СТСС і, відповідно, низькі рівні ПД. Утім, ця гіпотеза знайшла підтвердження лише щодо 20% респондентів, які мали високі рівні СТСС і низькі рівні ПД. Також серед досліджуваних виявилася група досліджуваних з низькими рівнями СТСС і ПД водночас (17,7%).

Загалом, переважна більшість курсантів і курсанток (62,5%) продемонстрували високий і середній (для умов мирного часу) рівні ПД в умовах воєнного стану, а також більшості з них (60%) вдалося ефективно опанувати СТСС. Особливо зацікавила нас група курсантів і курсанток з високими і середніми рівнями СТСС, які змогли утримати високі рівні ПД. Зважаючи на те, що під час попередніх досліджень зарубіжних і вітчизняних фахівців у певної частини респондентів виявлено посттравматичне зростання, ми звернули увагу на шкалу «особистісне зростання» (далі – ОЗ) моделі С. Ryff і дослідили її внесок у загальний ПД наших респондентів. З'ясувалося, що представникам цієї групи притаманні високі показники ОЗ, а також високі показники деяких інших шкал, які ми визначили як допоміжні. Це дало нам підстави зробити висновок про значущість високих показників шкали ОЗ (та інших допоміжних шкал) для забезпечення високого і середнього рівнів ПД в умовах війни, а також сформулювати гіпотезу про те, що певна частина цих досліджуваних має потенціал для самостійного відновлення свого ПД в умовах війни, а певна частина із них – і для посттравматичного зростання. А втім, ми вважаємо, що відповідна психологічна допомога значно полегшила б для них цей шлях.

Серед представників групи з низькими рівнями ПД і високими рівнями СТСС виявлено низькі рівні ОЗ та інших шкал їхнього ПД. Можемо припустити, що вони перебувають у зоні ризику трансформації своїх СТСС в умовах воєнного стану у відповідні розлади і потребують психологічної допомоги та супроводу щодо зміцнення резильєнтності і ресурсного стресодолавання для забезпечення належного рівня свого ПД і ЗСЖ. Такої ж допомоги потребують ті курсанти і курсантки (40%)., які продемонстрували високі і середні рівні СТСС.

Визначено, що поряд зі значущістю шкали ОЗ для забезпечення високих рівнів ПД досліджуваних важливими також є допоміжні шкали, які ми виокремили через високі рівні їх показників. За частотою проявів у загальній структурі ПД у чоловіків виокремлено шкали «Самоприйняття», «Управління середовищем», «Автономність», а у жінок – «Позитивні відносини», «Самоприйняття», «Автономність», «Цілі життя» (Дубровинський & Лазоренко, 2024)

До проекту «Психологи на війні» і відповідного емпіричного дослідження було залучено працівниць освіти прифронтового м. Запоріжжя (11 жінок – магістранток ЗНУ віком від 22 до 52 років) і деокупованого м. Херсон (26 жінок – працівниць освіти віком від 21 до 62 років) (Дорожкін & Лазоренко, 2023). Тут ми скористалися такими ж методиками, як і під час дослідження курсантів і курсанток – військових психологів. Згідно з нашою гіпотезою, як і в попередньому дослідженні, передбачалось, що доволі значна частина його учасниць, особливо з м. Херсон, які фактично безпосередньо перебували в умовах війни на прифронтовій території і в окупації під постійними обстрілами та під впливом інших психотравматичних чинників, продемонструють значні показники рівня СТСС і, відповідно, низькі показники ПД. Також на початку

дослідження не було сподівань на те, що в таких умовах працівниці освіти взагалі збережуть хоча б середні показники ПД.

Наша гіпотеза частково підтвердилася завдяки тим респонденткам, яких об'єднує низький рівень ПД. Загалом це 20% від кількості учасниць дослідження. Однак загальні результати дослідження стану ПД у його співвідношенні зі станами СТСС магістранток ЗНУ м. Запоріжжя і працівниць освіти м. Херсон стали для нас досить несподіваними. Всупереч песимістичним очікуванням лише 12 осіб (32,4%) із 37 мали високі, 27% – середні, а значна частина (40,6%) – низькі рівні СТСС. Натомість переважна більшість (понад 80% досліджуваних) показали високі і середні (у межах норми для умов мирного життя) рівні ПД.

За результатами більш детального аналізу отриманих результатів ми, як і щодо курсантів і курсанток, виокремили дві групи досліджуваних із своєрідними варіантами поєднання рівнів СТСС і ПД. Підтвердилися ролі шкали ОЗ та інших допоміжних шкал з високими показниками в забезпеченні високих рівнів ПД досліджуваних. Це дослідження підтвердило наше попереднє припущення, що група працівниць освіти з високим рівнем переживання СТСС, але з високим і середнім ПД (7 осіб, 18,9%) має тенденцію до ефективного відновлення та формування посттравматичного особистісного зростання. Друга група, з високим рівнем СТСС і низьким рівнем ПД (5 осіб, 13,5%), продемонструвала протилежну тенденцію – схильність до формування ПТСР. На нашу думку, під час надання фахової психологічної допомоги постраждалим виокремлені поєднання можуть слугувати критеріями визначення цих тенденцій і відповідної їх корекції.

Також маємо звернути увагу на більш високий рівень збереження ПД магістранток м. Запоріжжя порівняно з працівницями освіти м. Херсон, що можна пояснити більш високим рівнем їхньої фахової психологічної готовності до опанування СТСС. Слід брати до уваги і неспівмірність вибірки, а також ту обставину, що м. Запоріжжя перебувало і перебуває в близькості до зони бойових дій, проте не було в окупації, тоді як мешканці м. Херсон її пережили і під час проведення дослідження перебували під постійними щоденними обстрілами з боку ворога. Слід також зважати й на те, що відповіді учасниць дослідження певною мірою зумовлені їхнім суб'єктивним визначенням та самооцінкою своїх станів.

Можливості забезпечення високих і середніх рівнів ПД в умовах дії психотравматичних чинників війни та результати досліджень колег, які доводять важливість таких внутрішніх чинників, як резильєнтність (Кокун & Мельничук, 2023) і ресурсне стресодолаання (Lahad & Leykin, 2013) у забезпеченні належних рівнів ПД, спонукало нас відтак з'ясувати значущість цих чинників щодо наших досліджуваних. Для емпіричного підтвердження цієї думки ми провели відповідне пілотне дослідження серед курсанток Військового інституту КНУ імені Тараса Шевченка (Лазоренко, 2024а). Вибірку цього дослідження склали 13 курсанток – військових психологів другого курсу віком від 18 до 27 років. Рівні і показники ПД і СТСС ми визначали за допомогою методик С. Ryff і В. Безшейка, які застосовували під час попередніх наших

досліджень. Для визначення резильєнтності ми скористалися шкалами Connor – Davidson resilience scale (CD-RISC-10) (Шкали резильєнтності, 2023), а для дослідження використання курсантками особистісних ресурсів стресодолання – шкалами ресурсорієнтованої моделі стресодолання BASIC Ph M. Lahad (Lahad & Leykin, 2013).

Результати дослідження показали, що, перебуваючи в зоні постійної дії стресогенних чинників війни, переважна більшість курсанток могли підтримувати високі рівні ПД (8 осіб, або 61,5%, 7 із них – з низькими рівнями СТСС і одна курсантка – із середнім його рівнем). Середній рівень ПД продемонстрували 4 особи (31%), три з них – за середніх рівнів СТСС, а одна курсантка – за низького його рівня. Лише в однієї курсантки був низький рівень ПД, але за низького рівня СТСС. Тобто результати цього дослідження, як і попередніх, свідчать про схожість розподілу респонденток за співвідношенням їхніх рівнів СТСС і ПД. Також нарівні зі шкалою «Особистісне зростання» найбільші внески в загальний ПД учасниць дослідження належать шкалам «Позитивні відносини» і «Цілі життя».

Щоб більш детально проаналізувати показники ресурсорієнтованої моделі стресодолання і порівняти їх з рівнями та показниками шкал резильєнтності і ПД, ми відповідним чином їх опрацювали та розділили на три основні рівні (Лазоренко, 2024b). Визначивши, порівнявши та проаналізувавши рівні ПД курсанток, інтегральні показники значень резильєнтності та інтегральні рівні ресурсорієнтованого стресодолання, ми в цілому підтвердили їх взаємоузгодженість. Високим рівням ПД відповідали високі і середні показники резильєнтності і стресодолання (крім однієї курсантки, у якій виявлено низький рівень стресодолання). Така ж взаємоузгодженість характерна і для групи курсанток із середнім рівнем ПД (крім однієї особи, яка продемонструвала низький рівень резильєнтності). Також курсантка з низьким рівнем ПД мала такі ж низькі рівні резильєнтності і стресодолання.

На нашу думку, для підвищення у респонденток рівнів ПД, резильєнтності, ресурсорієнтованого стресодолання та гармонізації відповідних показників доцільно розробити і провести з учасницями дослідження відповідні психокорекційні заходи і розвивальні соціально-психологічні тренінги. Це також може стосуватися і комбатантів – представників ЗСУ, інших силових структур, ветеранів і волонтерів, які потребують психологічної допомоги та супроводу для забезпечення належної якості ЗСЖ і ПД в умовах війни.

1.3.2. Особистісні стратегії відновлення та забезпечення ЗСЖ, психологічного добробуту і посттравматичного особистісного зростання комбатантів і волонтерів

Подолання наслідків психотравматизації, деструктивних порушень ЗСЖ і ПД, запобігання виснаженню комбатантів та волонтерів в умовах війни

можливі в разі застосування відповідних особистісних стратегій. Напрацьовано різні комплекси стратегій щодо втілення основних смисложиттєвих цілей – як особистих, так і групових, колективних, притаманних окремим спільнотам і загалом українському суспільству в умовах війни та повоєнного відновлення.

Спираючись на попередній досвід досліджень і практичної допомоги, спрямованих на психологічну реабілітацію та соціально-психологічний супровід спільноти комбатантів і волонтерів, з-поміж загальних стратегій забезпечення ЗСЖ і ПД ми виокремили такі:

- ставлення до психотравми як до ресурсу духовного посттравматичного зростання особистості;
- комплексного відновлення і збереження психологічної цілісності особистості;
- формування та зміцнення психосоціальної солідарності, групової ідентичності комбатантів і волонтерів («один за всіх і всі за одного»);
- комплексного соціально-психологічного супроводу в підтриманні ЗСЖ і ПД комбатантів і волонтерів, сприяння їхньому особистісному розвитку;
- забезпечення сталості ЗСЖ і ПД, профілактики їх порушень (Лазоренко, 2022а).

У контексті реалізації концепції відновлення та збереження ЗСЖ і ПД ветеранів і ветеранок, волонтерів і волонтерок умовах війни ми також обґрунтували важливість таких стратегій.

Ідеться про:

- визнання і прийняття людиною себе такою, якою вона, є зі своїм станом фізичного і психологічного здоров'я, позитивними, і не зовсім, особистими якостями і звичками, зокрема набутими під час участі в бойових діях;
- готовність до особистісних змін, поліпшення своїх станів та якостей, відмову від шкідливих звичок і набуття нових, позитивних;
- відкритість до допомоги фахівців, близьких і рідних, членів спільноти і громади в реалізації зазначених змін, налаштованість на самодопомогу та особистісний саморозвиток;
- суб'єктне посттравматичне зростання у взаємодії із членами своїх спільноти і громади;
- опанування нових позитивних умінь, навичок та моделей спілкування зі своїм сімейним і родинним оточенням, поведінки в соціальному середовищі;
- подолання психоемоційного виснаження (вигорання), набуття навичок його профілактики;
- активну участь у ветеранських і волонтерських громадських організаціях, групах само- і взаємодопомоги;
- профілактику різного роду залежностей, зокрема зловживання алкоголем, запобігання формуванню та укоріненню шкідливих для здоров'я звичок (Дворник, 2024, с. 29-30).

У контексті дослідження особливостей співвідношення рівнів СТСС і ПД курсантів і курсанток – військових психологів та волонтерок, працівниць освіти прифронтових і деокупованих територій, ми звернули увагу, як зазначалося

вище, на здатність значної частини досліджуваних, котрі перебувають в умовах психотравматичного, стресогенного середовища, трансформувати СТСС і підтримувати високі рівні ПД. Також хотіли б відмітити провідну роль шкали «Особистісного зростання» і деяких інших шкал як допоміжних щодо такого підтримання в умовах війни. У зв'язку із цим ми проаналізували та узагальнили зміст шкал ПД і виокремили основні особистісні стратегії забезпечення високого рівня ПД, які, на нашу думку, імпліцитно з ними корелюють.

Скажімо, на підставі шкали «Позитивні відносини з тими, що оточують» ми сформулювали стратегію довіри до себе і свого оточення, піклування про спільний добробут, за шкалою «Автономія» – стратегію самоздійснення, самостійності в керуванні собою та реалізації власних життєвих рішень. Так само з іншими шкалами було пов'язано відповідні стратегії: зі шкалою «Управління середовищем» – стратегію впевненості і компетентності ефективно взаємодіяти із власним життєвим середовищем; зі шкалою «Особистісне зростання» – стратегію відкритості новому та особистісним змінам, самоздійснення в реалізації власного потенціалу; зі шкалою «Цілі в житті» – стратегію цілеспрямованості та осмисленості власного життя у формуванні та реалізації життєвих цілей; зі шкалою «Самоприйняття» – стратегію позитивного ставлення до себе, прийняття себе в різних свої проявах (Дорожкін & Лазоренко, 2024).

На нашу думку, саме завдяки виокремленим вище позитивним стратегіям особистість може зберігати високий рівень ЗСЖ і ПД в умовах війни. На противагу цим позитивним, суб'єктно орієнтованим на протистояння психотравматичним чинникам зовнішнього середовища стратегіям є стратегії, які особистість може використовувати як інструмент маніпулятивної, пристосовницької, позірної адаптації щодо виживання в умовах ворожого їй середовища.

Під час подальших наших досліджень вдалося з'ясувати, що в окремих випадках за середніх і низьких рівнів шкали ОЗ та застосування відповідної стратегії високий рівень загального ПД забезпечувався іншими шкалами та їхніми стратегіями, які ми визначили як допоміжні. Серед курсантів і курсанток – військових психологів – виокремлено специфічні комплекси поєднань стратегій забезпечення загального ПД, притаманних жінкам і чоловікам. Так, за частотою проявів у загальній структурі ПД для чоловіків характерні стратегії шкал «Самоприйняття», «Управління середовищем», «Автономність», а для жінок – «Позитивні відносини», «Самоприйняття», «Автономність», «Цілі життя» (Дубровинський & Лазоренко, 2024).

Що ж до співвіднесення та узгодження стратегій, що базуються на шкалах ПД, з розглянутими вище сферами психологічного складника ЗСЖ, то маємо зазначити таке: до духовно-психологічної сфери належать стратегії «самоздійснення, самостійності в керуванні собою та реалізації власних життєвих рішень», «відкритості новому та особистісним змінам, самоздійснення в реалізації власного потенціалу», «цілеспрямованості та осмисленості власного життя у формуванні та реалізації життєвих цілей»; до психоемоційної сфери – стратегія «позитивного ставлення до себе, прийняття

себе в різних своїх проявах», а до соціально-психологічної сфери – стратегії «довіри до себе і свого оточення, піклування про спільний добробут», «впевненості і компетентності ефективно взаємодіяти з власним життєвим середовищем».

Оскільки під час наших досліджень щодо забезпечення ЗСЖ і ПД комбатантів та волонтерів з'ясувалася важлива роль особистісних ресурсів стресодолання, ми скористались у своїй подальшій роботі опитувальником ресурсного стресодолання BASIC Ph Mooli Lahad (Lahad, 2024) для визначення основних стратегій. Відтак було проведено змістовий і смисловий аналіз питань за відповідними шкалами і визначено такі стратегії:

В – повного вираження своїх емоцій і почуттів у самосприйнятті та спілкуванні із зовнішнім світом;

А – віри у власні сили, допомогу сприятливого середовища та вищі сили в досягненні життєвих цілей, вирішенні життєвих завдань;

С – опори на дружню підтримку зовнішнього соціального середовища;

І – актуалізації спогадів про позитивний досвід минулого, перегляд і переосмислення теперішнього, вибір його сприятливих аспектів та паростків сподівань на краще майбутнє;

С – всебічного аналізу проблемної ситуації та опрацювання варіантів її розв'язання, вибору найбільш оптимального; складання плану дій і його поетапної реалізації;

Ph – поваги до своїх фізіологічних, фізичних і побутових потреб, систематичної профілактики втоми і психоемоційного напруження (Лазоренко, 2024а).

У нашому пілотному дослідженні застосування стратегій найбільше балів у вибірці курсанток набрали такі стратегії BASIC Ph: стратегія С – усебічного аналізу проблемної ситуації та опрацювання варіантів її розв'язання, вибору найбільш оптимального, складання плану дій і його поетапної реалізації (10 осіб); стратегія В – повного вираження своїх емоцій і почуттів у самосприйнятті та спілкуванні із зовнішнім світом (6 осіб) і стратегія Ph – поваги до своїх фізіологічних, фізичних і побутових потреб, систематичної профілактики втоми та психоемоційного напруження (4 особи). Інші стратегії в їхніх максимальних для особи значеннях респонденти обирали значно рідше.

Далі стратегії, що базуються на моделі ресурсного стресодолання BASIC Ph, було співвіднесено із зазначеними вище сферами психологічного складника ЗСЖ. До духовно-психологічної сфери ми віднесли стратегію «віри у власні сили, допомогу сприятливого середовища та вищі сили в досягненні життєвих цілей, вирішенні життєвих завдань» та «актуалізації спогадів про позитивний досвід минулого, перегляд та переосмислення теперішнього, вибір його сприятливих аспектів та паростків сподівань на краще майбутнє»; до психоемоційної сфери – стратегію «повного вираження своїх емоцій і почуттів у самосприйнятті та спілкуванні із зовнішнім світом»; до психосоматичної сфери – стратегію «поваги до своїх фізіологічних, фізичних і побутових потреб, систематичної профілактики втоми та психоемоційного напруження»; до соціально-психологічної сфери – стратегії «опори на дружню підтримку

зовнішнього соціального середовища» та «всебічного аналізу проблемної ситуації та опрацювання варіантів її розв'язання, вибору найбільш оптимального, складання плану дій і його поетапної реалізації».

Маємо зазначити, що в умовах війни більша частина учасників наших досліджень змогла досить успішно застосовувати зазначені стратегії в протистоянні стресогенним чинникам війни та підтримувати задовільний рівень ПД і резильєнтості, ефективно використовувати ресурсне стресодолання (Лазоренко, 2024а).

З огляду на необхідність вирішення завдання щодо забезпечення ЗСЖ і ПД комбатантів та волонтерів на основі стратегій, які ґрунтуються на розглянутих вище концепціях, маємо також звернути увагу на стратегії посттравматичного зростання в теорії життєтворення, розроблені Т. М. Титаренко. Основною серед них є стратегія зміни ставлення людини до воєнної травматизації. Стратегія передбачає, що особистість має сприймати травматичні чинники і стресові реакції на них як ресурс посилення імунітету та сприяння посттравматичному зростанню. Досить ефективною є стратегія переосмислення просторових визначень життєвого світу особистості шляхом трансформації своїх симпатій і антипатій щодо них та підвищення особистісної емпатійності, віднайдення нових способів взаємодії і спілкування зі своїм просторовим оточенням. Цією стратегією, за результатами дослідження Т. Титаренко, значною мірою послуговуються колишні військовослужбовці. Важливою стратегією забезпечення посттравматичного зростання є також відновлення здатності особистості до свідомого смислотворення і реструктуризації часових визначень життєвого світу особистості, завдяки чому відбуваються значущі неочікувані ціннісно-сміслові зміни життєвих пріоритетів. Ще однією стратегічно важливою для особистості стратегією посттравматичного зростання дослідниця вважає зміну ставлення до себе шляхом актуалізації ресурсів самозбереження і самовідновлення. Її суть – у зміщенні фокусу уваги з перебігу зовнішніх подій на заглиблення в себе, набуття вміння рефлексування, усвідомлення, оцінювання та осмислення життєвих ситуацій з погляду особистої відповідальності за власні вчинки в цих ситуаціях (Титаренко, 2017).

З огляду на особливості цифровізації сучасного світу і потреби особистості в збереженні ЗСЖ в умовах війни хотіли б також привернути увагу до дослідження стратегій забезпечення її цифрового добробуту з використанням моделі HE SI AD – health education (забезпечення інформаційної грамотності), service improvement (прості й ефективні онлайн-технології), advocasy (залучення до співпраці урядових і громадських організацій) (див. підрозділ 2.3.3).

Розглядаючи важливі стратегії забезпечення ЗСЖ і ПД особистості в умовах війни, ми, безперечно, беремо до уваги зростання серед представників українських ЗСУ, інших силових структур числа осіб, що належать до різних релігійних конфесій і потребують відповідної духовно-психологічної допомоги для збереження свого духовно-психологічного добробуту. Щоб задовольнити цю потребу вірян – захисників і захисниць, у складі ЗСУ, Національної гвардії

України, інших військових формувань згідно із Законом України «Про Службу військового капеланства» у співпраці з різними релігійними конфесіями як окрему структуру створено Службу військового капеланства. У зв'язку із цим постала потреба в напрацюванні, на відміну від світських, відповідних релігійних духовно-психологічних стратегій забезпечення ЗСЖ і ПД комбатантів та волонтерів.

Поняття духовного добробуту і стратегії його забезпечення стають предметом розгляду головним чином у релігійних дослідженнях, а також в окремих психологічних розвідках у контексті релігійного світогляду досліджуваних. Зарубіжні автори описують використання постраждалими, зокрема комбатантами, духовно-психологічних копінг-стратегій відповідно до релігійного світогляду. Зокрема, К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez (2000) вивчали релігійні різновиди копінг-стратегій розв'язання життєвих проблем та забезпечення духовного добробуту особистості. На основі теорії і програми дослідження К. Pargament розроблено й застосовано коротку форму опитувальника RCOPE, а відтак виокремлено дві загальні релігійні духовно-психологічні стратегії – позитивну і негативну. Позитивна стратегія базується на безпечних стосунках із трансцендентною силою, зв'язку з іншими та доброзичливому світогляді. Негативна духовно-психологічна стратегія реалізує глибинну духовну суперечливість і внутрішню конфліктну боротьбу із собою, з іншими і з божественним (Pargament et al., 2000). Результати емпіричних досліджень підтвердили дієвість духовно-психологічної стратегії позитивного релігійного долання, зокрема використання особистих духовних практик і допомоги релігійної спільноти в сприянні постраждалим віруючим у зменшенні важкості проявів ПТСР та зміцненні духовно-психологічного добробуту ветеранів бойових дій, і, навпаки, визначено, що негативна стратегія утруднювала процес психологічної реабілітації (Smith-MacDonald et al., 2017).

Поняття духовності не вичерпується релігійною свідомістю і світоглядом, а має також суттєвий світський зміст. Зокрема, серед стратегій забезпечення ЗСЖ і ПД в умовах війни ми виокремили стратегію використання психотравми як ресурсу духовного посттравматичного зростання для позбуття зневіри, відчаю, безсилля, безсенсовності та набуття стійкості, упевненості в собі, зміцнення сили волі та віри в перемогу (Лазоренко, 2022а). Також на основі проведеного вище аналізу стратегій, які базуються на шкалах ПД і моделі ресурсного стресодолання BASIC Ph, описано відповідні світські духовно-психологічні стратегії забезпечення ЗСЖ і ПД досліджуваних (Лазоренко, 2024а). Що ж до ефективності застосування духовно-психологічних стратегій забезпечення духовного добробуту і життєстійкості особистості в умовах війни, то маємо зауважити, що, надаючи психологічну допомогу постраждалим, слід брати до уваги їхні світоглядні настановлення, творчо застосовувати духовно-психологічні стратегії, а з-поміж них – світські або релігійні – відповідно до світогляду та релігійних конфесій постраждалих.

1.3.3. Засоби реалізації стратегій і профілактика порушень здорового способу життя та психологічного добробуту

Оскільки стратегії – це загальні плани і способи досягнення мети, розгляньмо, якими конкретними засобами їх може бути реалізовано. До духовно-психологічних засобів реалізації відповідних стратегій ЗСЖ і ПД належать психотехнології екзистенційної терапії, логотерапії; духовні практики різних релігійних конфесій, спрямовані на відновлення і збереження життя та здоров'я особистості; світські духовні практики морально-психологічного забезпечення боєздатності військовослужбовців і духовно-психологічної стійкості волонтерів. Так, духовно-психологічні практики допомагають постраждалим у трансформації та опануванні негативних станів ненависті, жаги помсти, зневіри, відчаю, безсилля, безсенсовості і, відповідно, у набутті позитивних станів духовної стійкості, упевненості в собі, зміцненні сили волі та віри в перемогу. Також значну роль у забезпеченні ефективності збереження і відновлення ЗСЖ комбатантів і волонтерів відіграють активація та розвиток їхньої суб'єктності, акцент на зміцненні самостійності, особистісної авторитетності, відносної автономності в тісному взаємозв'язку зі своїми спільнотами.

Коли йдеться про стратегії у психоемоційній та психосоматичній сферах ЗСЖ, доцільним є застосування відповідних психотехнологій різноманітних психологічних напрямів і шкіл. Особливо важливими є ті з них, які спрямовані на використання ресурсів посттравматичного зростання (Климчук, 2020; Титаренко, 2020). У контексті опрацювання індивідуально-психологічних чинників слід звернути увагу на науково доведені і практично обґрунтовані засоби травмофокусованої КПТ, EMDR-терапії, арттерапії в її різноманітних формах, гештальттерапії, тілесно-орієнтованої терапії (зокрема дихальних практик), транзактного аналізу, логотерапії (наприклад, методики парадоксальної інтенції) та інші традиційні і сучасні дієві засоби. Як показують результати наших досліджень і досвід зокрема, може бути корисним авторський варіант методики парадоксальної інтенції, що базується на механізмі парадоксального реагування психіки особи на травматичні стимули. Цей механізм активує позаособистісні ресурси і забезпечує адекватне їх використання для відновлення та забезпечення постраждалими свого ЗСЖ і ПД, а для певної їх частини – посттравматичне зростання в умовах війни. Підтверджено на практиці, що негативний досвід може стати ресурсом посттравматичного зростання, якщо його правильно сприйняти, розпакувати, трансформувати і засвоїти (Лазоренко, 2022b).

У психосоматичній сфері слід обов'язково враховувати також те, що внаслідок перебування під постійними обстрілами, в умовах постійної загрози життю і здоров'ю під час виконання своїх обов'язків певна частина комбатантів і волонтерів може зазнавати значної психотравматизації. Через це у деякого з них можуть проявлятися психосоматичні і соматичні ознаки втоми і виснаження, зокрема больові відчуття в різних частинах тіла, проблеми із серцем чи шлунком, поганий сон, неадекватні агресивність чи депресивність,

роздратування, інші ознаки травматичних стресових станів. У таких ситуаціях разом із психологічною їм може бути потрібна також і медична допомога. Вчасне звернення по таку допомогу є важливим засобом профілактики соматичних ускладнень і хвороб, зокрема ПТСР. Тому, щоб запобігти розвитку у потерпілих ПТСР, їх слід своєчасно переспрямовувати до фахівців медичних закладів, які надають необхідну фахову допомогу.

У соціально-психологічній сфері забезпечення ЗСЖ і ПД слід наголосити на необхідності опанування внутрішньої і зовнішньої конфліктності та відповідних їм поведінкових реакцій, забезпечення цілісності особистості. Дієвими тут можуть бути групові психотехнології на основі психодрами, сімейної терапії, а також соціально-психологічні тренінги і рольові ігри з розвитку позитивних навичок спілкування, групи само- і взаємодопомоги із застосуванням методики «рівний – рівному». Запорукою успішності їх використання є духовно-психологічний ресурс довіри, що базується на глибокій спорідненості комбатантів і волонтерів, розумінні ними своїх потреб, цінності і корисності набутих знань і досвіду, який передається, простоті і практичності їх застосування. Хотіли б звернути увагу також на необхідність соціально-психологічного супроводу як важливого стратегічного засобу закріплення набутих умінь і навичок ЗСЖ та ПД із застосуванням психотехнологій командотворення, активної участі в громадських ветеранських і волонтерських організаціях, громадських заходах підтримання ЗСУ, інших силових структур (Лазоренко, 2021).

Коли йдеться про засоби реалізації стратегії «забезпечення сталості ЗСЖ і ПД, профілактики їхніх порушень», то тут важлива роль належить психотехнологіям опанування хронічної втоми та виснаження, зокрема підтримання зворотного зв'язку фахівців і лідерів із членами груп комбатантів і волонтерів, використання технології обміну ролями в опрацюванні рецидивів негативних станів та реакцій, запобіганні зловживанню лікарськими засобами, алкоголем, набутті стану відновлення. Основні ресурси профілактики рецидивів негативних станів та забезпечення сталості ЗСЖ – історична пам'ять, етнічний, сімейно-родовий досвід поразок і перемог, рідна мова, групова солідарність, взаємна підтримка комбатантів і волонтерів, фахова допомога в забезпеченні їхнього посттравматичного зростання.

Розглядаючи позитивні стратегії та засоби опанування деструктивних чинників війни та їх наслідків, не можемо оминати увагою протилежні – деструктивні стратегії та засоби. Маємо зауважити, що в умовах війни певна частина комбатантів і волонтерів можуть недбало ставитися до профілактики і підтримання належного рівня ЗСЖ і свого ПД. Це може бути зневажливе ставлення до свого здоров'я і життя, їх знецінення та споживацьке використання як засобів забезпечення інших цінностей, схиляння до пріоритету «швидких результатів» за будь-яку ціну без огляду на деструктивні наслідки. Систематичне застосування цих стратегій може спричинити поглиблення симптоматики хронічної втоми, психоемоційне і професійне виснаження (вигоряння), подальший розвиток соматизації.

Серед поширених засобів уявного опанування деструктивних чинників – немедичне вживання лікарських препаратів, алкоголю, наркотичних речовин, тютюнових виробів і засобів з канабісу, що призводить до формування різноманітних залежностей. До засобів такого деструктивного за своїми наслідками опанування можна віднести і сучасні цифрові технології, надмірне захоплення якими часом зумовлює ігрову залежність, формування шкідливих звичок, що зрештою згубно позначається на загальному здоров'ї і ПД.

Слід наголосити й на важливості дбайливого ставлення комбатантів і волонтерів до власного ЗСЖ в його широкому розумінні, яке поряд із психологічним також передбачає забезпечення (беручи до уваги умови війни і реальні можливості) свого фізичного добробуту, а саме: дотримання належного режиму харчування, водного балансу, тривалості сну, відпочинку і відновлення, необхідність помірних різнобічних фізичних навантажень для нормального функціонування лімфатичної системи і своєчасного виведення токсинів з організму – з огляду на особливості своїх фізичних травм і поранень.

Окремо маємо сказати про важливість реалізації стратегій підтримання ЗСЖ і ПД волонтерів та волонтерок, профілактики можливих їх уражень. Певна частина з них потерпають від хронічної втоми і виснаження (вигоряння), оскільки самовіддано допомагають ЗСУ та іншим силовим структурам. Як показали результати дослідження, проведеного колективом відділу психології особистості щодо ЗСЖ українців, під час війни волонтерство в різних формах практикують понад 99% опитаних. Найбільш значущими формами надання допомоги є перерахування коштів на збори (57,9%) та передавання речей і продуктів (37,2%). Чимало громадян допомагають також безпосередньо на місцях (13,8%), безоплатно надають свої професійні послуги (8,7%). Близько 5% респондентів зазначають, що займаються організаційною діяльністю; майже 4% – виготовляють необхідну продукцію; близько 3% – долучаються до волонтерства якимось іншим чином. При цьому переважна більшість опитаних працює за основним місцем роботи (Дворник та ін., 2024).

У профілактиці втоми та виснаження волонтерів і волонтерок ефективним є впровадження інформаційних едукативних програм та заходів щодо чинників, ознак, проявів і наслідків хронічної втоми та виснаження; реалізація навчальних програм і заходів серед волонтерських громадських організацій та спільнот; проведення представниками фахових психологічних організацій і лідерами волонтерських організацій систематичних групових інтерв'ї; сприяння організації та проведення волонтерських груп взаємо- і самодопомоги; формування корисних щодо ЗСЖ і ПД навичок та звичок, розвиток і поширення здоров'язберігальних практик.

Основний зміст пропонованих заходів полягає в тому, щоб допомогти волонтерам і волонтеркам усвідомити звичайність та поступовість процесу згубності для ЗСЖ і ПД наслідків хронічної втоми та виснаження – психосоматичних симптомів і СТСС, інших психологічних проблем у волонтерській роботі в умовах війни. Також важливо своєчасно надати допомогу тим із них, хто вже має такі симптоми, мотивувати їх до застосування психотехнологій самодопомоги або стимулювати звертатися по фахову

психологічну допомогу. Коли йдеться про опанування втоми і виснаження, то тут дієвими можуть бути такі засоби самопомоги: турбота про свій фізичний стан; увага до якості свого сну, харчування та вживання питної води; наведення належного порядку у своїй повсякденності, беручи до уваги свої можливості в умовах війни.

Поряд з індивідуальною роботою щодо самопомоги і звернення до відповідних фахівців важливими засобами відновлення ЗСЖ і ПД волонтерів і волонтерок може бути систематичне групове інтервізійне спілкування, спрямоване на обмін досвідом щодо опанування втоми і її профілактики, а також групова взаємодопомога за методикою «рівний – рівному» або взаємодопомога під керівництвом фахового психолога чи реабілітолога. Тривалість індивідуальної і групової роботи буде залежати від індивідуальних потреб і запитів волонтерів та волонтерок.

Дуже важливо з погляду профілактики втоми і виснаження, щоб волонтери і волонтерки уникали немедичного вживання лікарських засобів, не зловживали тютюнопалінням, алкоголем, кавою, виправдовуючи це необхідністю збереження працездатності, поліпшення психологічного стану. І ще обов'язково – увага до того, щоб не виснажувати себе надмірним зануренням у робочі практики, трудовоголізм. Натомість належить звертати свою увагу на формування корисних щодо ЗСЖ і ПД навичок та звичок, розвивати здоров'япідтримувальні і здоров'язберігальні практики. Скажімо, приділяти більше уваги особистим успіхам та успіхам своїх колег, заохочувати їх до спільних інтервізійних занять, ділитися новинками у сфері мистецтва і культури, знаходити час на спілкування з природою, святкування днів народження колег, практикувати заняття спортом тощо. Ці практики більш детально буде розкрито в наступних підрозділах.

Висновки

В умовах війни, що наразі триває в Україні, а також пізніше, у післявоєнний період відновлення суспільства і держави, украй важливим теоретичним і практичним завданням є вдосконалення психосоціальної допомоги комбатантам і волонтерам у підтриманні їхнього здоров'я, здорового способу життя і психологічного добробуту, оскільки вони як громадяни є важливою рушійною силою здобуття перемоги над ворогом і майбутнього успішного розвитку нашої держави. Стан їхнього загального добробуту є не просто потужним ресурсом, а справді вагомим соціальним капіталом для відновлення і подальшого поступу України разом з іншими державами європейського простору.

З огляду на це в підрозділі концептуалізовано конструкти здорового способу життя і психологічного добробуту, резильєнтності, ресурсного стресодолавання та стратегії їх забезпечення. Також визначено комплексні емпіричні критерії тенденцій трансформації симптомів травматичних стресових станів постраждалих у ПТСР або, навпаки, у посттравматичне зростання. Згідно з результатами проведених нами досліджень, в осіб з високими рівнями СТСС і

низьким загальним показником ПД, низькими показниками резильєнтності і ресурсного стресодолаття спостерігається тенденція до можливого розвитку ПТСР. І навпаки, в осіб з високими рівнями СТСС, але водночас із високим рівнем ПД, високими показниками резильєнтності та ресурсного стресодолаття зауважено протилежну тенденцію – щодо можливого посттравматичного зростання. Сподіваємося, що використання напрацьованих нами теоретичних та практичних розробок, представлених у цьому розділі, допоможе колегам – практичним і клінічним психологам, психотерапевтам – більш ефективно застосовувати травмофокусовані психотехнології, запобігаючи відтак розвитку симптомів травматичних стресових станів постраждалих у ПТСР, а отже, сприяючи їхньому посттравматичному зростанню.

Важливим з погляду забезпечення ЗСЖ і загального добробуту комбатантів і волонтерів та українського суспільства в цілому є комплекс розглянутих у розділі стратегій. Для ефективної їх реалізації потрібні: комплекс індивідуально-психологічних, соціально-психологічних і духовно-психологічних засобів та психотехнологій, поєднання індивідуальної і групової форм роботи, соціально-психологічний супровід і переадресація постраждалого в разі потреби до інших колег, які спеціалізуються на тих чи інших психологічних проблемах, а якщо треба – і до фахівців-медиків.

Важливе значення для належної підтримки ЗСЖ і ПД комбатантів та волонтерів мають також опрацювання залежностей, шкідливих звичок та їх профілактика. Разом з тим доцільно робити акцент на формуванні корисних щодо ЗСЖ і ПД навичок та звичок, поширенні здоров'язберігальних практик.

РОЗДІЛ 2

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОСТІР ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Здоровий спосіб життя українців під час війни: описові статистики всеукраїнського опитування

Збирання даних опитування «Здоровий спосіб життя українців під час війни» за допомогою Google Forms, що мало пілотажний і основний етапи, тривало з кінця вересня 2023 р. до середини січня 2024 року. Щоб зібрати дані пілотажного дослідження, було використано стихійну онлайн-вибірку. Завдяки цим результатам урегульовано порядок представлення питань. Пілотажні випадки як потенційні носії варіативності також було включено до основного масиву даних. Основне дослідження сформувала панельна вибірка за базами даних організацій.

Усього заповнено 6077 анкет, однак серед них було виявлено 13 дубльованих і 22 бракованих випадки (з великою кількістю пропусків, неінформативні, неваріативні відповіді тощо), після видалення яких до аналізу включено 6042 відповіді респондентів.

Опитування розпочиналося з опису процесу дослідження для респондентів та взяття їхньої інформованої згоди, Запропоновані респондентам питання об'єднано в сім блоків.

Блок 1. Загальні дані (для визначення особливостей суб'єктів промоції ЗСЖ). Інструкція: Повідомте, будь ласка, деякі дані про себе.

Стать: чоловік; жінка; визначаюсь інакше.

Повний вік.

Освіта: неповна середня; повна середня; незакінчена вища / середня спеціальна; повна вища; науковий ступінь.

Рід занять / професія.

Поточний населений пункт, країна проживання.

Поточний стан проживання: один(-на); з чоловіком (дружиною) / партнером(-кою); з батьками; зі співмешканцями / друзями / побратимами; з чоловіком (дружиною) / партнером(-кою) і дитиною / дітьми; з дитиною / дітьми; у розширеній родині.

Як Ви оцінюєте рівень свого доходу на місяць? (орієнтовно середній рівень заробітних плат в Україні у 2023 р. становить 15-18 тис. грн): від 1 – низький до 2 – високий.

Блок 2. Здоровий спосіб життя (для визначення особливостей суб'єктів та прийомів промоції ЗСЖ). Інструкція: Дайте, будь ласка, відповіді на запитання, запропоновані нижче.

1. На Вашу думку, які фактори наразі найбільше сприяють збереженню / відновленню Вашого здоров'я? (оберіть не більше 3-х варіантів): Спосіб життя; Спадковість; Доступність медичних послуг; Якість медичних послуг; Екологічна, епідемічна ситуація; Інфраструктура, спрямована на підтримання здоров'я; Соціальне оточення; Інформаційні кампанії щодо здоров'я; Інше (зазначити).

2. На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про здоровий спосіб життя в сучасних умовах?: Насамперед на відмові від шкідливих звичок; На дотриманні вже наявних, знайомих звичок, корисних для здоров'я; На формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту; На всьому переліченому; Інше (зазначити).

3. Що спонукає Вас дотримуватися здорового способу життя?: Ознаки погіршення здоров'я; Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу; Позитивний досвід подолання ускладнень зі здоров'ям завдяки ЗСЖ; Здоровий спосіб життя знайомих людей; Відповідна інформація в соцмережах / на телебаченні; Індивідуальна / групова робота з фахівцем; Прямуювання до особистої мети (напр., повноцінно жити); Інше (зазначити).

4. Що заважає Вам дотримуватися здорового способу життя?: Неприятливі навколишні умови (напр., небезпечний район проживання); Нестача матеріальних ресурсів (напр., неможливість придбати необхідні засоби/послуги); Нестача ясної, чутливої до особистої ситуації інформації, як саме дотримуватися ЗСЖ; Непослідовність фахівців у сфері здоров'я (напр., неякісна діагностика); Нестача соціальної підтримки (напр., байдужість близьких); Неприятливий емоційний стан (напр., унаслідок надмірного стресу); Сталі психологічні особливості (напр., депресивність/тривожність); Досвід невдач у дотриманні ЗСЖ (зриви, погіршення тощо); Інше (зазначити).

5. Дотримання яких із наведених практик викликає у Вас найбільше труднощів? (оберіть не більше 3-х варіантів): Щоденні гігієнічні процедури; Раціональне харчування; Дотримання водного балансу; Фізична активність; Загартовування; Режим праці та відпочинку; Обмеження екранного часу; Гігієна сну; Достатній тілесний контакт з іншими людьми (напр., обійми); Безпечна сексуальна поведінка; Відмова від тютюнопаління; Відмова від вживання алкоголю; Відмова від вживання наркотичних речовин (у т.ч. канабісу); Необхідні медичні обстеження / схеми лікування; Забезпечення позитивних емоцій; Саморозвиток (інтелектуальний / моральний / духовний); Не маю труднощів; Інше (зазначити).

6. На якому етапі повномасштабного вторгнення Ви відчували найбільші труднощі в дотриманні здорового способу життя? (множинний вибір): лютий-

травень 2022 року; червень 2022 року – лютий 2023 року; березень 2023 року – поточний час; не маю(-в/-ла) труднощів.

7. Чи вважаєте Ви, що наразі загалом дотримуєтеся здорового способу життя (як Ви його розумієте)? : Так; Радше так; Важко відповісти; Радше ні; Ні.

Блок 3. Практики підтримання здоров'я (для визначення мішеней та прийомів промоції ЗСЖ). Інструкція: Будь ласка, позначте найважливіші для Вас практики підтримання здоров'я та/або додайте власний варіант у кожній з 9-ти наведених тем.

1. Базові потреби: приділяю увагу гігієні, зовнішньому вигляду; приділяю увагу харчуванню / водному балансу; приділяю увагу фізичній активності; приділяю увагу режиму дня; приділяю увагу сну; намагаюся позбутися шкідливих звичок; роблю необхідні медичні обстеження / дотримуюся необхідних схем лікування; Інше (зазначити).

2. Спілкування: довірливо спілкуюся з найближчим оточенням; організовую зустрічі з приємними мені людьми; зустрічаюся з приємними мені людьми віртуально; ділюся історіями з незнайомими людьми (ефект купе); маю тілесний контакт з близькими; турбуюся про тих, хто опиняється поруч; обмежую реальне/віртуальне спілкування з неприємними мені людьми; Інше (зазначити).

3. Робота: підтримую робочий процес у звичному режимі; використовую нові способи виконувати звичні завдання; маю нову роботу/навчання; Інше (зазначити).

4. Волонтерство: перераховую кошти на збори; передаю речі, продукти; виготовляю необхідну продукцію; безоплатно надаю свої професійні послуги; займаюся організаційною діяльністю; допомагаю безпосередньо на місцях; Інше (зазначити).

5. Духовність: читаю духовну літературу; комунікую зі своїм духовним наставником; переглядаю/слухаю програми про духовність; беру участь у житті духовних громад (напр., відвідую церкву); дотримуюся духовних ритуалів; молюся; наставляю інших; Інше (зазначити).

6. Інформація: дізнаюся про новини від найближчого оточення; помірно (до 1 год за добу) звертаюся до експертних джерел; отримую інформацію з гумористичного контенту; Інше (зазначити).

7. Психологічна допомога: відвідую групу підтримки / психотерапевтичну групу; займаюся із психологом/психотерапевтом; за потреби користуюся телефоном довіри; користуюся автоматизованими програмами (застосунки, чат-боти); самостійно шукаю інформацію щодо подолання психологічних труднощів; Інше (зазначити).

8. Саморозвиток: будую плани, ставлю цілі; розширюю свої знання (напр., читаю спеціалізовану літературу); удосконалюю вміння / навички (напр., граю на музичному інструменті); веду щоденник особистого досвіду; займаюся тілесними практиками; застосовую вправи на візуалізацію; використовую дихальні практики; медитую; практикую майндфулнес; Інше (зазначити).

9. Рекреація: усамітнююся; займаюся творчістю (напр., хобі); подорожую; прогулююся місцевістю, де мешкаю; відновлююся в лікувально-курортних закладах; беру участь в оздоровчо-спортивних заходах; відвідую пізнавальні заходи (виставки, семінари, лекції, творчі зустрічі тощо); відвідую розважальні заходи (концерти, вечірки тощо); читаю художню літературу; відвідую ресторани/кафе; переглядаю фільми/серіали; Інше (зазначити).

Чи відвідували Ви перформанс плейбек-театру за час повномасштабного вторгнення?: Не знаю про таку практику; Чув(-ла), але не відвідував(-ла); Так, у ролі глядача/слухача; Так, розповідав(-ла) історію.

Чи хотіли б Ви, щоб про подію/ситуацію з Вашого життя поставили театральну сцену?: Так; Радше так; Важко відповісти; Радше ні; Ні.

Блок 4. Цифровий добробут (для визначення середовища промоції ЗСЖ). Інструкція: Будь ласка, позначте відповіді до 18 запитань щодо Вашої поведінки зі смартфоном та пов'язаних аспектів життя.

(Більш детально блок описано в параграфі 2.3 цієї монографії.)

Блок 5. Ставлення до невизначеності (для визначення мішені промоції ЗСЖ). Інструкція: Будь ласка, позначте міру згоди із запропонованими нижче 12-ма твердженнями щодо Вашого ставлення до невизначеності.

(Більш детально блок описано в параграфі 2.2 цієї монографії.)

Блок 6. Екзистенційні мотивації (для визначення мішені промоції ЗСЖ). Інструкція: Будь ласка, оцініть, наскільки кожне з 12-ти тверджень відповідає Вашому життю.

(Більш детально блок описано в параграфі 3.2 цієї монографії.)

Блок 7. Досвід у зв'язку з повномасштабним вторгненням (для визначення особливостей суб'єктів та мішені промоції ЗСЖ). Інструкція: Будь ласка, зазначте Ваш досвід, набутий за час російського повномасштабного воєнного вторгнення на територію України.

Досвід вимушеного переселення у зв'язку з повномасштабним вторгненням: Маю, всередині країни; Маю, за кордон; Маю, і всередині країни, і за кордон; Не маю.

Досвід втрат у зв'язку з повномасштабним вторгненням (множинний вибір): Психологічні втрати (довіри, упевненості, цінностей тощо); Втрата можливостей (медичної допомоги, освіти, самореалізації тощо); Втрата можливостей (медичної допомоги, освіти, самореалізації тощо); Втрата належності, значущих соціальних зв'язків; Втрата фінансів/доходу; Майнові втрати; Смерть знайомої/близької людини; Фізичні, фізіологічні втрати (порушення функціонування організму); Не маю; Інше (зазначити).

Інший досвід у зв'язку з повномасштабним вторгненням (множинний вибір): Бойовий військовий досвід; Медична/домедична допомога; Правоохоронна діяльність; Ліквідація наслідків (зокрема волонтерська); Проживання під окупацією; Безпосередньо постраждалий(-а) від обстрілів; Безпосередньо постраждалий(-а) від повені; Не маю; Інше (зазначити).

Інструкція: Будь ласка, оцініть для кожного наведеного нижче твердження міру Ваших внутрішніх змін унаслідок усвідомлення досвіду,

пов'язаного з повномасштабним вторгненням. (Більш детально цю частину блоку описано в параграфі 3.1 цієї монографії.)

Результати опитування за представленими блоками наведено далі в тексті.

2.1.1. Соціально-демографічні характеристики вибірки

Відповідно до блоку 1 «Загальні дані» було зібрано соціодемографічні показники (стать, вік, освіта, рід занять, поточне місце і стан проживання, рівень доходу), важливі для відстеження відповідності з показниками ЗСЖ.

За статевим розподілом серед респондентів переважають чоловіки, частка яких у вибірці становить понад 60,3%, натомість частка жінок – майже 40%, а менше ніж 1% опитаних зазначили, що визначаються інакше (не ідентифікують себе як чоловік чи жінка) (рис. 2.1).

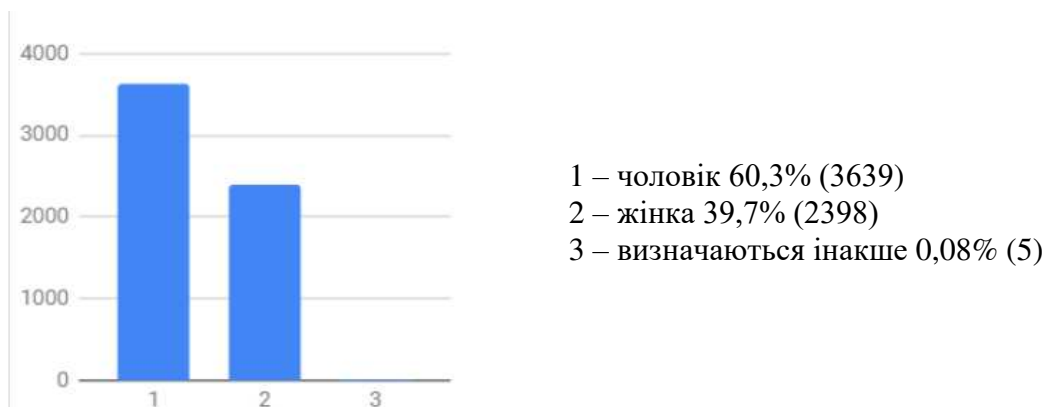


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Упорядкувавши дані відповідно до періодизації ООН, ми також з'ясували, що основну масу опитаних (рис. 2.2) становили респонденти віком 25-44 роки (69,5%) і 45-64 роки (21,7%). Натомість опитаних віком до 24 років було 8,2%, а літніх осіб старше 65 років – тільки 0,6%. Отже, середній вік респондентів становив 38 років.

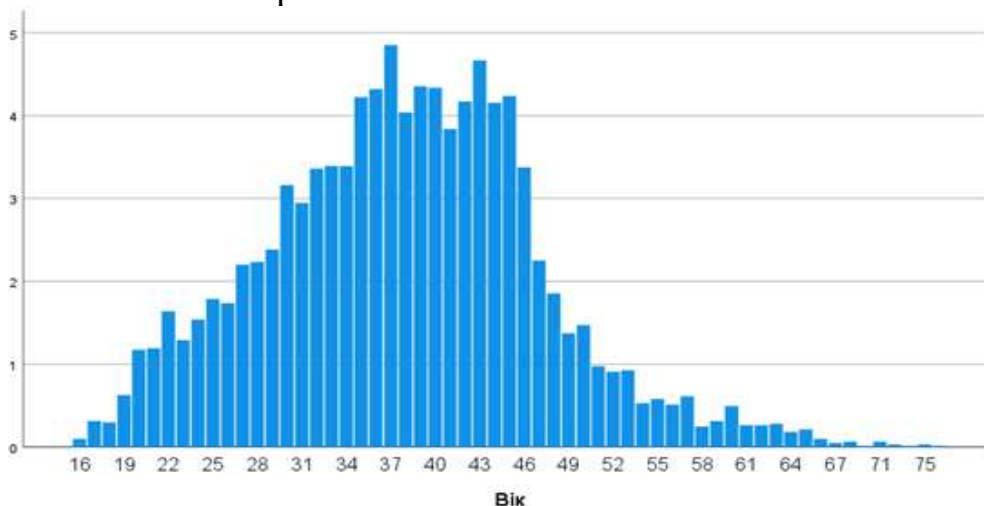


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за віком

Половина вибірки – люди з повною вищою освітою (рис. 2.3). Ще приблизно по 20% респондентів мають незакінчену вищу чи середню спеціальну та повну середню освіту. Є представники з неповною середньою освітою (2,6%) і науковим ступенем (1,3%).

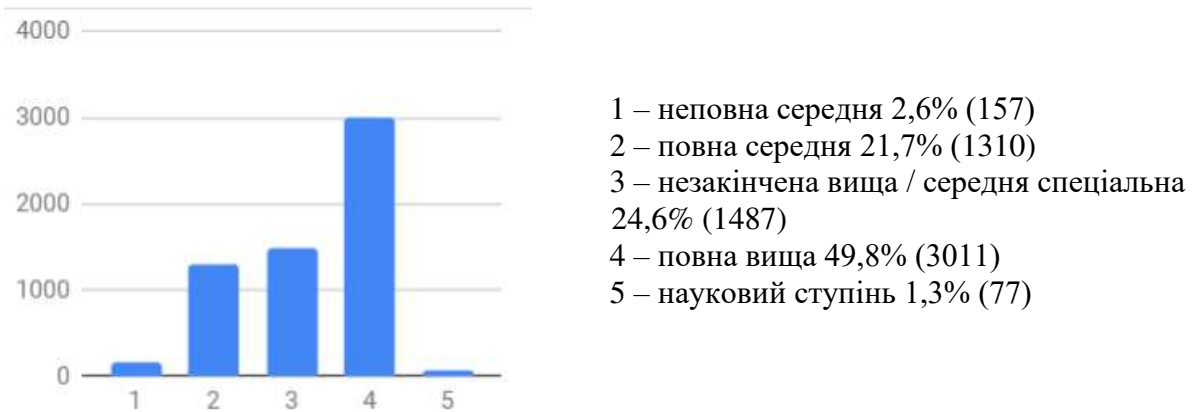


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за освітою

Абсолютна більшість опитаних (97%) на момент заповнення анкет є професійно зайнятими особами, інші – цього не зазначають, тимчасово безробітні, навчаються чи перебувають на пенсії (рис. 2.4). Найбільша професійна представленість (рис. 2.5, 2.6) – у фахівців з цивільної безпеки (44,6%) та соціальних і поведінкових наук (17,9%). Інші респонденти є представниками ручної і робітничо-технічної праці (8,4%), організаційної та управлінської роботи (7,5%), галузі інформаційних технологій та інженерії (4%), військової служби (2,6%), природничої галузі (кінологія, медицина, спорт) (2,2%), культури і мистецтва (0,6%).

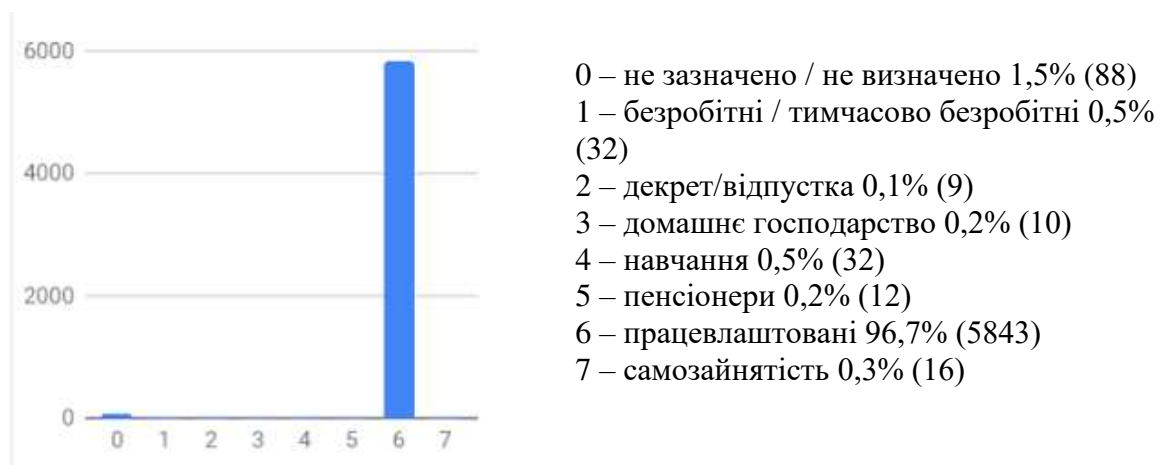
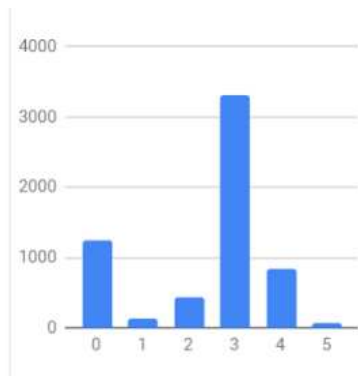
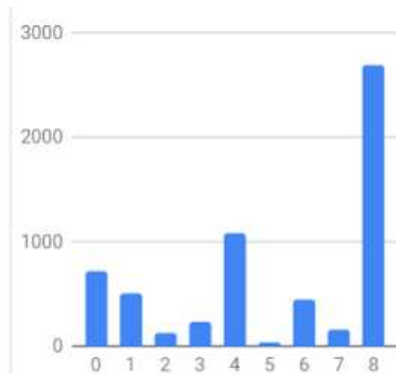


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за професійною зайнятістю



- 0 – не визначено 20,6% (1243)
- 1 – Людина-Природа 2,1% (127)
- 2 – Людина-Техніка 7,4% (449)
- 3 – Людина-Людина 54,7% (3305)
- 4 – Людина-Знакові системи 13,9% (839)
- 5 – Людина-Художній образ 1,3% (79)

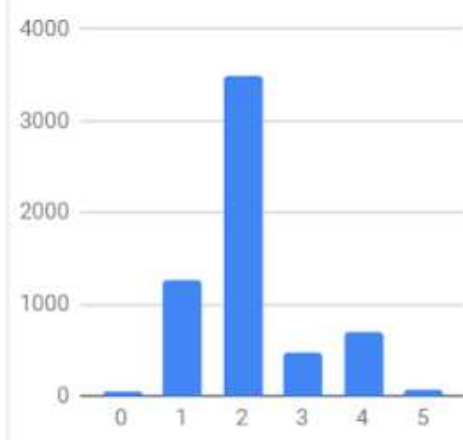
Рис. 2.5. Розподіл респондентів за психологічними типами професій (за О. Є. Климовим)



- 0 – не визначено 12,1% (730)
- 1 – ручна та робітничо-технічна праця 8,4% (506)
- 2 – природнича галузь 2,2% (139)
- 3 – інформаційні технології, інженерія 4% (244)
- 4 – соціальні та поведінкові науки 17,9% (1083)
- 5 – культура і мистецтво 0,6% (36)
- 6 – організаційна та управлінська робота 75,5% (451)
- 7 – військова служба 2,6% (156)
- 8 – цивільна безпека 44,6% (2697)

Рис. 2.6. Розподіл респондентів за галузями зайнятості

Географія проживання вибірки охоплює Україну і зарубіжжя (рис. 2.7). Найбільша частина опитаних (57,6%) проживає у віддалених від прифронтових зон регіонах, які, утім, періодично можуть потрапляти під обстріли. Зокрема, мешканців Києва та області у вибірці – 7,8%. Ще значна частина респондентів (понад 20%) мешкає в регіонах, наближених до лінії фронту. В умовній безпеці на заході України проживають 11,5%, а за кордоном – 1,2% опитаних.



- 0 – не визначено 0,8% (48)
- 1 – прифронтові зони/окупація 21,1% (1277)
- 2 – Україна (інші регіони) 57,6% (3481)
- 3 – Київ та область 7,8% (472)
- 4 – захід України 11,5% (694)
- 5 – за кордоном 1,2% (70)

Рис. 2.7. Розподіл респондентів за теперішнім населеним пунктом, країною проживання

Найбільша кількість респондентів мають сім'ї, з них живуть у парах із дитиною або дітьми понад 40% і суто в парі – майже 22% опитаних (рис. 2.8). Ще 10,1% живуть з батьками. 6,6% – тільки з дитиною або дітьми. Наодинці проживає 13,2% вибірки.



Рис. 2.8. Розподіл респондентів за теперішнім станом проживання

Свій дохід на місяць порівняно із середніми заробітними платами в Україні на 2023 рік оцінюють як тією чи іншою мірою низький 60% вибірки (рис. 2.9). Середнім його вважають 31,3%. Найменшим є сегмент респондентів, які оцінюють свій місячний дохід як вищий за середній (7,3%) і високий (1,4%).

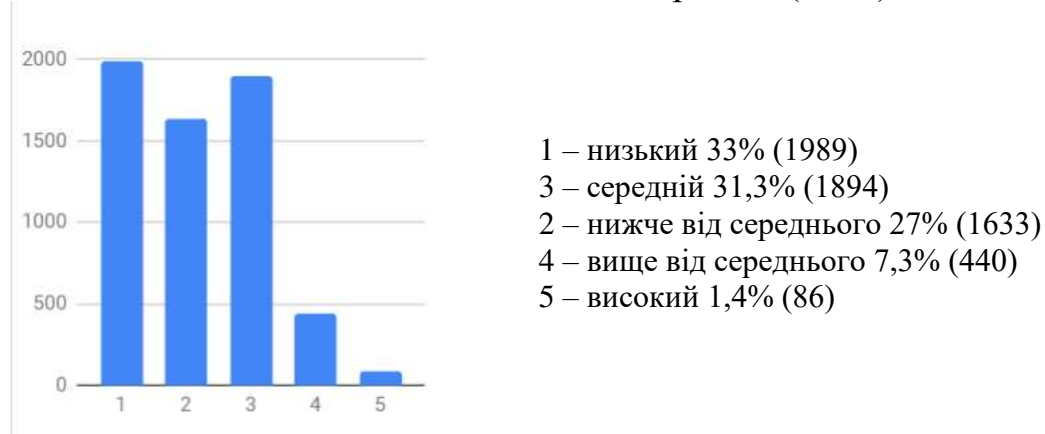


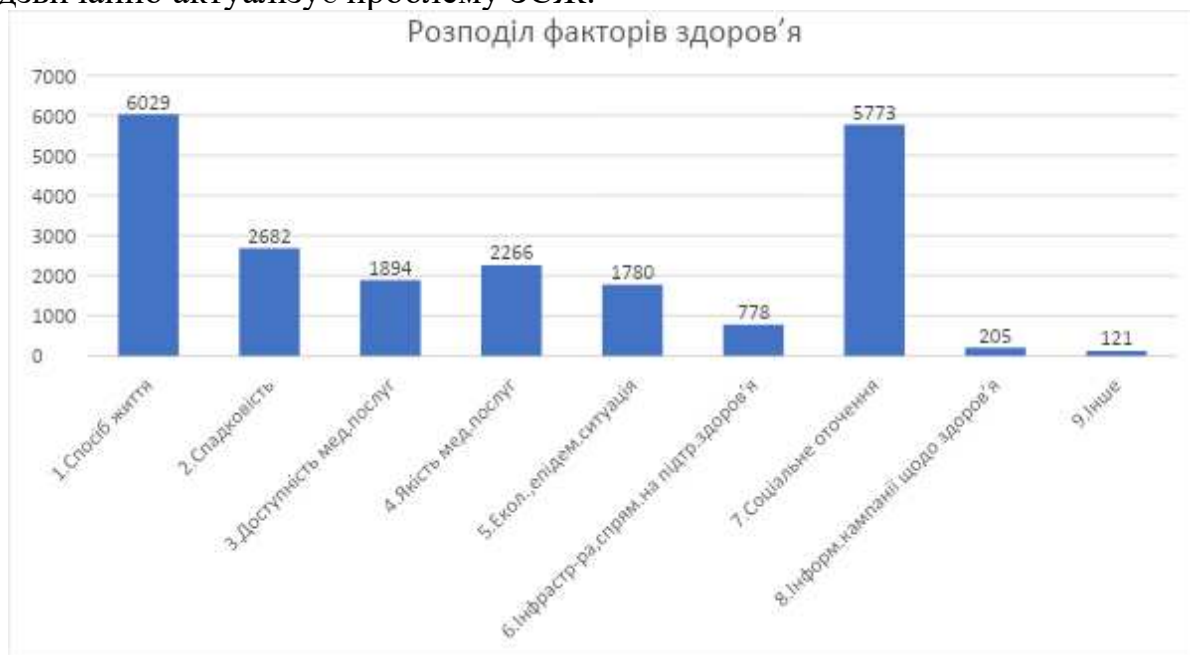
Рис. 2.9. Розподіл респондентів за рівнем доходу на місяць

Отже, типовими представниками вибірки за соціодемографічними характеристиками є переважно чоловіки (60%), середній вік – 38 років, освіта – повна вища (майже 50%) та варіації середньої (40%), здебільшого професійно зайняті в галузі цивільної безпеки (44,6%) та соціальних і поведінкових наук (17,9%), переважно з регіонів України, дещо віддалених від фронту (57,6%) і прифронтових (20%), які мають статус проживання в сім'ях (62%) або наодинці (13,2%) і дохід на місяць – переважно низький (60%) і середній (31,3%).

2.1.2. Суб'єктивні фактори, спонуки та бар'єри в дотриманні здорового способу життя українців

Другий блок опитування, що дістав назву «Здоровий спосіб життя», спрямований на визначення особливостей *суб'єктів та прийомів* промоції ЗСЖ. Представлену анкету сконструйовано на основі теоретичного аналізу щодо самого визначення ЗСЖ, його спонук та перешкод, динаміки дотримання впродовж повномасштабної війни.

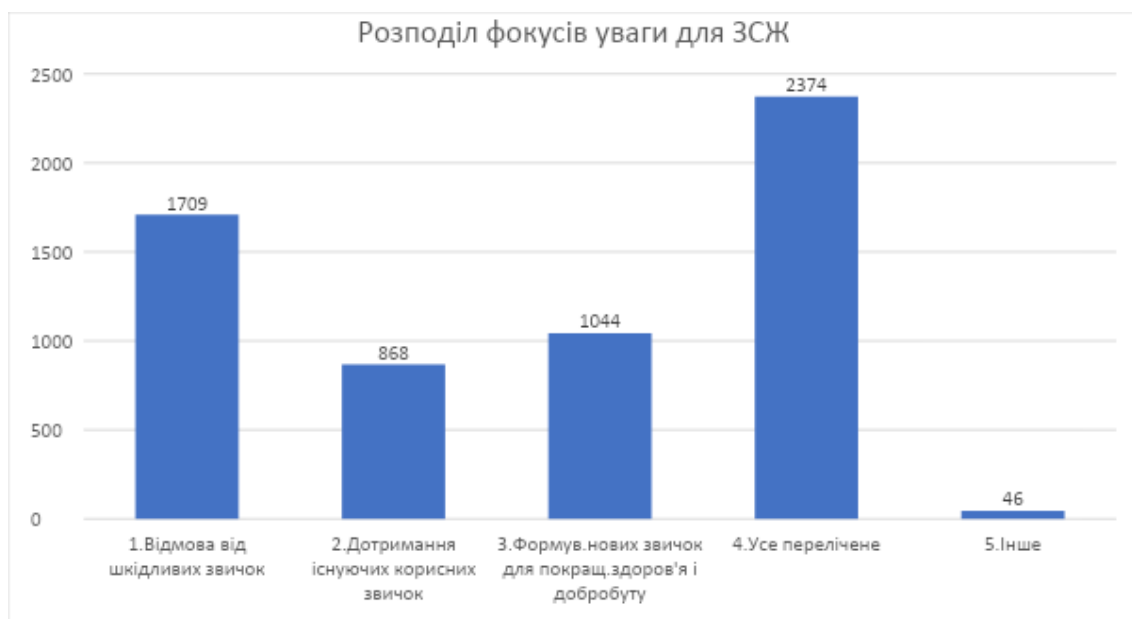
Щоб з'ясувати, наскільки здоровий спосіб життя взагалі є актуальним для українців, ми ставили їм запитання *«На Вашу думку, які фактори наразі найбільше сприяють збереженню / відновленню Вашого здоров'я?»* (рис. 2.10). Відповідаючи на нього, респонденти найчастіше обирали саме варіанти «спосіб життя» (99,8%) і «соціальне оточення» (95,5%). Зі значним відривом відтак вони обирали такі фактори здоров'я, як-от: «спадковість» (44,4%), «якість медичних послуг» (37,4%), «доступність медичних послуг» (31,3%), «екологічна, епідемічна ситуація» (29,4%). Такий майже стовідсотковий вибір респондентами факторів способу життя та соціального оточення для підтримання здоров'я може свідчити про контекст осмислення досвіду, пов'язаного з воєнними діями та супровідними ризиками, що справді надзвичайно актуалізує проблему ЗСЖ.



- 1 – спосіб життя 99,8% (6029)
- 2 – спадковість 44,4% (2682)
- 3 – соціальне оточення 95,5% (5773)
- 4 – доступність медичних послуг 31,3% (1894)
- 5 – інформаційні кампанії щодо здоров'я 3,4% (205)
- 6 – якість медичних послуг 37,5% (2266)
- 7 – екологічна, епідемічна ситуація 29,5% (1780)
- 8 – інфраструктура, спрямована на підтримання здоров'я 12,9% (778)
- 9 – інше 2,1% (121)

Рис. 2.10. Розподіл респондентів за факторами, які найбільше сприяють збереженню/відновленню здоров'я (множинний вибір)

Натомість на запитання «На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про здоровий спосіб життя в сучасних умовах?» майже 40% респондентів відповіли, що одночасно фокусувалися б і на відмові від шкідливих звичок, і на дотриманні наявних корисних звичок, і на формуванні нових (рис. 2.11). Найпопулярнішою ж окремою відповіддю була «відмова від шкідливих звичок» (28,3%). Формування нових звичок як ознаки ЗСЖ ставлять собі за мету вже менше – 17,3% опитаних. Ще 14,4% респондентів за ознаку ЗСЖ обирають дотримання вже наявних корисних звичок. Отже, бачимо, що в уявленнях респондентів панує водночас як певний максималізм щодо дотримання ЗСЖ, так і зорієнтованість на докладання реальних зусиль, спрямованих на його формування, адже і відмова від шкідливих звичок, і формування нових корисних звичок справді цього потребують.



- 1 – відмова від шкідливих звичок 28,3% (1709)
- 2 – дотримання наявних (що вже є) корисних звичок 14,4% (868)
- 3 – формування нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту 17,3% (1044)
- 4 – усе перелічене 39,3% (2374)
- 5 – інше 0,8% (46)

Рис. 2.11. Розподіл респондентів за фокусом уваги в турботі про ЗСЖ у сучасних умовах (множинний вибір)

На запитання з множинним вибором «Що спонукає Вас дотримуватися здорового способу життя?» (рис. 2.12) українці найчастіше обирали відповіді «ознаки погіршення здоров'я» (38,3%), «прямування до особистої мети (напр., повноцінно жити)» (34,1%), «усвідомлення руйнівного впливу хронічного стресу» (31,4%). Також 15% респондентів називали варіант «ЗСЖ знайомих людей», а ще 11,9% – «позитивний досвід подолання ускладнень зі здоров'ям завдяки ЗСЖ». А такі спонуки, як «відповідна інформація в соцмережах / на телебаченні» та «індивідуальна/групова робота із фахівцем», виявилися важливими лише для 4,3% і 2,7% респондентів, відповідно. Отже, найбільш

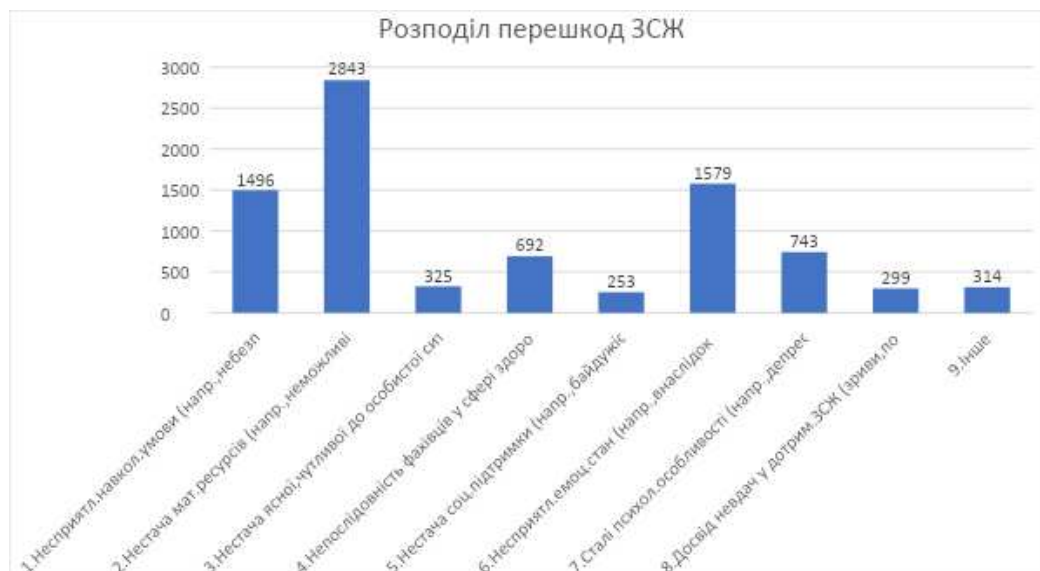
вагомі спонуки для дотримання ЗСЖ серед опитаних українців стосуються їхнього персонального досвіду щодо відчутних загроз здоров'ю, а також цілей у проектуванні бажаного життя.



- 1 – ознаки погіршення здоров'я 38,3% (2315)
- 2 – усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу 31,4% (1898)
- 3 – позитивний досвід подолання ускладнень зі здоров'ям завдяки ЗСЖ 11,9% (720)
- 4 – здоровий спосіб життя знайомих людей 15,1% (911)
- 5 – відповідна інформація в соцмережах / на телебаченні 4,3% (259)
- 6 – індивідуальна/групова робота з фахівцем 2,7% (164)
- 7 – прямування до особистої мети (напр., повноцінно жити) 34,1% (2059)
- 8 – інше 1% (59)

Рис. 2.12. Розподіл респондентів за мотиваціями дотримання ЗСЖ (множинний вибір)

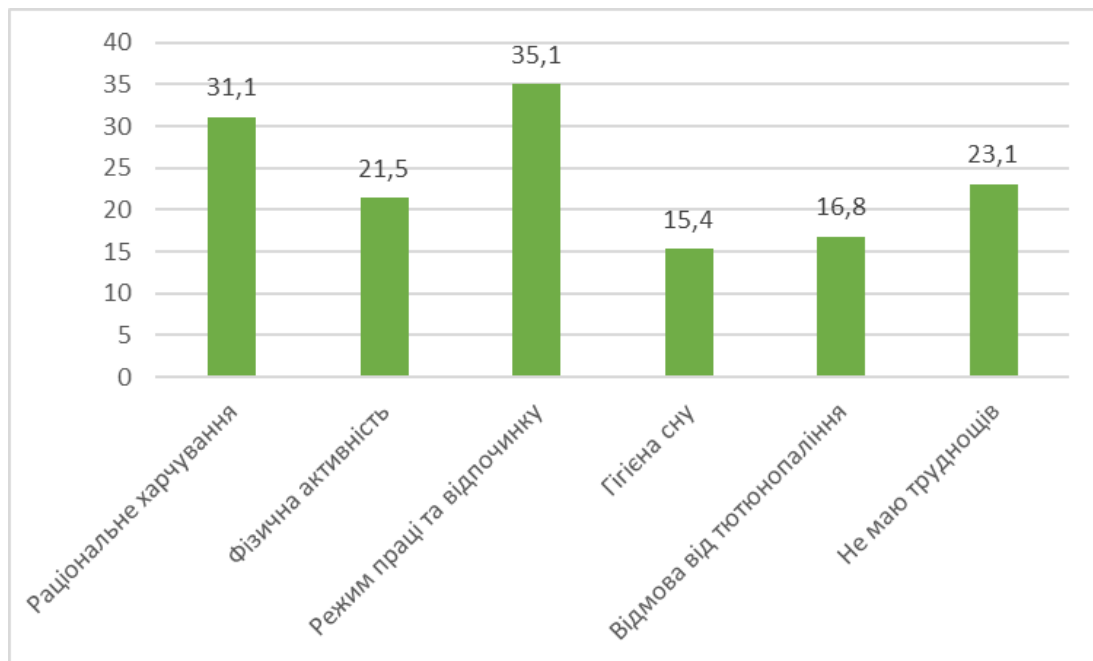
Відповідаючи на запитання «Що заважає Вам дотримуватися здорового способу життя?» (рис. 2.13), респонденти найчастіше зазначали нестачу матеріальних ресурсів (напр., неможливість придбати необхідні засоби/послуги) (46,9%), несприятливий емоційний стан (напр., унаслідок надмірного стресу) (26%) і несприятливі навколишні умови (напр., небезпечний район проживання) (24,8%). Зі значним відривом далі українці обирали такі бар'єри, як-от: власні сталі психологічні особливості (напр., депресивність/тривожність) (12,2%) і непослідовність фахівців у сфері здоров'я (напр., неякісна діагностика) (11,5%). Інші бар'єри набирали не більше ніж 5% відповідей. Отже, коли йдеться про те, що стає на заваді дотриманню ЗСЖ, респонденти називають як об'єктивні зовнішні фактори, так і навколопсихологічну проблематику.



- 1 – несприятливі навколишні умови (напр., небезпечний район проживання) 24,8% (1496)
- 2 – нестача матеріальних ресурсів (напр., неможливість придбати необхідні засоби/послуги) 47,1% (2843)
- 3 – нестача ясної, чутливої до особистої ситуації інформації, як саме дотримуватися ЗСЖ 5,4% (325)
- 4 – непослідовність фахівців у сфері здоров'я (напр., неякісна діагностика) 11,5% (692)
- 5 – нестача соціальної підтримки (напр., байдужість близьких) 4,2% (253)
- 6 – несприятливий емоційний стан (напр., унаслідок надмірного стресу) 26,1% (1579)
- 7 – сталі психологічні особливості (напр., депресивність/тривожність) 12,3% (743)
- 8 – досвід невдач у дотриманні ЗСЖ (зриви, погіршення тощо) 4,9% (299)
- 9 – інше 5,2% (314)

Рис. 2.13. Розподіл респондентів за перешкодами в дотриманні ЗСЖ (множинний вибір)

Ми також запитували, *які практики ЗСЖ є найскладнішими для дотримання* (рис. 2.14). Найчастіше респонденти зосереджували увагу на проблемах режиму праці та відпочинку (35,1%), раціонального харчування (31,1%), фізичної активності (21,5%), відмови від тютюнопаління (16,8%), гігієни сну (15,4%). При цьому майже чверть опитаних відповіли, що не мають труднощів (23,1%). Такий розподіл відповідей може свідчити водночас як про здатність населення стежити за власним ЗСЖ, так і про уникання визнання проблем з ним. Тож відповідна увага фахівців має бути звернена на найчастіше згадувані українцями труднощі в дотриманні ЗСЖ.



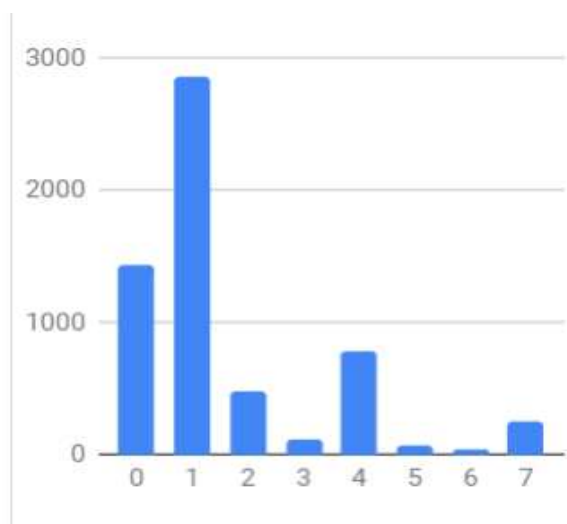
- 0 – не маю труднощів 23,1% (1391)
- 1 – раціональне харчування 31,1% (1878)
- 2 – фізична активність 21,5% (1302)
- 3 – режим праці та відпочинку 35,1% (2123)
- 4 – гігієна сну 15,4% (928)
- 5 – відмова від тютюнопаління 16,8% (1017)

(Інші практики: дотримання водного балансу; загартовування; обмеження екранного часу; достатній тілесний контакт з іншими людьми (напр., обійми); безпечна сексуальна поведінка; відмова від вживання алкоголю; відмова від вживання наркотичних речовин (у т. ч. канабісу); необхідні медичні обстеження / схеми лікування; забезпечення позитивних емоцій; саморозвиток (інтелектуальний/моральний/духовний); щоденні гігієнічні процедури).

Рис. 2.14. Розподіл респондентів за труднощами в дотриманні практик ЗСЖ (множинний вибір)

Ми також цікавилися, враховуючи уявлення про етапи розгортання адаптаційного синдрому за Г. Сельє, на якому етапі повномасштабного вторгнення опитувані відчували найбільші труднощі в дотриманні ЗСЖ (рис. 2.15). Виявилось, що майже половина опитаних (47,7%) відчували найбільш значні труднощі в лютому-травні 2022 року, умовно – на етапі тривоги, коли повномасштабне вторгнення тільки розгорталося і життєві перспективи були гостро невизначеними. Водночас майже для чверті вибірки (23,7%) питання дотримання ЗСЖ протягом повномасштабної війни не поставало взагалі або не зазнавало жодних змін. На другому етапі – резистентності, що ми умовно визначили як період з червня 2022 року по лютий 2023 року (до річниці повномасштабної війни), коли ще були сподівання на швидке здобуття перемоги над ворогом, стали відчувати труднощі з дотриманням ЗСЖ близько 8% респондентів. Трохи більше в загальній вибірці респондентів (13%), які відчували труднощі в дотриманні ЗСЖ на третьому етапі – виснаження, який ми означили з березня 2023 року до моменту

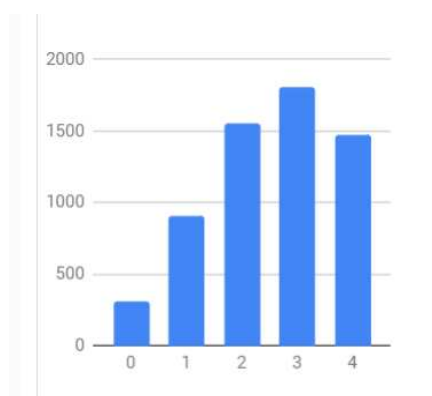
заповнення опитування. Різні поєднання етапів переживання труднощів у дотриманні ЗСЖ набрали не більше ніж 2% відповідей. Отже, гострий етап тривоги найбільше сколихнув спосіб життя українців, і наразі відбувається повернення до попередніх патернів турботи про здоров'я чи формування нових.



0 – не маю(-в/-ла) труднощів / не зазначено 23,7% (1430)
 1 – лютий-травень 2022 року (етап тривоги) 47,4% (2862)
 2 – червень 2022 року – лютий 2023 року (етап резистентності) 7,9% (475)
 3 – етап тривоги + резистентності 2% (113)
 4 – березень 2023 року – теперішній час (етап виснаження) 13% (787)
 5 – етап тривоги + виснаження 1,3% (76)
 6 – етап резистентності + виснаження 0,6% (37)
 7 – етап тривоги + резистентності + виснаження 4,3% (261)

Рис. 2.15. Розподіл респондентів за етапом найбільших труднощів у дотриманні ЗСЖ (множинний вибір)

Загалом же із запитанням «*Чи вважаєте Ви, що наразі загалом дотримуєтеся здорового способу життя (як Ви його розумієте)?*» (рис. 2.16) тією чи іншою мірою погодилися понад половину респондентів (54,2%). Не впевнені, чи дотримуються ЗСЖ, майже чверть вибірки (24,3%). Радше не дотримуються ЗСЖ майже 15% респондентів, а зовсім не дотримуються – тільки 5,2% опитаних. Загалом, можемо вважати, що на даний момент війни значна частина наших співгромадян усе ж схильна турбуватися про власне здоров'я завдяки відповідному способу життя.



0 – ні 5,2% (314)
 1 – радше ні 14,9% (903)
 2 – важко відповісти 25,6% (1549)
 3 – радше так 29,9% (1805)
 4 – так 24,4% (1471)

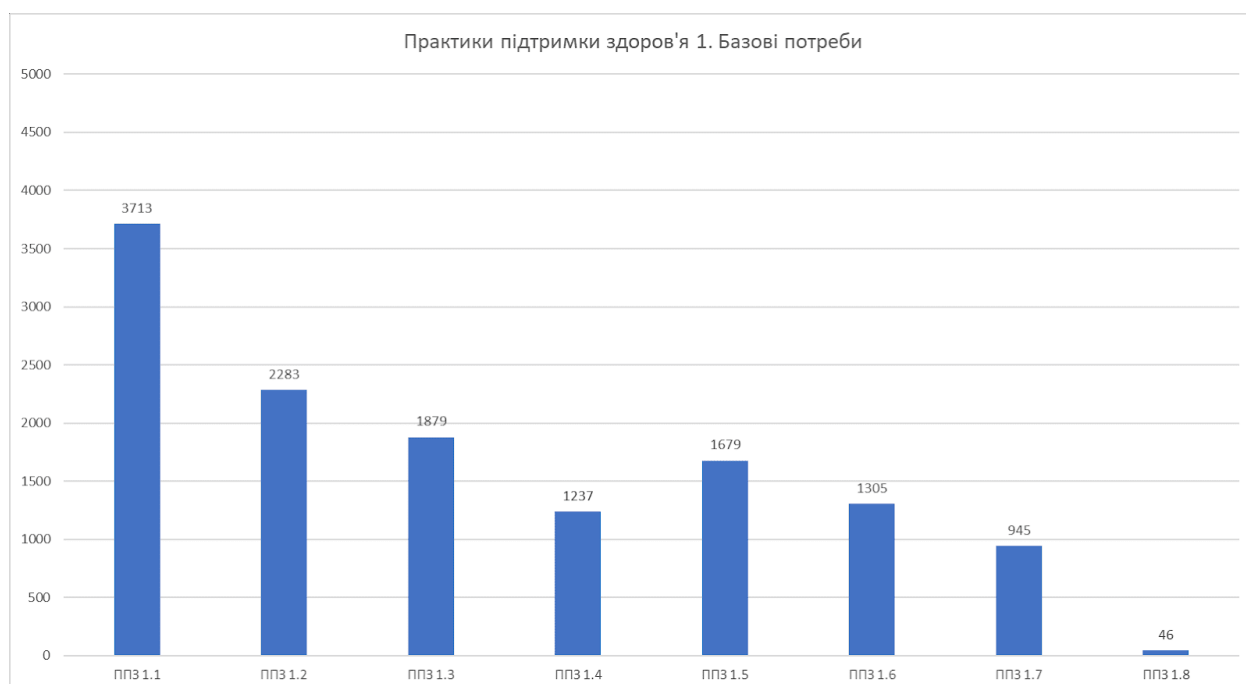
Рис. 2.16. Розподіл респондентів за дотриманням ЗСЖ на цей час

Отже, під час повномасштабної війни українці описують ЗСЖ такими характеристиками: провідні фактори збереження здоров'я – спосіб життя (99,8%) та соціальне оточення (95,5%); під ЗСЖ майже 40% респондентів розуміють і відмову від шкідливих звичок, і дотримання наявних корисних звичок, і формування нових, ще 28,3% – насамперед відмову від шкідливих звичок; провідні спонуки в дотриманні ЗСЖ – ознаки погіршення здоров'я (38,3%), прямування до особистої мети (34,1%), усвідомлення руйнівного впливу хронічного стресу (31,4%); провідні бар'єри – нестача матеріальних ресурсів (46,9%), несприятливий емоційний стан (26%) та несприятливі навколишні умови (24,8%); найскладніше в дотриманні ЗСЖ – режим праці та відпочинку (35,1%), раціональне харчування (31,1%), фізична активність (21,5%). найбільші труднощі в дотриманні ЗСЖ – на етапі тривоги, у лютому-травні 2022 року (47,7%); понад 50% вибірки дотримується ЗСЖ на момент опитування.

2.1.3. Провідні практики підтримання здоров'я українців під час війни

За блоком 3 «Практики підтримання здоров'я» визначалися мішені та прийоми промоції ЗСЖ. Анкета з опцією множинного вибору розроблялася на основі нарративного онлайн-дослідження Т. М. Титаренко (Tytarenko et al., 2024). На основі спостережень та аналізу літератури зміст практик оновлено і запропоновано співвідносити з такими темами: 1) базові потреби; 2) спілкування; 3) робота; 4) волонтерство; 5) духовність; 6) інформація; 7) психологічна допомога; 8) саморозвиток; 9) рекреація.

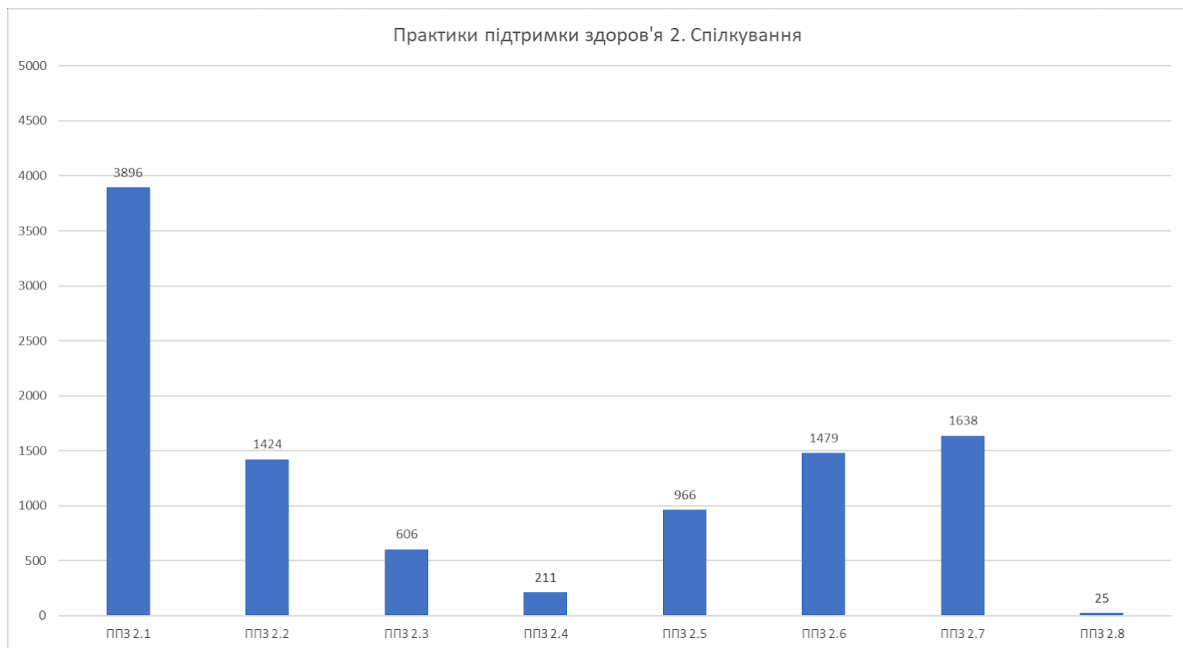
У межах запропонованих практик щодо задоволення *базових потреб* (рис. 2.17) понад половину українців (61,4%) обирали увагу до гігієни та зовнішнього вигляду, що може свідчити як про бажання «тримати обличчя» для соціальних взаємодій, так і про певне нехтування внутрішніми процесами. Натомість приділяють увагу харчуванню / водному балансу помітно менше опитаних – 37,5%, фізичній активності – 30,9%, сну – 27,7%. Приблизно по 20% вибірки обирають варіанти «намагаюся позбутися шкідливих звичок» (21,5%) і «приділяю увагу режиму дня» (20,4%). Необхідні медичні обстеження / дотримання необхідних схем лікування здійснюють тільки 15,5% респондентів, що актуалізує питання необхідності системних профілактичних заходів для зниження рівня хронічних захворювань та збереження людського капіталу держави.



- 1 – приділяю увагу гігієні, зовнішньому вигляду 61,5% (3714)
- 2 – приділяю увагу харчуванню / водному балансу 37,5% (2283)
- 3 – приділяю увагу фізичній активності 31% (1880)
- 4 – приділяю увагу режиму дня 20% (1237)
- 5 – приділяю увагу сну 27,7% (1680)
- 6 – намагаюся позбутися шкідливих звичок 21,5% (1305)
- 7 – роблю необхідні медичні обстеження / дотримуюся необхідних схем лікування 15,5% (945)
- 8 – інше 0,8% (46)

Рис. 2.17. Розподіл респондентів за базовими потребами для підтримання здоров'я (множинний вибір)

Фаворитом у практиках *спілкування* для підтримання здоров'я (рис. 2.18) є довірливе спілкування з найближчим оточенням – цей варіант обрали майже дві третини опитаних (64,5%). Також поширеними є практики обмеження реального чи віртуального спілкування з неприємними респондентам людьми (27,1%), турбота про тих, хто опиняється поруч (24,5%), і проактивна практика організації зустрічей з приємними для опитаних людьми (23,6%). Лише 16% респондентів зазначили, що мають тілесний контакт з близькими, що свідчить про низьку доступність ресурсу тілесності в здоров'язбереженні українців. Також лише 10% опитаних користуються таким комунікативним ресурсом, як віртуальні зустрічі з приємними людьми, що в умовах глобальної міграції українців під час повномасштабного вторгнення має викликати серйозне занепокоєння, адже перериваються значущі зв'язки, що може вкрай негативно позначитися на соціальному здоров'ї.

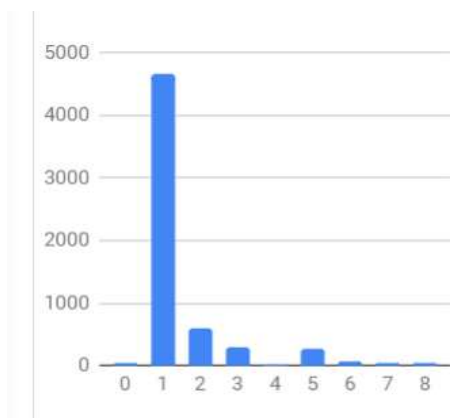


- 0 – не практикують / не визначено 0,2% (11)
 1 – довірливо спілкуюся з найближчим оточенням 64,5% (3897)
 2 – організовую зустрічі з приємними мені людьми 23,6% (1425)
 3 – зустрічаюся з приємними мені людьми віртуально 10% (606)
 4 – ділюся історіями з незнайомими людьми 3,5% (211)
 5 – маю тілесний контакт з близькими 16% (966)
 6 – турбуюся про тих, хто опиняється поруч 24,5% (1479)
 7 – обмежую реальне/віртуальне спілкування з неприємними мені людьми 27,1% (1639)
 8 – інше 0,4% (25)

Рис. 2.18. Розподіл респондентів за практиками спілкування для підтримання здоров'я (множинний вибір)

Що ж стосується практик *роботи* (рис. 2.19), то більшість опитаних (77%) для регуляції свого здоров'я підтримують робочий процес у звичному режимі, а в кризових, трансформаційних умовах це є зрозумілим і необхідним підходом для узвичаєння особистісних опор. Натомість новизну в робочих практиках респонденти сприймають з набагато меншим ентузіазмом: використовують нові способи виконання звичних завдань – 9,8%, обирають нову роботу або навчання – тільки 5% вибірки.

Значного поширення набуло й *волонтерство*, у різних формах його практикують понад 99% опитаних (рис. 2.20). Серед його варіантів найбільш значущими є перерахування коштів на збори (57,9%) та передавання речей і продуктів (37,2%), тобто ці практики дійсно стали традиційними для наших співгромадян за час повномасштабної війни. Утім, опитані українці також допомагають безпосередньо на місцях (13,8%), безоплатно надають свої професійні послуги (8,7%). Дехто з респондентів також зазначає, що займається організаційною діяльністю (4,8%), виготовляє необхідну продукцію (3,8%) чи долучається до волонтерства будь-яким іншим способом (2,8%).



- 0 – не використовують робочі практики для ЗСЖ / не визначено 0,6% (39)
- 1 – підтримую робочий процес у звичному режимі 77% (4669)
- 2 – використовую нові способи виконувати звичні завдання 9,8% (594)
- 3 – маю нову роботу/навчання 5% (301)
- 4 – інше (в т. ч. негативні робочі практики) 0,4% (24)
- 5 – підтримую робочий процес у звичному режимі + використовую нові способи виконувати звичні завдання 4,3% (259)
- 6 – підтримую робочий процес у звичному режимі + маю нову роботу / навчання 1,2% (70)
- 7 – використовую нові способи виконувати звичні завдання + маю нову роботу/навчання 0,7% (44)
- 8 – підтримую робочий процес у звичному режимі + використовую нові способи виконувати звичні завдання + маю нову роботу/навчання 0,7% (42)

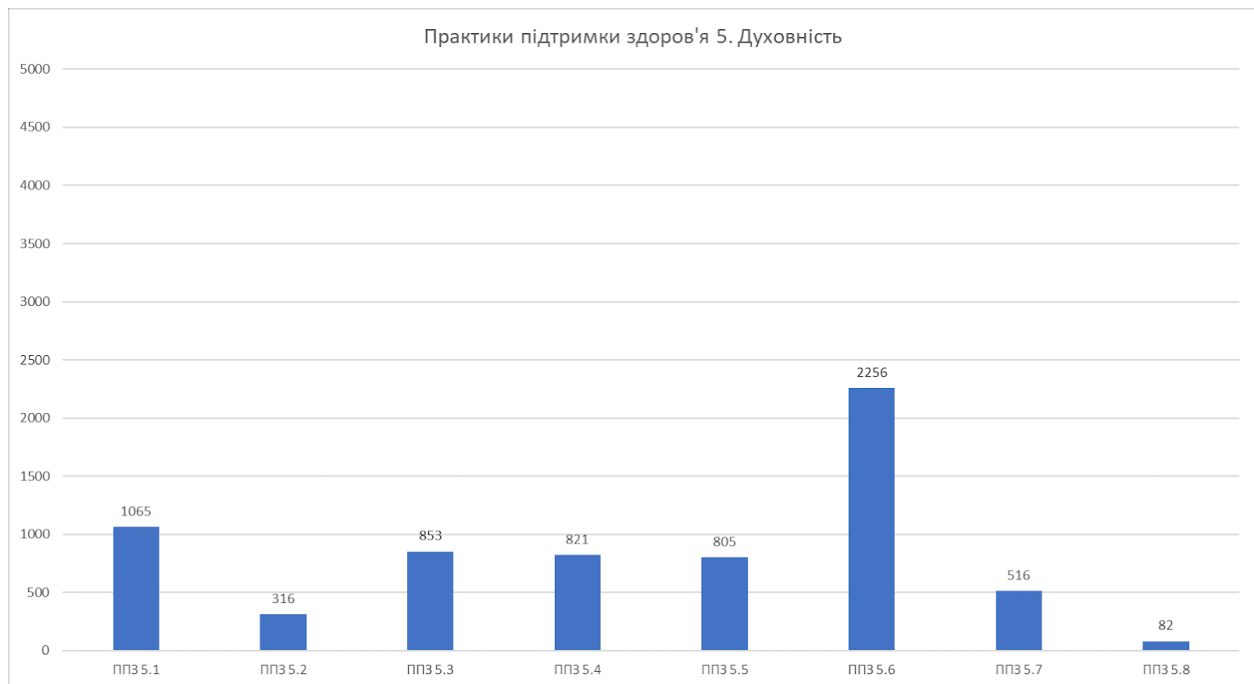
Рис. 2.19. Розподіл респондентів за практиками роботи для підтримання здоров'я (множинний вибір)



- 1 – перераховую кошти на збори 57,9% (3495)
- 2 – передаю речі, продукти 37,2% (2249)
- 3 – виготовляю необхідну продукцію 3,8% (227)
- 4 – безоплатно надаю свої професійні послуги 8,7% (527)
- 5 – займаюся організаційною діяльністю 4,8% (288)
- 6 – допомагаю безпосередньо на місцях 13,8% (1107)
- 7 – інше 2,8% (172)

Рис. 2.20. Розподіл респондентів за практиками волонтерства для підтримання здоров'я (множинний вибір)

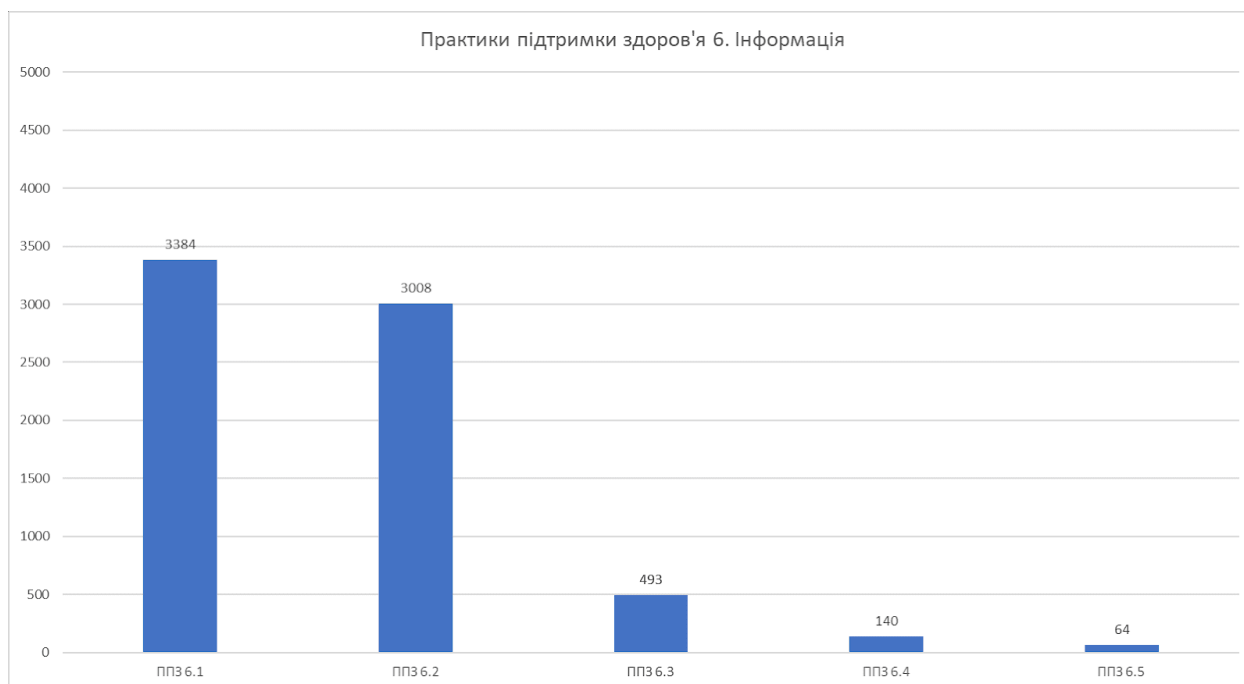
Серед *духовних* практик (рис. 2.21) найважливішою виявилася молитва (37,4%), що певною мірою суголосне гаслу, що на війні атеїстів немає. Значущими духовними практиками є також читання духовної літератури (17,6%) і перегляд чи слухання програм про духовність (14,1%). Ще по 13% вибірки дотримуються духовних ритуалів і беруть участь у житті духовних громад. Водночас 7,6% респондентів не звертаються до духовних практик узагалі, з них, зокрема, 2,1% не вірять у духовність або вважають, що їй не місце під час війни. Тобто загалом сферу духовності можна вважати доволі проявленою і ресурсною для підтримання здоров'я українців під час війни.



- 0 – не практикують / не визначено 10,4% (627)
- 1 – читаю духовну літературу 17,6% (1065)
- 2 – комунікую зі своїм духовним наставником 5,2% (316)
- 3 – переглядаю/слухаю програми про духовність 14,1% (853)
- 4 – беру участь у житті духовних громад (напр., відвідую церкву) 13,6% (821)
- 5 – дотримуюся духовних ритуалів 13,3% (805)
- 6 – молюся 37,4% (2256)
- 7 – наставляю інших 8,5% (515)
- 8 – інше 1,4% (82)

Рис. 2.21. Розподіл респондентів за практиками духовності для підтримання здоров'я (множинний вибір)

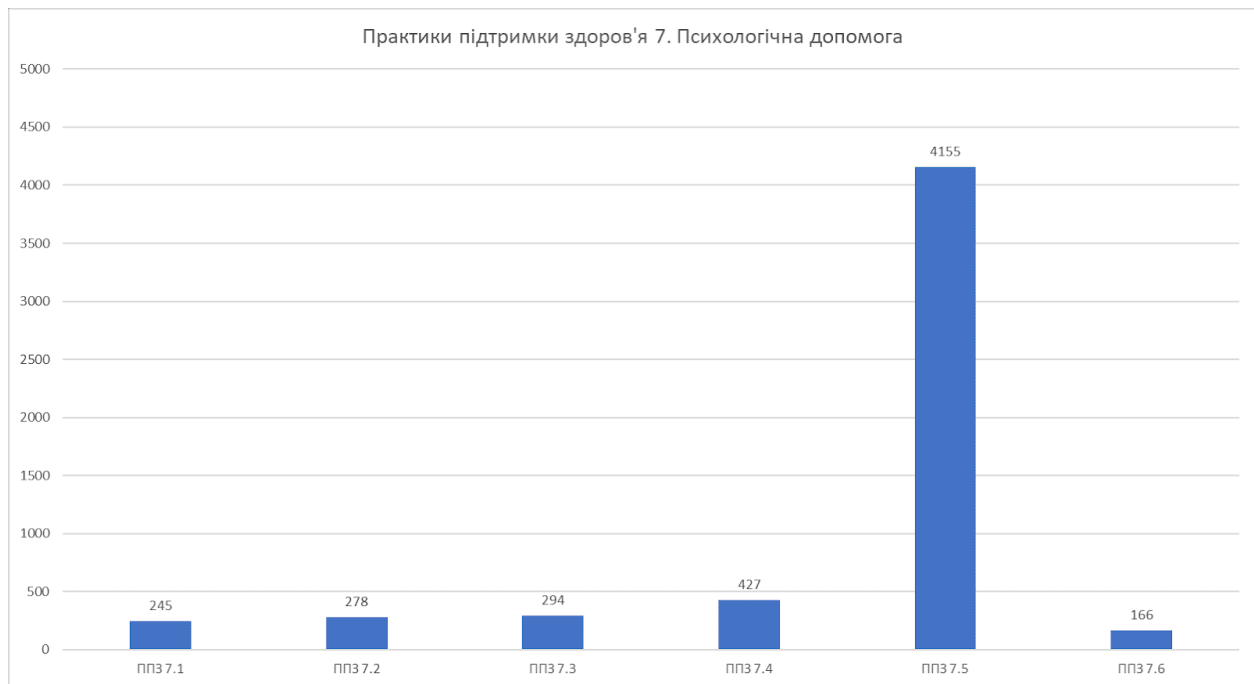
Серед *інформаційних* практик (рис. 2.22) найбільш популярними у вибірці такі: «дізнаюся про новини від найближчого оточення» (56%) і «помірно звертаюся до експертних джерел» (49,8%). Меншою мірою українці отримують інформацію з гумористичного контенту (8,2%), з інтернету, соцмереж, ТБ, інших джерел чи ЗМІ (3,3%). Не практикують узагалі або зменшують інфоспоживання 0,3% опитаних. Тобто можна вважати, що респонденти під час війни схильні до помірного використання інформації для поліпшення свого здоров'я та добробуту.



- 0 – не практикують / зменшують інфоспоживання 0,3% (19)
- 1 – дізнаюся про новини від найближчого оточення 56% (3385)
- 2 – помірно (до 1 год за добу) звертаюся до експертних джерел 49,8% (3009)
- 3 – отримую інформацію з гумористичного контенту 8,2% (494)
- 4 – інтернет, соцмережі, ТБ, інші ЗМІ 2,3% (140)
- 5 – інші інформаційні практики, в т. ч. надмірні 1% (64)

Рис. 2.22. Розподіл респондентів за інформаційними практиками для підтримання здоров'я (множинний вибір)

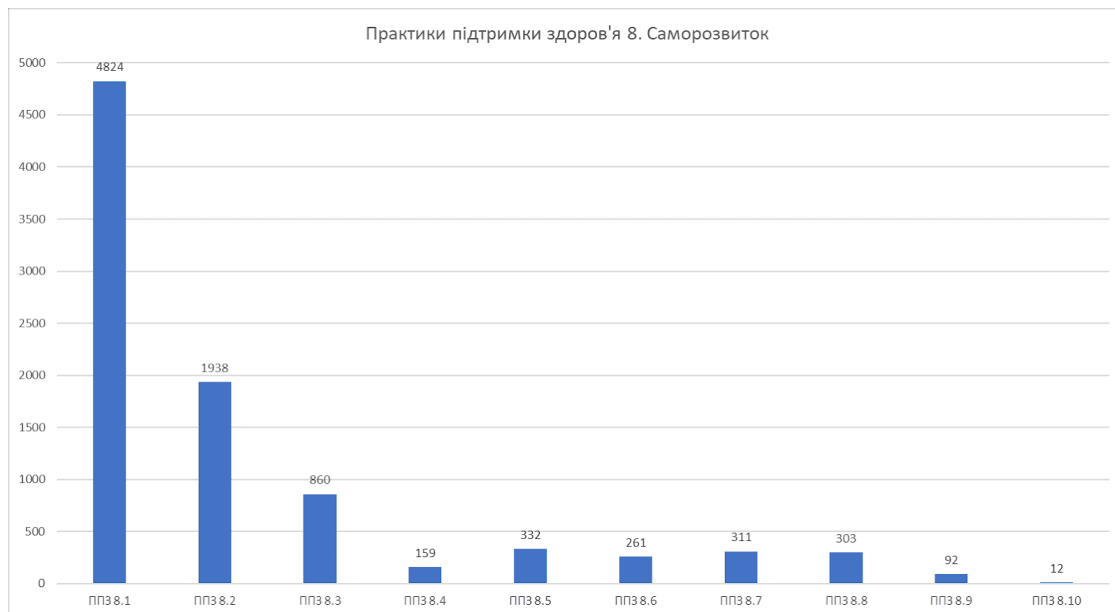
Серед практик *психологічної допомоги* для підтримання здоров'я (рис. 2.23) респонденти найчастіше (68,8%) обирали самостійний пошук інформації щодо подолання психологічних труднощів. Ще 13,9% опитаних не практикують психологічну допомогу або зазначають, що долають труднощі самостійно. Інші нефахові способи підтримання емоційного стану обирають ще 2,7% респондентів. Тільки невелика частина опитаних користується автоматизованими програмами (застосунками, чат-ботами) (7%), за потреби – телефоном довіри (4,9%), займається із психологом/психотерапевтом (4,6%), відвідує групу підтримки / психотерапевтичну групу (4%). Тобто майже 85% вибірки не користується професійною психологічною допомогою, що може свідчити про наявність упереджень щодо її отримання та потребу у відповідних популяризаторських рішеннях на державному і локальних рівнях.



- 0 – не практикують психологічну допомогу / самостійно долають труднощі 13,9% (838)
 1 – відвідую групу підтримки / психотерапевтичну групу 4% (246)
 2 – займаюся із психологом/психотерапевтом 4,6% (279)
 3 – за потреби користуюся телефоном довіри 4,9% (294)
 4 – користуюся автоматизованими програмами (застосунки, чат-боти) 7% (427)
 5 – самостійно шукаю інформацію щодо подолання психологічних труднощів 68,8% (4155)
 6 – інші способи психологічної підтримки 2,7% (166)

Рис. 2.23. Розподіл респондентів за практиками психологічної допомоги для підтримання здоров'я (множинний вибір)

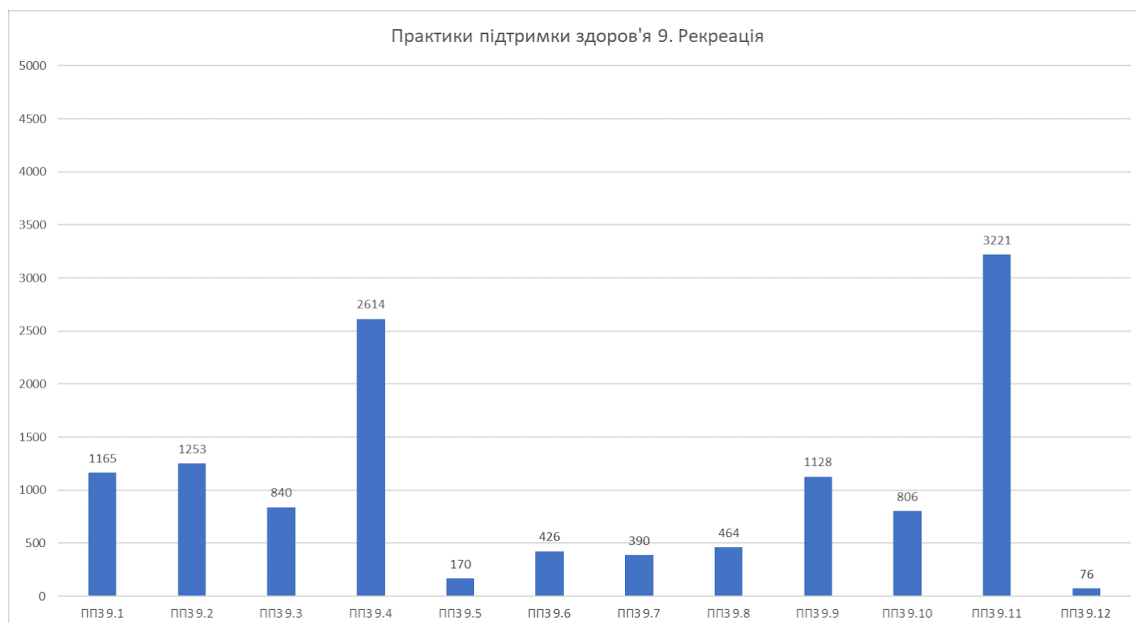
Разом з тим абсолютна більшість опитаних (99%) обирала різні практики *саморозвитку* для підтримання свого здоров'я (рис. 2.24). Утім, вони сприймають його насамперед як когнітивну практику, адже серед варіантів значною мірою домінує відповідь «будую плани, ставлю цілі» (80,4%). Ще 30,3% вибірки реалізують саморозвиток через розширення своїх знань, а 13,2% – удосконалюють свої вміння та навички. Не більше ніж по 5% респондентів зазначають некогнітивні практики саморозвитку, зокрема тілесні (4,8%), дихальні (4,6%), медитації (4,5%), вправи на візуалізацію (3,9%), щоденник особистого досвіду (2,3%), майндфулнес (1,4%). Однак у період значної соціальної нестабільності, коли інтелектуалізація та нескінченні спроби будувати прогнози можуть виснажувати ресурси організму, акцент слід ставити саме на промоції некогнітивних практик саморозвитку як альтернативи когнітивним для розширення поведінкового репертуару й стимуляції особистісної резильєнтності громадян.



- 0 – не практикують 1% (59)
- 1 – будує плани, ставлю цілі 80,4% (4621)
- 2 – розширюю свої знання (напр., читаю спеціалізовану літературу) 30,3% (1742)
- 3 – удосконалюю вміння/навички (напр., граю на музичному інструменті) 13,2% (758)
- 4 – веду щоденник особистого досвіду 2,3% (133)
- 5 – займаюся тілесними практиками 4,8% (278)
- 6 – застосовую вправи на візуалізацію 3,9% (223)
- 7 – використовую дихальні практики 4,6% (266)
- 8 – медитую 4,5% (258)
- 9 – практикую майндфулнес 1,4% (78)
- 10 – інше 0,2% (11)

Рис. 2.24. Розподіл респондентів за практиками саморозвитку для підтримання здоров'я (множинний вибір)

Найбільш уживаними *рекреаційними* практиками серед респондентів (рис. 2.25) виявилися перегляд фільмів/серіалів (53,3%) та прогулянки місцевістю, де вони мешкають (43,3%), що може свідчити про певну енергозберігальність та зорієнтованість на локальні ресурси. Також майже по 20% респондентів вдаються до занять творчістю (20,8%), усамітнення (19,3%), читання художньої літератури (18,7%). Ще 13,9% опитаних подорожують, 13,4% – відвідують ресторани/кафе. Також є респонденти, які відвідують розважальні (7,7%), оздоровчо-спортивні (7,1%) та пізнавальні заходи (6,5%), відновлюються в лікувально-курортних закладах (2,8%) або обирають інші рекреаційні практики (1,3%). Тобто рекреаційна сфера є доволі широко представленою і затребуваною нашими співгромадянами в підтриманні їхнього здоров'я.



- 0 – не практикують / не визначено 0,1% (4)
 1 – усамітнююся 19,3% (1166)
 2 – займаюся творчістю (напр., хобі) 20,8% (1254)
 3 – подорожую 13,9% (841)
 4 – прогулююся місцевістю, де мешкаю 43,3% (2615)
 5 – відновлююся в лікувально-курортних закладах 2,8% (170)
 6 – беру участь в оздоровчо-спортивних заходах 7,1% (426)
 7 – відвідую пізнавальні заходи (виставки, семінари, лекції, творчі зустрічі тощо) 6,5% (391)
 8 – відвідую розважальні заходи (концерти, вечірки тощо) 7,7% (465)
 9 – читаю художню літературу 18,7% (1129)
 10 – відвідую ресторани/кафе 13,4% (807)
 11 – переглядаю фільми/серіали 53,3% (3222)
 12 – інше 1,3% (76)

Рис. 2.25. Розподіл респондентів за практиками рекреації для підтримання здоров'я (множинний вибір)

Отже, провідними практиками підтримання здоров'я серед українців, які переживають повномасштабну війну, є такі, як-от побудова планів, постановка цілей (80,4%); дотримання звичного робочого режиму (77%); самостійний пошук інформації щодо подолання психологічних труднощів (68,8%); довірливе спілкування з найближчим оточенням (64,5%); увага до гігієни і зовнішнього вигляду (61,4%); перерахування коштів на волонтерські збори (57,9%); ознайомлення з новинами від найближчого оточення (56%) і помірне звернення до експертних джерел (49,8%); перегляд фільмів/серіалів (53,3%) та прогулянки (43,3%); а також молитва (37,4%). Ці особливості слід враховувати під час організації заходів промоції здорового способу життя з погляду популяризації альтернативних практик, зокрема некогнітивних (тілесних, духовних, творчих) занять, фізичної залученості до спільнот і громад, а також стимулювання звернень по фахову психологічну підтримку.

Висновки

Завдяки аналізу трьох блоків всеукраїнського опитування вдалося з'ясувати, як наші співгромадяни ставляться під час війни до здорового способу життя та особливості цього ставлення. Типовий соціодемографічний портрет респондента нашої вибірки такий: це чоловік 38 років з повною вищою освітою, професійно зайнятий у галузі цивільної безпеки, що мешкає в регіоні України, дещо віддаленому від фронту, проживає із сім'єю і має доволі низький дохід на місяць порівняно із середньостатистичною заробітною платнею по країні.

Визначено, що серед факторів, які найбільшою мірою сприяють підтриманню здоров'я таких українців, насамперед їхній спосіб життя і соціальне оточення. Відповідно, більшість опитаних вважають, що наразі вони дотримуються здорового способу життя, хоча на початку повномасштабної війни, у фазі гострої тривоги, переживали щодо цього значні труднощі. Під ЗСЖ у теперішніх умовах вони розуміють поєднання відмови від шкідливих звичок, формування нових корисних звичок і дотримання вже наявних. Дотримуватися ЗСЖ під час війни українців найчастіше спонукають як фактичні ознаки погіршення здоров'я, так і прямування до мети – повноцінно жити – й усвідомлення руйнівного впливу хронічного стресу. Найбільш істотними бар'єрами щодо дотримання ЗСЖ опитані називають нестачу матеріальних ресурсів, несприятливі навколишні умови, несприятливий емоційний стан або власні сталі психологічні особливості. Доволі багато українців вважають, що не мають труднощів із ЗСЖ, що може свідчити про певне заперечення. Утім, значна частина респондентів усе ж визнає певні труднощі з підтриманням ЗЖС, зокрема щодо режиму праці та відпочинку, раціонального харчування, фізичної активності, відмови від тютюнопаління, гігієни сну.

Опитані також успішно використовують різноманітні практики підтримання свого здоров'я: від турботи про свою гігієну і зовнішній вигляд, довірливого спілкування з найближчим оточенням, підтримання робочих процесів у звичному режимі, рекреації до помірних інформаційних практик, волонтерства, духовності. Утім, українці досі належним чином не використовують практики психологічної допомоги, а саморозвиток сприймають насамперед як когнітивну практику, що є спонукою до вжиття відповідних заходів промоції ЗСЖ.

2.2. Виклики невизначеності в контексті промоції здорового способу життя

Здатність приймати і витримувати невизначеність – один із чинників та ресурсів відновлення і резильєнтості. Складні, травматичні події зумовлюють стан невизначеності, адже руйнують орієнтири, плани та бачення майбутнього, звичний уклад життя, людина опиняється «посередині нічого» (in the middle of nowhere) – між звичним минулим, якого вже немає, незрозумілим складним теперішнім і непередбачуваним майбутнім. Чим довше людина перебуває в стресовому стані, чим менше вона здатна толерувати невизначеність, тим більшими є ризики розвитку посттравматичного стану, негативних емоційних станів і, як наслідок, складнощів із дотриманням здорового способу життя.

Через масштабні події початку війни українцям довелося зіткнутися з усіма гранями невизначеності: несподіваність і швидкість зміни обставин, неможливість прорахувати ризики і передбачити розвиток подій; брак повної картини реальності, інформаційний голод (особливо в людей, які опинилися на окупованих територіях); неможливість спланувати своє життя навіть на день наперед і, що проявилось особливо явно в перші місяці війни, необхідність перевизначати свою ідентичність, переглядати наявні зв'язки з іншими людьми й налагоджувати нові замість зруйнованих. Одним із наслідків повномасштабного вторгнення 2022 року стало зниження рівня толерантності до невизначеності. Погану здатність функціонувати в умовах невизначеності в перший рік повномасштабного вторгнення зазначили майже 74% респондентів, що набагато більше від частки відповідей на це запитання в період до повномасштабної російської агресії (32,8%). Неможливість мати конкретні плани на майбутнє зазначили, наприклад, чимало респондентів (41%), що змушені були виїхати до Польщі у 2022 році (Górny & Kaczmarczyk, 2023). Результати кореляційного аналізу підтверджують наявність зв'язку між рівнем інтолерантності до невизначеності і силою проявів симптомів посттравматичного стресу у вимушених мігрантів з України (Bilewicz et al., 2024).

Аналіз результативності кампаній з підтримання та профілактики здоров'я в період пандемії COVID-19 вчергове активізував заклик щодо збільшення інвестицій у поведінкові дослідження (Welland & Kolata, 2021). Пандемія загострила важливість розуміння не лише того, як запобігати захворюванням і лікувати їх, а і як *сприяти зміні людської поведінки, від якої залежить профілактика і лікування*. Знову було порушено питання, як подолати непорозуміння, недовіру і дезінформацію, які щоразу заважають людям позитивно сприймати науково обґрунтовані профілактичні і терапевтичні втручання.

Невизначеність, що виникає в контексті масштабних кризових подій, має свої прояви в різних сферах життя, серед яких сфера охорони здоров'я є особливо чутливою. Кризові ситуації, як-от війна чи пандемія, руйнують не

лише особисті плани і життєві орієнтири, а й порушують роботу системи охорони здоров'я, що стає ще одним джерелом тривоги і невизначеності. Тема викликів невизначеності у сфері охорони здоров'я стає багатошаровою проблемою і впливає як на індивідуальний рівень відчуття безпеки, так і на колективне ухвалення рішень щодо промоції здорового способу життя в умовах кризи.

2.2.1. Невизначеність у сфері охорони здоров'я

Емпіричні дослідження останніх десятиліть зосереджувалися на вивченні механізмів, що визначають поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Метою таких досліджень було розроблення ефективних втручань для її зміни. У результаті запропоновано численні теоретичні концепції, що враховують багатофакторний характер такої поведінки. Однак попри значні досягнення один важливий аспект залишався недостатньо дослідженим – це невизначеність, яка має фундаментальний вплив на поведінкові моделі у сфері охорони здоров'я. Невизначеність є універсальним людським досвідом, тож її вивчають різні дисципліни, як-от наука про комунікацію, економіка, психологія та соціологія, що приводить до розмаїття підходів до її визначення та аналізу.

Різноманітні дослідження невизначеності свідчать про її важливі психологічні наслідки, які можуть бути як позитивні (адаптивні), так і негативні (дезадаптивні). Адаптивні наслідки невизначеності охоплюють такі феномени, як-от відчуття надії, сміливість і пошук нових можливостей (Gregory et al., 2023). Негативні наслідки проявляються здебільшого у вигляді когнітивних, емоційних і поведінкових дезадаптивних реакцій, зокрема страху, тривоги та уникнення (Attema et al., 2013; Hillen et al., 2017).

Важливо зважати на те, що перед сферою охорони здоров'я України постають наразі значні виклики через воєнні дії, що суттєво підсилює наявні зони ризику й додає нових елементів невизначеності (ВООЗ, 2023). Війна спричинила масштабне руйнування інфраструктури, обмеження доступу до медичних послуг, особливо в прифронтових регіонах, порушення логістичних ланцюжків, що забезпечують постачання медикаментів та обладнання (ВООЗ, 2024). Це породжує додаткові зовнішні фактори невизначеності, які значно ускладнюють функціонування системи охорони здоров'я. Крім того, воєнні дії призвели до міграції медичних кадрів з найбільш небезпечних регіонів, що ускладнює забезпечення доступу до кваліфікованої медичної допомоги. У цих умовах йдеться про нові виклики, що стосуються як ефективності управління ресурсами, так і підтримання здоров'я населення в екстремальних умовах.

Невизначеність зовнішня: прогалини системи охорони здоров'я. На початку ХХІ століття науковці почали приділяти більше уваги проблемам невизначеності у сфері охорони здоров'я. Наприклад, Хан з колегами (2011) описав три категорії невизначеності: наукову, практичну та особистісну.

Наукова невизначеність стосується непевності, пов'язаної з діагностикою, прогнозом, етіологією захворювання та рекомендаціями щодо лікування. Ця форма невизначеності виникає внаслідок обмежених знань про

захворювання або через брак достатньої кількості достовірних наукових даних. Невизначеність щодо діагнозу може змусити пацієнтів почуватися вразливими, оскільки вони не розуміють своєї ситуації, а лікарі можуть вагатися з прийняттям клінічних рішень. Прогнозування перебігу захворювання часто супроводжується високим рівнем невизначеності, особливо коли це нові чи рідкісні захворювання. Також наукова невизначеність може впливати на сприйняття пацієнтами рекомендацій щодо лікування, викликаючи сумніви в їх ефективності або доцільності (Han et al., 2011). У контексті війни в Україні наукова невизначеність особливо посилюється через нестабільність медичної інфраструктури та брак ресурсів для проведення комплексних медичних досліджень і збирання даних. Це спричиняє труднощі у встановленні діагнозів, оцінюванні ризиків і розробленні ефективних планів лікування, що підвищує рівень тривожності як серед пацієнтів, так і серед медичних працівників.

Практична невизначеність пов'язана з організаційними аспектами надання медичної допомоги, зокрема з доступністю, якістю послуг, компетентністю фахівців і структурою системи охорони здоров'я. Пацієнти можуть стикатися з невизначеністю щодо того, чи отримають вони належну медичну допомогу, особливо в умовах перевантажених або ресурсно обмежених медичних систем. Невпевненість щодо кваліфікації медичних працівників або якості медичних послуг може призводити до зниження рівня довіри до медичної системи та уникнення звернення по допомогу. Крім того, організаційні процедури, наприклад складність бюрократичних процесів або брак чітких інструкцій, також можуть викликати почуття невизначеності у пацієнтів. Під час війни в Україні практична невизначеність ще більше загострюється через порушення логістичних ланцюжків постачання медичних засобів, руйнування медичних закладів та евакуацію медичного персоналу. Це призводить до зниження доступності медичної допомоги, непередбачуваності надання послуг і загального зниження якості медичних інтервенцій, що посилює стрес і тривогу серед населення.

Особистісна невизначеність відображається в таких психосоціальних та екзистенційних питаннях, як-от вплив хвороби або процесу лікування на бачення і можливість досягнення поставлених особистісних цілей, стосунків, добробуту близьких людей, сенс життя. Ці аспекти науковці розглядали як окремі чинники, але саме невизначеність, яка лежить в основі питань, що виникають, до останнього часу не була в центрі уваги. Відповідно, опубліковано лише декілька інтервенцій, спрямованих на зміну поведінки у сфері охорони здоров'я, які безпосередньо враховували або орієнтувалися на невизначеність (Abraham & Michie, 2008; Michie et al., 2013). Попри те, що невизначеність визнана критично важливим елементом для ухвалення поінформованих і спільних рішень у медицині та управлінні кризами (Spiegelhalter & Riesch, 2011; Imber, 2017; Han, 2021), основна увага зосереджується на науковій невизначеності і способах її вирішення шляхом надання додаткової інформації (Han, 2021; Dahm & Crock, 2022). Водночас особистісні аспекти невизначеності, які не можна подолати лише шляхом

інформування, залишаються значною мірою недослідженими (Imber, 2017; Berrigan, 2023).

Невизначеність внутрішня: особистісне сприйняття невизначеності.

Особистісна невизначеність є складним і багатогранним феноменом, особливо в контексті турботи про здоров'я. Вона може проявлятися в різних формах – скажімо, як ціннісна невизначеність, невизначеність спроможності, а також невизначеність мотивів. Ситуація ускладнюється в разі зміни контексту, як це відбувається під час війни. Війна значною мірою впливає на особистісну невизначеність, підвищуючи її рівень через нестабільність, загрозу життю та зміну соціально-економічного середовища. Люди, що перебувають у зоні бойових дій, змушені переглядати свої цінності та пріоритети, що безпосередньо впливає на їхні рішення щодо здоров'я і власного добробуту. Отже, зміна контексту в умовах війни не лише посилює загальний рівень невизначеності, а й змінює її якість та форми прояву.

Berrigan з колегами (2023) розглядали три типи особистісної невизначеності в контексті турботи про здоров'я. Перша з них – це *ціннісна невизначеність*, яка виникає тоді, коли люди не впевнені у своїх моральних чи етичних цінностях. В охороні здоров'я це може впливати на процес ухвалення рішень щодо лікування. Наприклад, у ситуаціях кінцевого догляду за хворими, коли родичі або пацієнти повинні прийняти рішення про припинення лікування або надання паліативної допомоги, ціннісна невизначеність може стати значним бар'єром. В умовах війни ці проблеми стають ще складнішими через зміни в системі цінностей, коли загрози життю роблять питання моралі та етики ще більш складними. Зокрема, війна змушує людей переглядати свої пріоритети, що може призводити до невпевненості в тому, яке рішення є правильним або прийнятним за конкретних обставин.

Невизначеність щодо спроможності, або невпевненість у здатності змінювати свою поведінку, також суттєво впливає на прийняття рішень щодо здоров'я. Люди, які сумніваються у своїй здатності підтримувати здоровий спосіб життя, часто стикаються із психологічними бар'єрами, які заважають їм упроваджувати необхідні зміни. В умовах війни, коли життя стає нестабільним, такі бар'єри можуть ставати ще більш значними. Хронічний стрес, що виникає через постійні обстріли та інші небезпеки, робить людей менш упевненими у своїх силах. Наприклад, втрата доступу до спортивних залів, до звичних послуг або продуктів, порушення звичного режиму дня через повітряні тривоги та інші фактори можуть помітно вплинути на самооцінку і здатність упроваджувати здорові звички. Ці зміни часто ведуть до зниження мотивації та виникнення відчуття безпорадності.

Невизначеність мотивів виникає тоді, коли люди сумніваються в намірах і відданості медичних експертів або установ. Це може призводити до зниження довіри до медичних рекомендацій, особливо в умовах соціальної кризи, як, наприклад, війна. В українському контексті під час війни проблема довіри до медичних установ стає ще гострішою через часті зміни в організації медичних послуг, переселення людей і загальний хаос. Частина українців може почуватися невпевнено щодо рекомендацій медиків, оскільки медичні послуги

іноді надаються в надзвичайних умовах і ресурси для їх реалізації можуть бути обмеженими. За таких обставин зростає важливість чіткої і прозорої комунікації від медичних фахівців для зниження рівня невизначеності мотивів та підвищення довіри до наданої допомоги.

Війна є класичним прикладом ситуації, яка значно посилює ризики і невизначеність у різних аспектах життя, включно з турботою про здоров'я. Соціокультурний підхід до ризику (Tulloch & Lupton, 2003) обстоює думку, що ризик не є об'єктивною реальністю, яку можна однозначно виміряти чи оцінити. Замість цього люди посиляються на соціально доступні концепції ризику. Такі концепції зважають на позитивні чи негативні риси ризику, які підкреслюють переваги/недоліки прийняття ризику. Те, як люди визначають ризик, наскільки він є актуальним, як до нього слід ставитися, залежить від біографічних особливостей здоров'я і хвороби, а також від того, як ці питання пов'язані з управлінням життям загалом. На такі визначення впливатиме соціокультурна ситуація, у якій перебуває людина, а також накопичені біографічні знання (Zinn, 2005).

Війна як ситуація підвищеної невизначеності змінює сприйняття ризиків і впливає на рішення щодо здоров'я. Дослідження когнітивної психології щодо ухвалення рішень у «звичайному житті» (Kahneman et al., 1982) свідчать про те, що важко пояснити прийняття ризику з огляду на раціональні розрахунки на основі ймовірності. В умовах війни рішення щодо здоров'я стають більш емоційно забарвленими, а люди можуть приймати рішення, керуючись миттєвими емоціями, а не раціональними міркуваннями. Це часто призводить до того, що люди нехтують своїм здоров'ям або не дотримуються рекомендацій лікарів, оскільки зосереджені на задоволенні базових потреб і виживанні.

Крім цього, війна впливає на сприйняття часу і горизонт планування. У мирний час люди здатні планувати своє життя на кілька років уперед, визначаючи довгострокові цілі, як-от здобуття освіти, накопичення грошей, підтримання здоров'я. В умовах війни ці часові перспективи значно скорочуються. Дослідження показують, що в таких умовах на перший план виходять негативне минуле і фаталістичне теперішнє (Senyk et al., 2022), що знижує здатність до планування довгострокових дій. Люди починають зосереджуватися на короткострокових цілях, які забезпечують відчуття контролю над ситуацією, але це також знижує мотивацію до інвестування у власне здоров'я в довгостроковій перспективі.

Отже, управління невизначеністю і ризиками є фундаментальною частиною поведінки щодо здоров'я, особливо в умовах війни, коли рівень ризиків і невизначеності суттєво зростає. Промоція здорового способу життя має враховувати нові обставини, що виникли внаслідок війни, а також зміни в часових перспективах і сприйнятті ризиків. Особливу увагу слід приділити підтриманню бачення позитивного майбутнього, оскільки це є критичним для довгострокової мотивації до здорових звичок. Люди, які втрачають здатність бачити позитивне майбутнє, схильні знижувати свою прихильність до здорових звичок, оскільки вважають, що їхні зусилля не матимуть значущого впливу.

Але наскільки гострою буде реакція на підвищений ризик і невизначеність – це залежить від загального ставлення людини до невизначеності.

2.2.2. Особистісна толерантність до невизначеності та її вимірювання

Протягом ХХ століття багато вчених досліджували невизначеність і способи, як саме люди реагують на неї. Е. Франкель-Брунсвік першою описала толерантність до невизначеності (ТН) як схильність до чорно-білих рішень і передчасних висновків, часто всупереч реальності (Frenkel-Brunswik, 1949). Люди з низькою ТН намагаються уникати амбівалентності, що викликає у них тривогу і внутрішні конфлікти. Вони добирають факти, які підтверджують їхні переконання, або ігнорують суперечливу інформацію, щоб зберегти стабільність своїх поглядів.

Багато дослідників вважають толерантність до невизначеності особистісною характеристикою, пов'язаною з авторитаризмом, догматизмом і консерватизмом. Інші фокусуються на ситуаційних факторах, які впливають на рівень ТН (Mahony & McEvoy, 2012). Розуміння ТН варіюється від її трактування як стабільної риси до реакції, залежної від контексту.

У 1962 році С. Баднер висунув ідею про феноменологічний і операційний рівні реакцій на невизначеність. Феноменологічний рівень – це сприйняття і почуття, які можуть бути запереченими або «придушеними», що викликає тривогу і дискомфорт. Операційний рівень пов'язаний з поведінкою, спрямованою на зовнішню реальність, яка може виражатися в униканні або реконструктивній діяльності (Budner, 1962). D. McLain (1993) зауважив, що реакції на невідомі або суперечливі стимули можуть варіюватися від заперечення до привабливості. Він виділив три прояви низької ТН: сприйняття нових або складних ситуацій як загрозливих, схильність до авторитаризму та уникання визнання невизначеності. M. Hillen (2017) у своєму мета-аналізі визначила три джерела невизначеності: імовірнісність (непередбачуваність наслідків), складність та неоднозначність інформації.

Сучасні дослідження толерантності чи інтолерантності до невизначеності (ТН/ІТН) ідуть двома шляхами. Одні дослідники намагаються інтегрувати всі визначення та розуміння ТН в одну модель, як це зробила M. Hillen (2017). Інший напрямок, представлений «трансдіагностичною моделлю» (Mansell, 2005), пізніше став пов'язаний радше з розумінням ТН/ІТН у контексті роботи із психічними розладами та проявами посттравматичних станів (Einstein, 2014; Mahoney & McEvoy, 2012). Творці трансдіагностичної моделі прагнуть знайти загальні чинники, що лежать в основі емоційних розладів, і, крім складнощів з регуляцією емоцій, до таких чинників віднесено й низьку толерантність до невизначеності (ТН) – або інтолерантність до невизначеності (ІТН) (від англ. «intolerance to uncertainty»).

У масиві вітчизняних досліджень із психології здоров'я та здорового способу життя досі майже не приділяли увагу ставленню до невизначеності.

Українські вчені досліджують толерантність/інтолерантність до невизначеності здебільшого в рідчій аналізі ідентичності (Гусев, 2007), особливостей розвитку і виховання дитини (Мілютіна, 2022) або професійних якостей (Брюховецька, 2021; Хилько, 2017). І лише останнім часом з'являються дослідження ТН у зв'язку із психологічним добробутом (Павленко, 2019), ексекутивними функціями людей із травмою (Літвін, 2020), травматичним досвідом і ПТСР (Громова, 2022).

Концепція невизначеності до останнього десятиліття не була включена у сучасні теорії поведінки і комунікації щодо здоров'я. Відомо, наприклад, що неприйняття невизначеності не є універсальним явищем, у сферах, не пов'язаних з охороною здоров'я; близько 30% людей виявляють толерантність або байдужість до невизначеності (Camerer & Weber, 1992; Einhorn & Hogarth, 1986). Зауважимо, що здатність толерувати невизначеність зменшується від початку ХХІ століття (Carleton, 2019); це пов'язують зі збільшенням використання гаджетів (завдяки яким ми в будь-яку мить можемо дізнатися прогноз погоди, маршрут до найближчого МакДональдза або зателефонувати друзям, тобто все рідше буваємо в ситуаціях невідомості).

Взаємозв'язок низької ТН з негативними емоційними станами досліджували у випадках тривожних розладів, депресії та обсесивно-компульсивного розладу. За результатами факторного аналізу виділено кілька структур, але дві основні компоненти є найбільш значущими. Перший – «тривога очікування» (prospective anxiety), що корелює з високим рівнем занепокоєння та обсесивно-компульсивною симптоматикою, часто пов'язана з негативними переконаннями щодо невизначеності. Другий – «гнітюча тривога» (inhibitory anxiety), пов'язана з агорафобією, панічними атаками, депресією і соціофобією. Ці компоненти визначають соматичний аспект негативних переконань щодо невизначеності, що призводить до негативних емоцій у ситуаціях невизначеності.

Що ж таке «толорантність до невизначеності»? Толорантність до невизначеності – це здатність особистості сприймати непередбачуваність, неоднозначність і складність світу нейтрально або позитивно та реагувати на них проактивно. Натомість інтолорантність до невизначеності є властивістю особистості сприймати непередбачуваність, неоднозначність та складність світу як дещо небажане, загрозливе і реагувати на них підвищеною невпевненістю, тривогою, розгубленістю.

Вимірювання (ін)толорантності до невизначеності. Від часу появи концепції «толорантність-інтолорантність до невизначеності» почали з'являтися різні діагностичні методики для визначення як загального рівня толорантності до невизначеності, так і ставлення до її різних аспектів (новизна, складність, непередбачуваність тощо).

Дослідження толорантності до невизначеності спочатку проводили за допомогою «загальнопсихологічних» тестів. Такі опитувальники часто використовували для аналізу взаємозв'язку толорантності або інтолорантності до невизначеності (ТН/ІТН) з іншими психологічними характеристиками. Ця «перша хвиля» опитувальників з'явилася переважно в 1960–1990-х роках. У

«другій хвилі» досліджень з'являються психолого-соціологічні опитувальники, які фокусуються на культурних особливостях ставлення до невизначеності в різних країнах (Hofstede, 2007). Вони були створені в період 1980-х – початку 2000-х років. «Третя хвиля» опитувальників досліджує роль інтолерантності до невизначеності в розвитку негативних емоційних реакцій і неефективних копінг-стратегій у межах трансдіагностичного підходу до психічних розладів. Їх почали розробляти з 1994 року й удосконалюють дотепер.

Із майже 30 відомих тестів в Україні досі використовують зазвичай декілька доволі «старих» і перекладених російською мовою. Найбільш поширеними є тести Баднера (Budner, 1962) і Д. Маклейна (McLain, 1993). Але вони мають певні недоліки. По-перше, тести С. Баднера і Д. Маклейна базуються на різному розумінні того, що таке толерантність до невизначеності і як її вимірювати, і тому результати за цими тестами складно порівнювати. По-друге, закладена в теорії авторська структура згаданих опитувальників не була підтверджена під час подальших перевірок статистичними методами. І це також ставить під сумнів точність інтерпретацій та висновків, зроблених з їх допомогою. Більш сучасним, адаптованим українською мовою є дуже популярний у західних дослідженнях з клінічної психології тест «Шкала інтолерантності до невизначеності», коротка версія Н. Карлетона (Carleton, 2007). Його українськомовна версія (Громова, 2021) відповідає за структурою англomовному оригіналу і має перевірену надійність та валідність.

Хоча толерантність людей до загальної невизначеності, виміряна за допомогою загальних показників, дає змогу до певної міри прогнозувати реакцію на неоднозначну інформацію, однак незрозуміло, чи оцінюють ці показники також і відмінності в несприйнятті невизначеності в різних життєвих контекстах. *Люди можуть бути більш або менш несприйнятливими до невизначеності у сфері охорони здоров'я, ніж в інших сферах, наприклад фінансовій, соціальній.* Тому є спроби створити опитувальники для вимірювання рівня толерантності до невизначеності саме у сфері охорони здоров'я.

Специфічними для сфери охорони здоров'я є шкала реакції на невизначеність, розроблена Gerrity et al. (1990) і модифікована Carney et al. (2004). Цей тест визначає реакцію на невизначеність загалом і може бути застосований лише до лікарів. Шкала невизначеності хвороби Мішела (Mishel, 1981) дає змогу вимірювати сприйняття кількох різних типів невизначеності, які виникають у багатьох сферах (симптоматика, діагностування, лікування, стосунки з тими, хто доглядає за хворими, прогнозування), і є специфічною для хворих пацієнтів, які отримують медичну допомогу. Також тут можна згадати короткий, не дуже поширений тест для вимірювання неприязні до невизначеності в лікуванні (Han et al., 2009). Він визначає рівень занепокоєння та уникання суперечностей під час прийняття рішення щодо проходження тестів і лікування. Жоден із зазначених тестів наразі не перекладено і не адаптовано українською мовою.

Як бачимо, у світі є чимало опитувальників, за допомогою яких дослідники намагаються виміряти ставлення до невизначеності. Більшість із

них є досі універсальними, хоча від початку ХХІ століття почали розробляти контекст-специфічні тести з ТН, зокрема у сфері охорони здоров'я.

Толерантність до невизначеності безпосередньо впливає на поведінку людей у контексті підтримання здоров'я і здорового способу життя. Люди з низьким рівнем ТН можуть уникати необхідних медичних процедур або відкладати ухвалення рішень щодо змін у способі життя через страх перед невідомістю, наприклад побоювання щодо результатів медичних обстежень або потенційних побічних ефектів лікування. Водночас особи з вищим рівнем ТН здатні краще ладнати з невизначеністю, пов'язаною з медичними рішеннями, і, як наслідок, частіше вживають превентивні заходи для підтримання здоров'я (наприклад, виконують фізичні вправи або проходять регулярні медичні обстеження). Отже, здатність протистояти невизначеності може бути ключовим чинником у розробленні стратегій здорового способу життя та ефективного управління власним здоров'ям.

2.2.3. Особливості стратегій підтримання здорового способу життя людьми з різним ставленням до невизначеності

Попередні параграфи цього розділу вже розкрили основні проблеми, пов'язані з невизначеністю в системі охорони здоров'я, та наголосили на важливості індивідуальної стійкості до цих викликів. Вивчення особливостей реагування на невизначеність крізь призму здорового способу життя дає змогу більш глибоко осмислити, як індивідуальні психологічні характеристики, зокрема толерантність до невизначеності, пов'язані з вибором стратегій підтримання фізичного і психологічного благополуччя. Адже саме невизначеність у сфері охорони здоров'я може стати важливим чинником у виборі різних підходів до здорового життя залежно від того, наскільки особа здатна адаптуватися до нових і непередбачуваних обставин.

У цьому параграфі будуть досліджені різні підходи до підтримання здорового способу життя серед осіб з різним ставленням до невизначеності. Зокрема, буде розглянуто, як рівень толерантності до невизначеності пов'язаний зі звичками в управлінні стресом, баченням складнощів у підтриманні здорового способу життя, мотивації до ЗСЖ та рекреаційних практиках. На основі емпіричних даних буде проаналізовано, які стратегії є типовими для різних категорій людей залежно від рівня сприйняття ними ризиків і змін у житті під час війни в Україні.

Отже, наша мета – продемонструвати зв'язок між ставленням до невизначеності і вибором здорових практик, а також узагальнити знайдені відмінності у стратегіях підтримання здорового способу життя людьми з різним рівнем толерантності до невизначеності.

Загальний опис вибірки: соціодемографічні характеристики. Щоб відповісти на порушені вище питання щодо способів підтримання здорового способу життя в умовах війни, проведено дослідження і зібрано дані щодо можливих чинників, які сприяють або заважають, на думку українців,

підтриманню здорового способу життя, а також інформацію про найбільш поширені способи відновлення та улюблені «корисні» і «погані» звички. Обсяг вибірки для аналізу становив 550 осіб. Дані збиралися в період із серпня по грудень 2023 року. Отже, було опитано 550 осіб, середній вік яких 40 років ($SD=13,5$, $\min=16$, $\max=77$); серед них частка жінок 78,7%, чоловіків – 20,7%. Майже 62% респондентів мають вищу освіту, 89,8% працевлаштовані (більш детальні описові статистики наведено в таблиці 2.1).

Загалом, опитування складалося з понад 140 питань, структурованих таким чином: шість кластерів питань про складнощі та мотивацію щодо підтримання ЗСЖ; питання щодо дев'яти типів буденних практик (Титаренко, 2024); три структурованих опитувальники (більш детально див. опис у підрозділах 2.3, 3.1, 3.2).

Щоб визначити рівень толерантності до невизначеності, респонденти заповнили тест «Шкала інтолерантності до невизначеності», коротка версія Н. Карлетона (Громова, 2021). Тест має хорошу надійність шкал, альфа-Кронбаха за тестом становить $\alpha=0,89$ для загальної шкали, $\alpha=0,81$ – для шкали гнітючої тривоги, $\alpha=0,83$ – для шкали прогностичної тривоги¹.

За ставленням до невизначеності групу було поділено на тих, хто досить добре витримує невідомість (8,5%), осіб із середнім рівнем толерантності до невизначеності (63,3%) і тих, хто дуже важко сприймає несподіванки (28,2%). Середній рівень для загального бала становив 37,9 ($SD=9,3$), для гнітючої тривоги – 14,9 ($SD=4,4$), для прогностичної тривоги – 23 ($SD=5,7$). Варто зазначити, що цей рівень середніх значень дещо вищий за період до початку повномасштабного вторгнення 2022 року. Наскільки значуще це підвищення і чи можна говорити про зміну середнього рівня інтолерантності до невизначеності українців унаслідок життя в умовах війни? Ця інформація потребує окремого лонгітюдного дослідження. Можна лише зазначити, що в групі студентів (віком 18-22 роки) у 2020 році середній рівень ІТН становив 34,12 ($SD=7,49$) (Громова, 2021), тоді як у студентів у 2023 році середній рівень ІТН згідно з даними, отриманими нами під час дослідження, – 40,57 ($SD=8,87$). Ці дані дають підстави висунути гіпотезу про підвищення рівня інтолерантності до невизначеності, яка потребує підтвердження або спростування під час подальших досліджень.

За середнім рівнем ТН молодь (18-24 роки) на значущому рівні відрізняється від представників пізньої зрілості (65-74 роки): літнім людям зміни даються важче і непередбачуваність вони сприймають як більш загрозливу ($t(115)=3,9$, $p<0,001$). Група літніх респондентів відрізняється як загальним балом ТН, так і за шкалами гнітючої і прогностичної тривоги. Група молоді порівняно зі зрілими респондентами бачить невизначеність менш неприйнятною і ставиться до неї більш спокійно.

З таблиці 2.1 видно, що 21,3% респондентів з високим рівнем ТН не мають *досвіду втрат* (унаслідок повномасштабної війни 2022 року), натомість

¹ У тексті зазначено ТН, але опитувальник вимірює ІТН, тому тут і далі дані за шкалами інтерпретуються у зворотному напрямку.

у групі осіб з низькою ТН таких 6,5%, що є значущою відмінністю ($\chi^2=8,6$; $p<0,05$). Про наявність психологічних втрат (довіри, упевненості, зміни цінностей) ствердно відповіли 74,8% респондентів з низькою толерантністю до невизначеності і 34% осіб з високою ТН, що є значущою відмінністю ($\chi^2=26,4$; $p<0,001$). Про втрату можливостей (самореалізація, медична допомога, освіта і т.ін.) також набагато частіше згадували респонденти з низькою стійкістю щодо невизначеності ($\chi^2=39$; $p<0,001$) – таких у цій підгрупі 52%, тоді як у групі з високою ТН – лише 8,5%. Так само значна частина респондентів з низькою ТН відповіли ствердно на запитання про майнові втрати – 54,8%, у групі з високою ТН – 25,5% ($\chi^2=14,7$; $p<0,001$). Водночас немає значущих відмінностей між підгрупами щодо втрати здоров'я, зникнення або смерті близьких, соціальних зв'язків, стосунків.

Осіб, що мають бойовий військовий досвід, на значущому рівні більше в групі з високою ТН ($\chi^2=22,8$; $p<0,001$) – таких у групі 27,6%, натомість у групі з низькою ТН таких набагато менше – 3,8%. До ліквідації наслідків воєнних дій (у т.ч. на волонтерських засадах) більше долучалися респонденти, які добре витримують невизначеність ($\chi^2=7,6$; $p<0,05$), – таких у цій групі 17% проти 10,3% тих, хто страждає від невизначеності. Осіб з досвідом окупації набагато більше в групі з низькою ТН – 27%, а в групі з високою ТН таких осіб 10,6% ($\chi^2=11,6$; $p<0,01$).

Не виявлено відмінностей у розподілі респондентів з різним ставленням до невизначеності за регіоном, освітою, статтю.

Як саме пов'язаний вибір оздоровчих практик зі ставленням до невизначеності? Чи є відмінності щодо складнощів або мотивації у людей з різним рівнем інтолерантності до невизначеності? Якщо є, то які саме і як це знання допоможе у формуванні стратегій промоції здорового способу життя в умовах воєнних дій? Почнімо з порівняльного аналізу відповідей респондентів з різним рівнем ТН на питання про здоровий спосіб життя, практики відновлення і перешкоди на шляху підтримання власного здоров'я.

На чому варто сфокусуватися для успішного підтримання здорового способу життя? Як фокус для ЗСЖ відмову від шкідливих звичок частіше згадували респонденти з високим рівнем ТН ($\chi^2=12,7$; $p<0,01$). Формування нових звичок для підтримання ЗСЖ ($\chi^2=10,9$; $p<0,01$) частіше зазначали як фокус уваги респонденти з низьким рівнем ТН. Можна припустити, що люди з високим рівнем ТН загалом більше задоволені своїм життям і фокусуються на підтриманні корисних звичок, з невеличкою корекцією на те, від чого треба відмовитися. А респонденти з низьким рівнем ТН меншою мірою задоволені собою і бажають сформувати нові звички. Або ж фокус уваги на формуванні нових звичок продиктований тим, що таким людям складно змінюватися, і тому потрібно сфокусувати зусилля та увагу передусім на формуванні нової поведінки, а не на підтриманні вже звичної.

Таблиця 2.1

Описові статистики вибірки, n=550

Змінна	Група 1		Група 2		Група 3		Загальна вибірка	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Середній вік (SD)	44,3	(12,5)	40,2	(13,5)	38,4	(13,6)	40	(13,5)
Жінки	31	66	269	77	133	85,8	433	78,7
Чоловіки	16	34	77	22	21	13,5	114	20,7
Повна середня	5	10,6	29	8,3	15	9,7	49	8,9
Незакінчена вища/середня спеціальна	4	8,5	54	15,5	32	20,6	90	16,4
Повна вища	28	59,6	219	62,9	94	60,6	341	62
Науковий ступінь	9	19,1	40	11,5	12	7,7	61	11,1
Безробітні	-	-	4	1,1	5	3,2	9	1,6
Домашнє господарство	-	-	4	1,1	2	1,2	6	1,1
Студенти	-	-	13	3,7	9	5,8	22	4
Працевлаштовані	47	100	313	89,9	134	86,5	494	89,8
На пенсії	-	-	4	1,1	1	0,6	5	0,9
Самозайняті	-	-	4	1,1	3	1,9	7	1,3
Стан проживання								
Живу один/одна	5	10,6	59	17	27	17,4	91	16,5
З партнером/кою	14	29,8	77	22	29	18,7	120	21,8
З партнером і дитиною (дітьми)	14	29,8	108	31	41	26,5	163	29,6
З батьками	5	10,6	36	10,3	26	16,8	67	12,2
З дитиною (дітьми)	7	14,9	35	10,1	16	10,3	58	10,5
У розширеній родині	2	4,3	19	5,5	9	5,8	30	5,5
Зі співмешканцями/друзями /побратимами	-	-	14	4	7	4,5	21	3,8
Регіон України								
Прифронтові зони	3	6,4	24	6,9	7	4,5	34	6,2
Київ та область	23	48,9	171	49,1	71	45,8	265	48,2
Захід України	2	4,3	17	4,9	11	7,1	30	5,5
Інші області України	13	27,7	93	26,7	47	30,3	153	27,8
За кордоном	6	12,8	42	12,1	19	12,3	67	12,2
Досвід втрат								
Не мають втрат	10	21,3	37	10,6	10	6,5	57	10,4
Психологічні втрати	16	34	216	62,1	116	74,8	348	63,3
Втрата можливостей	4	8,5	104	29,9	81	52,3	189	34,4
Втрата належності/соціальних зв'язків	9	19,1	105	30,2	56	36,1	170	30,9
Матеріальні втрати	12	25,5	145	41,7	85	54,8	242	44
Людські втрати	20	42,6	120	34,5	51	32,9	191	34,7
Фізичні, фізіологічні втрати (порушення функціонування)	12	25,5	83	23,9	44	28,4	139	25,3
Інший досвід, пов'язаний з війною								
Не мають	24	51,1	162	46,6	77	49,7	263	47,8
Бойовий військовий досвід	13	27,7	36	10,3	6	3,9	55	10
Медична/домедична допомога	3	6,4	21	6	6	3,9	30	5,5
Правоохоронна діяльність	2	4,3	16	4,6	3	1,9	213	3,8
Ліквідація наслідків (у т. ч. на волонтерських засадах)	8	17	71	20,4	16	10,3	95	17,3
Окупація	5	10,6	54	15,5	42	27,1	101	18,4
Обстріли	2	4,3	28	8	14	9	44	8
Повінь	-	-	8	2,3	4	2,6	12	2,2
Волонтерство	-	-	13	3,7	2	1,3	16	2,9
Інше	1	2,1	11	3,2	4	2,6	16	2,9

Що спонукає дотримуватися ЗСЖ? Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу більш характерне для респондентів з низькою стійкістю до невизначеності ($\chi^2=16$; $p<0,01$), які відповіли переважно ствердно на це

питання. У підгрупі респондентів з високим рівнем ТН надмірний стрес є мотиватором лише для однієї п'ятої вибірки. Ознаки погіршення здоров'я також більше турбують людей з низьким рівнем ТН і є відтак мотивацією для них ($\chi^2=19,4$; $p<0,001$). Що ж до прагнення прямувати до своєї особистої мети, то тут значущої різниці не виявлено (частки розподілилася порівну між учасниками всіх підгруп). Так само схожі відповіді респондентів на питання про роль телебачення та інформації в соціальних мережах: переважна більшість не вважає це важливим для себе фактором, коли йдеться про прийняття рішень щодо ЗСЖ.

На перший погляд, можна було б очікувати, що люди з низьким рівнем ТН, які частіше відчувають тривогу через невизначеність і схильні до інформаційного перевантаження, можуть більше покладатися на інформацію з медіаджерел як механізм посилення впевненості. Однак результати показують, що більшість респондентів, незалежно від рівня ТН, не вважають телебачення або інформацію в соціальних мережах важливими для прийняття рішень щодо ЗСЖ. Це може бути пов'язано з кількома факторами.

По-перше, телебачення і соціальні мережі часто пропонують суперечливу або поверхову інформацію, що може підривати довіру до таких джерел щодо питань здоров'я. Громадяни, зокрема під час війни, можуть орієнтуватися більше на власний досвід, рекомендації від близьких або авторитетних фахівців, ніж на загальні повідомлення з ТБ або соцмереж. Такий скепсис щодо медіа може бути зумовлений відчуттям інформаційної перевантаженості або навіть маніпулювання з боку ЗМІ.

Крім того, важливо враховувати, що війна і пов'язані з нею зміни в доступі до ресурсів могли змінити пріоритети людей. В умовах, коли доступ до медичних послуг обмежений або нестабільний, люди можуть більше покладатися на особисті знання або досвід спільноти, ніж на узагальнені медіапоради. Тому рішення щодо здорового способу життя вони можуть приймати на основі практичних потреб та індивідуальних умов, а не через вплив телевізійних програм або інформації із соціальних мереж.

Також важливим фактором є зниження авторитету традиційних медіа. В епоху інформаційних технологій, коли є доступ до різних джерел інформації, включно із спеціалізованими сайтами або форумами, люди більше схильні шукати детальну і персоналізовану інформацію щодо здорового способу життя. Це може пояснити, чому телебачення втрачає свою роль як важливе джерело інформації для ухвалення рішень у сфері здоров'я.

Отже, незалежно від рівня толерантності до невизначеності люди однаково мало покладаються на телебачення і соціальні мережі, коли ухвалюють рішення щодо здорового способу життя в умовах війни. Це може бути зумовлено низькою довірою до загальних медіаджерел, а також прагненням орієнтуватися на більш персоналізовані й достовірні джерела інформації в умовах постійної загрози та невизначеності. Утім, це також може бути ознакою низького рівня усвідомлення впливу медіа на власне прийняття рішень.

Серед *чинників, які заважають дотримуватися ЗСЖ*, першою перешкодою, яку набагато частіше зазначали респонденти з високим рівнем інтолерантності до невизначеності була *нестача матеріальних ресурсів*. Різниця у відповідях ($\chi^2=11,2$; $p<0,01$) може свідчити про те, що люди з низьким рівнем толерантності до невизначеності більш залежні від стабільних і передбачуваних умов життя. Матеріальна нестабільність, яка часто супроводжує невизначеність, стає для таких осіб значною перешкодою на шляху до підтримання ЗСЖ. Вони можуть уникати ризикованих ситуацій або інвестицій у власне здоров'я, якщо немає впевненості у фінансовій підтримці чи стабільності доходів. Натомість люди з високим рівнем ТН легше адаптуються до матеріальних труднощів і знаходять альтернативні способи дотримання ЗСЖ – скажімо, домашні тренування або зміни в харчуванні.

Несприятливий емоційний стан є перепоною для дотримання ЗСЖ у приблизно 46% респондентів зі спокійним ставленням до невизначеності і у понад 75% осіб з високим рівнем непереносимості невизначеності ($\chi^2=7,4$; $p<0,05$). Емоційний стан безпосередньо впливає на здатність людини займатися спортом, правильно харчуватися або дотримуватися інших здорових звичок. В умовах воєнної небезпеки емоційне напруження в осіб з низьким рівнем ТН є сильнішим, бо викликане вразливістю перед непередбачуваністю майбутнього і постійною турботою про можливі ризики. Таке хронічне напруження може блокувати їхні спроби вести ЗСЖ. Особи з високим рівнем ТН, які легше адаптуються до нестабільних умов, можуть краще впоратися з емоційними перешкодами.

Показовим є розподіл відповідей щодо сталих *психологічних особливостей*. Так, 80% респондентів з низьким рівнем ТН назвали ці чинники як основну перешкоду на шляху до ЗСЖ, тоді як лише 12% осіб з високим рівнем ТН зауважили це як проблему ($\chi^2=20,7$; $p<0,001$). Це узгоджується з даними закордонних досліджень щодо схильності інтолерантних до невизначеності осіб до більшої психологічної вразливості. Менш стабільний емоційний стан (або менша здатність спокійно ставитися до перепадів настрою) послаблюють здатність систематично займатися спортом, дотримуватися здорового харчування або інших елементів ЗСЖ.

Перша *складність у підтриманні ЗСЖ*, яку частіше зазначали респонденти з підвищеною інтолерантністю до невизначеності, – це *раціональне харчування* ($\chi^2=8,1$; $p<0,05$). Прагнення дотримуватися конкретних дієт чи режимів може викликати у них стрес, якщо виникають непередбачувані обставини, що порушують їхній звичний режим. Наприклад, непередбачуваність у доступі до якісних продуктів або зміни в ритмі життя можуть бути причиною відчуття втрати контролю, що ускладнює дотримання здорового раціону.

Фізична активність також була суттєвою складністю для респондентів з низьким рівнем ТН ($\chi^2=15,4$; $p<0,001$), які вдвічі частіше згадували про труднощі з підтриманням регулярних фізичних навантажень. Фізична активність вимагає регулярності і самодисципліни, а люди, що не люблять несподіванок, мають більше труднощів в адаптації до умов, що постійно

змінюються. Зміни в графіку роботи/сну внаслідок обстрілів, блекаутів є суттєвими перешкодами для людей з низьким рівнем ТН, оскільки вони мають потребу в передбачуваності для збереження своєї мотивації та стабільності в поведінці.

Ще однією значущою складністю, яка частіше спостерігалася серед респондентів з низьким рівнем ТН, стало *забезпечення позитивних емоцій*. Люди з підвищеною інтолерантністю до невизначеності в п'ять разів частіше, ніж менш тривожні респонденти, відмічали це як виклик ($\chi^2=14,2$; $p<0,001$). Життя в умовах хронічної невизначеності внаслідок війни викликає у таких осіб підвищену тривожність та емоційне напруження, що впливає на їхню здатність отримувати позитивні емоції та загострює стресові реакції.

Загалом *кількість зазначених труднощів* у дотриманні ЗСЖ (див. рис. 2.14) була більшою у респондентів з низькою толерантністю до невизначеності ($H=13,6$; $p<0,001$). Це свідчить про те, що такі люди мають більше бар'єрів на шляху до підтримання здорового способу життя, що може бути пов'язано з їхньою загальною схильністю до тривожності та потреби в контролі. Невизначеність викликає у них додатковий стрес, що ускладнює виконання завдань, пов'язаних з фізичним та емоційним благополуччям. Вони можуть відчувати себе менш здатними до адаптації і, відповідно, більше уваги приділяти перешкодам, ніж можливостям.

Серед *факторів збереження здоров'я* значущих відмінностей між респондентами різних підгруп не виявлено. Та на загал найважливішими чинниками більшість респондентів визнала здоровий спосіб життя (98,5%) і соціальне оточення (62,9%). Якість медичних послуг (34,2%), доступність медичних послуг (31,3%) та екологічна і епідемічна ситуація (24,5%) розділили умовне друге місце серед чинників, що впливають на здоров'я. Спадковість (15,3%) та інфраструктура (18,3%) посіли третє місце. Менш значущими виявилися інформаційні кампанії щодо здоров'я – тільки 8,4% респондентів зазначили цей чинник як важливий, що досить цікаво і може мати кілька причин. Низька популярність інформаційних кампаній щодо здоров'я може бути пов'язана зі зниженням довіри до ЗМІ: українці не сприймають телебачення як надійне джерело інформації, мають сумніви щодо її достовірності або підозрюють приховану комерційну мету.

Варто звернути увагу на важливість для українців міжособистісних відносин і соціальної підтримки в питаннях здоров'я. В умовах економічних труднощів і стресів, викликаних війною та іншими факторами, соціальні зв'язки відіграють роль ресурсу, що допомагає впоратися зі складнощами. Люди більше довіряють думкам близьких людей і шукають у них підтримки у важких ситуаціях, а також звертаються за порадами щодо практичних питань, зокрема пов'язаних зі здоров'ям. Крім того, люди часто приймають рішення про здоров'я, керуючись досвідом своїх близьких. Соціальне оточення формує звички і стандарти, яких люди намагаються дотримуватись, особливо коли йдеться про здоров'я, харчування, фізичну активність та інші буденні звички.

Що ж до *практик підтримання здоров'я*, то серед дев'яти запропонованих тем і типів практик відповіді розподілилися так.

Базові потреби. Про те, що приділяють увагу гігієні, зовнішньому вигляду, частіше згадували респонденти з низьким рівнем ТН ($\chi^2=11,7$; $p<0,01$). Це може бути пов'язано з тим, що низький рівень ТН вимагає спиратися на контрольовані аспекти у своєму житті, як-от гігієна чи зовнішній вигляд. Прості повторювані дії можуть забезпечувати певне відчуття стабільності і передбачуваності в умовах, коли інші сфери життя сповнені невизначеності. Фізична активність є більш популярною у респондентів з високим рівнем ТН ($\chi^2=9,3$; $p<0,01$).

Відмінностей у керуванні режимом сну, режимом дня, медичними обстеженнями не виявлено, також однаково мало ствердних відповідей у респондентів усіх підгруп на питання щодо намагання позбутися шкідливих звичок. В умовах хронічного стресу та обмежених ресурсів, як фізичних, так і психічних, люди можуть віддавати перевагу стабільності та збереженню рутини, навіть якщо вона містить шкідливі звички. Ці звички можуть виконувати функцію своєрідного «якоря», що забезпечує відчуття стабільності в хаотичних умовах, де немає впевненості у майбутньому. У воєнний час звичка може набувати символічного значення як частина звичного, «довоєнного» життя, коли все було передбачуваним і контрольованим. Варто зазначити, що частіше про бажання звільнитися від поганих звичок говорили респонденти з більш спокійним ставленням до невизначеності (у відповідях на питання, на чому варто зробити *фокус* у підтриманні ЗСЖ, – вище за текстом). Це можна пояснити тим, що більш толерантні до невизначеності респонденти можуть виявляти сильніше бажання позбутися шкідливих звичок, оскільки вони менш залежні від стабілізуючих елементів рутини і краще адаптуються до змін.

Якщо розглядати *практики спілкування* як частину ЗСЖ, то серед респондентів з різним ставленням до невизначеності майже немає відмінностей і більшість українців довірливо спілкується з найближчим оточенням, зустрічається з друзями і приємними людьми як очно, так і онлайн, любить обійми і може поділитися іноді своїми історіями з незнайомими людьми (ефект купе). Невеличка, але значуща відмінність між тими, хто витримує невизначеність, і тими, кому важко це робити, є у відповідях щодо «обмеження реального і віртуального спілкування з неприємними мені людьми» ($\chi^2=6,6$; $p<0,05$): більше фільтрують своє спілкування респонденти з низьким рівнем ТН, також вони трохи менше турбуються про тих, хто опиняється поруч ($\chi^2=5$; $p<0,05$), – 55% ствердно відповіли на це запитання проти 67% у групі толерантних до невизначеності респондентів. Люди з низьким рівнем толерантності до невизначеності, імовірно, більше фільтрують своє коло спілкування, тому що для них важливо уникати додаткових стресових ситуацій, що виникають під час спілкування з неприємними людьми і більшою є потреба в самозахисті від емоційного виснаження через залучення в життя та проблеми інших.

Робота. В усіх групах респонденти намагаються підтримувати робочий процес у звичному режимі, також приблизно однакова кількість осіб має негативні робочі практики, зокрема схильність перевантажувати себе роботою

(«живу на роботі», «не рахуюся з особистим часом»). Але є певні відмінності між людьми з різним ставленням до невизначеності. Респонденти з високим рівнем ТН удвічі частіше використовують нові способи виконання звичних завдань, тоді як у групі з низьким рівнем ТН у *п'ять разів більше* осіб, які зазначили, що мають нову роботу або навчання ($\chi^2=34,5$, $p<0,01$). Як видно з таблиці 2.2, ставлення до невизначеності може бути пов'язане як з новими викликами в групі з низьким рівнем ТН (багато змін у житті, які потребують зусиль для пристосування), так і з безпосередньо недовірливим і тривожним ставленням до змін і непередбачуваності, власне високою інтолерантністю до невизначеності, і тому про нове навчання/роботу такі респонденти згадують у своїх відповідях частіше.

Таблиця 2.2

Розподіл відповідей щодо робочих практик у групах з різною толерантністю до невизначеності (у %)

Рівні ТН	Підтримую робочий процес у звичному режимі	Використовую нові способи виконувати звичні завдання	Маю нову роботу/навчання	Інше	Негативні робочі практики	Всього
Високий	47	20	4	22	7	100
Середній	42	18	18	16	6	100
Низький	44	11	30	10	5	100

Волонтерство. Сто відсотків респондентів в усіх підгрупах визнають волонтерство як одну з практик підтримання свого ЗСЖ. Волонтерство вони часто сприймають як спосіб поліпшення психологічного стану, оскільки воно допомагає людині відчувати себе корисною, залученою до колективної справи, що, відповідно, може знижувати стрес і тривогу. Немає відмінностей між групами щодо таких форм волонтерства, як-от допомога грошима і речами, створення чогось для потреб фронту, допомога на місцях. Така рівномірність свідчить про універсальність цих форм волонтерської діяльності, які рідко потребують спеціальних навичок чи знань і, ймовірно, сприймаються як моральний обов'язок.

Є слабка, але значуща відмінність щодо таких форм волонтерства, як надання безоплатно своїх професійних послуг ($\chi^2=11,4$; $p<0,01$) та організаційна діяльність ($\chi^2=7,5$; $p<0,05$). Люди з низьким рівнем ТН, як показують їхні відповіді, мають менше емоційного ресурсу для надання послуг і керування процесами. Це можна пояснити кількома чинниками, як-от, наприклад, складність планування в умовах війни, емоційне виснаження через невизначеність і необхідність збереження внутрішніх ресурсів. Усе це приводить до того, що респонденти з низьким рівнем ТН рідше долучаються до типів волонтерства, які вимагають більшої відповідальності або професійної підтримки.

Духовність. Значущі відмінності виявлено щодо питання про звернення до духовних наставників. Так, 24% респондентів з високим рівнем ТН

звертаються до наставників, тоді як серед респондентів з низьким рівнем ТН цей показник значно нижчий – лише 7% ($\chi^2=8,6$; $p<0,05$). Цю різницю можна пояснити тим, що люди з більш спокійним ставленням до невизначеності є більш відкритими до порад і підтримки з боку інших, включно з духовними наставниками. Вони легше сприймають ідею, що хтось може допомогти їм у складних життєвих ситуаціях, навіть якщо ці ситуації є невизначеними або поза їхнім контролем. Схожі відповіді були і щодо варіанта про наставлення інших ($\chi^2=17,2$; $p<0,001$). Решта активностей (читання літератури, участь у житті громади, дотримання ритуалів, молитви і т. ін.) характерна як для людей з низьким рівнем ТН, так і для тих, хто краще вміє витримувати невизначеність. Ці практики часто є стабільними і ритуалізованими, що дає відчуття контролю і структурованості. Тому вони можуть бути привабливими як для тих, хто прагне передбачуваності, так і для тих, хто більш гнучкий у прийнятті невизначеності.

Частка тих, для кого значущість духовності в повсякденних практиках є незначною, майже однакова в усіх підгрупах. Таку відповідь дали 11,9% респондентів у групі з низьким рівнем ІТН, 11,9% – у групі із середнім рівнем толерування невизначеності і 14,8% – у групі з високим рівнем ІТН.

Інформація. У способах оперування інформацією не виявлено відмінностей між респондентами з різним рівнем толерантності до невизначеності. Лише три респонденти з 550 у вибірці зазначили, що зменшили споживання інформаційного контенту. Половина респондентів з кожної підгрупи отримує новини від найближчого оточення, більшість – намагається звертатися до перевірених джерел інформації, чверть – полюбляє гумористичний контент.

Несподіванкою стало те, що не виявлено відмінностей між респондентами з різним рівнем ТН, адже під час досліджень попередніх років, зокрема часів COVID-19 і раніше, респонденти з низьким рівнем ТН помітно вирізнялися підвищеним споживанням новинного контенту. Пояснити це можна реаліями життя в Україні під час війни. В умовах війни кожна людина, незалежно від особистісних характеристик, стає значно більш зацікавленою в отриманні інформації, оскільки новини безпосередньо впливають на її життя. Наприклад, інформація про бойові дії, обстріли або гуманітарну ситуацію є критичною для ухвалення рішень про власну безпеку і безпеку родини. Тому навіть ті, хто зазвичай уникає інформаційного перевантаження через високу толерантність до невизначеності, змушені підтримувати регулярний зв'язок з інформаційними джерелами, щоб бути в курсі потенційних загроз. Крім того, інформація під час війни може слугувати не тільки джерелом стресу, а й інструментом для збереження соціальних зв'язків, координації дій, підтримання близьких і посилення надії. Гумористичний контент також може виконувати функцію психологічного захисту від надмірного стресу і допомагає впоратися з реальністю воєнного стану.

Отже, воєнний стан зумовив унікальні умови, коли інформація стає не лише джерелом тривоги, а й засобом збереження відчуття контролю і безпеки. Це може пояснити, чому відмінності щодо споживання новин респондентами з різним рівнем ТН, які спостерігалися раніше, у такому контексті зникли.

Психологічна допомога. Отримані дані свідчать про суттєву різницю між підгрупами респондентів з різним рівнем ТН у питанні *звернення по психологічну допомогу*. Так, 30,5% осіб з високим рівнем ТН зазначили, що звертаються по допомогу – порівняно з лише 9,9% у групі з низьким рівнем ТН ($\chi^2=11,3$; $p<0,01$). Ця різниця може бути зумовлена кількома психологічними і соціальними чинниками. Люди, які більш толерантно ставляться до невизначеності, схильні до відкритості та адаптивності, що може означати більшу готовність звертатися по допомогу до фахівців. Їм легше сприймати ідею, що консультування у психолога або психотерапевта може допомогти їм подолати складнощі і знизити рівень стресу. Для таких людей важливим є прийняття зовнішньої підтримки та визнання, що самотійно впоратися з проблемою може бути складно. З іншого боку, респонденти з низьким рівнем ТН часто прагнуть контролювати ситуацію самотійно і можуть уникати звернення по допомогу, оскільки це може бути сприйнято як визнання вразливості. Їхнє прагнення уникати невизначеності, а також внутрішній страх перед непередбачуваними результатами може бути перешкодою для звернення до психолога. Ця група може побоюватися втратити контроль або зіткнутися з новими труднощами, якщо вони звернуться по допомогу до фахівця. Схожа тенденція простежується і щодо питання відвідування груп підтримки: беруть участь у таких групах 25% осіб з високим рівнем ТН і лише 8,4% респондентів – з низьким рівнем ТН ($\chi^2=9,8$; $p<0,01$).

Цікавою видається значна відмінність між групами в питаннях самотійного пошуку інформації щодо подолання психологічних труднощів. Так, 42,5% респондентів з високим рівнем ТН використовують цей підхід, тоді як у групі з низьким рівнем ТН цей показник суттєво вищий – 71,6%. Таку різницю можна пояснити тим, що люди з високим рівнем ТН прагнуть зберегти контроль над ситуацією і воліють вирішувати проблеми самотійно. Вони можуть більше покладатися на свої власні знання або пошук інформації через інтернет та інші джерела, оскільки це допомагає їм уникнути звернення до інших людей і зменшити ризик виникнення ситуацій, які вони не можуть контролювати. Це також може бути способом уникнути контакту з невизначеністю, адже самотійний пошук інформації дає змогу залишатися в комфортних умовах, без необхідності залучати інших або ризикувати взаємодією з непередбачуваними результатами.

Саморозвиток. Серед практик, спрямованих на саморозвиток, виявлено відмінності щодо тілесних ($\chi^2=6,6$; $p<0,05$) і дихальних ($\chi^2=6,9$; $p<0,05$) практик – їх застосування рідше представлено в групі з низьким рівнем ТН. Використання майндфулнес більш характерне для осіб зі спокійним сприйняттям невизначеності ($\chi^2=6,9$; $p<0,05$). Набуття нових знань, візуалізація, ведення записів, удосконалення навичок і медитація приблизно однаково поширені серед осіб з різним ставленням до невизначеності.

Як свідчать дані опитування, респонденти з високим рівнем непереносимості невизначеності відчувають складнощі з практиками, пов'язаними з усвідомленням своїх тілесних переживань. Це може бути непрямым підтвердженням характерних для осіб з непереносимістю

невизначеності недостатнього вміння управляти емоціями, страху сильних переживань і тривоги щодо нездатності впоратися з негативними почуттями; це також може свідчити про неувважність або неусвідомленість тілесних реакцій, незнання, що з ними робити в стресовій ситуації.

Рекреаційні практики. Під час опитування респондентам пропонували відповісти на питання про їхню участь в оздоровчо-спортивних заходах, і результати продемонстрували суттєві відмінності між групами з різними рівнями толерантності до невизначеності (рис. 2.26). Зокрема, участь у таких заходах частіше була характерна для респондентів з високим рівнем толерантності до невизначеності ($\chi^2=12,7$; $p<0,01$). Інші способи відновлення не мають значущої відмінності в різних підгрупах.

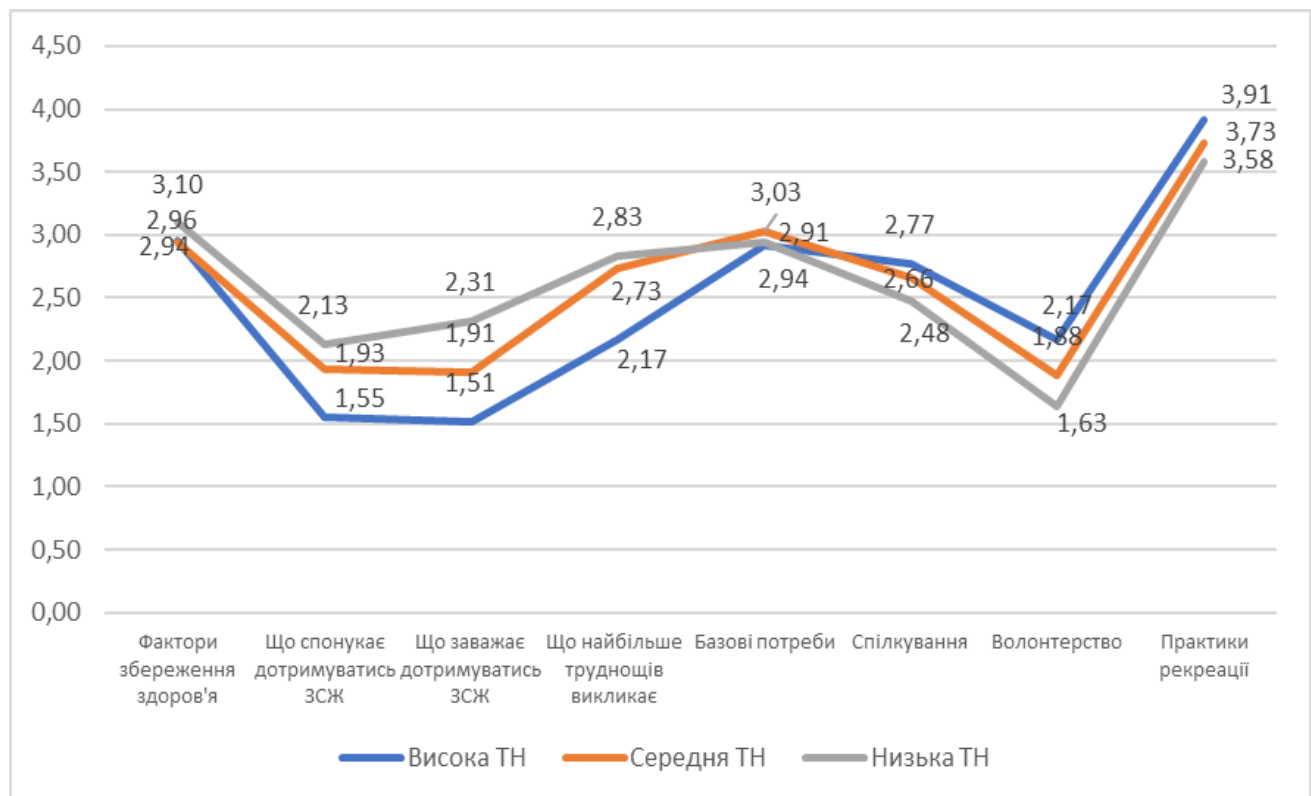


Рис. 2.26. Середня кількість виборів відповідей на питання щодо здорового способу життя респондентами з різним рівнем толерантності до невизначеності

З огляду на кількість обраних варіантів відповідей у різних категоріях можемо зробити висновок, що є як сфери, де відмінності у ставленні до невизначеності мало пов'язані з типом активності або типом практик і буденної поведінки, так і такі, де ці відмінності є значущими. Наприклад, значуща відмінність за кількістю виборів є у відповідях на питання «що спонукає дотримуватися ЗСЖ», «що заважає дотримуватися ЗСЖ», «що викликає найбільше труднощів» і різновидах таких практик, як-от «спілкування» і «волонтерство». Прикметно, що респонденти з низьким рівнем ТН відмічали більше виборів як чинників, які допомагають дотримуватися ЗСЖ, так і перешкод у підтриманні ЗСЖ. А різноманіття комунікативних активностей і

типів волонтерства у респондентів, яким важко справлятися з невизначеністю, значно менше.

Аналіз відповідей показує, що люди з низьким рівнем толерантності до невизначеності відчувають більше перешкод на шляху до здорового способу життя. Вони частіше зазначають матеріальні труднощі, емоційну нестабільність і психологічні проблеми як серйозні бар'єри. Міжнародні дослідження свідчать про те, що ставлення до невизначеності майже не змінюється впродовж життя. З іншого боку, травматичний досвід війни, довготривалий стрес і загроза життю можуть сильно змінити людину, зокрема те, як вона ставиться до невизначеності. Травматичний досвід, щонайменше, виснажує ресурси психіки, що може зробити людину більш сензитивною до непередбачуваності. Особливо в умовах воєнних дій, оскільки ймовірні «несподіванки» в буквальному сенсі можуть бути загрозою для життя, тривога через невідомість стає нормальною реакцією на ненормальну ситуацію.

Отже, війна, як винятковий стан соціального життя України, суттєво впливає на звички людей з різним рівнем ТН. Для багатьох із них загальні стратегії подолання тривоги, зокрема споживання інформації або участь у волонтерстві, стають універсальними, а традиційні бар'єри та відмінності між групами стираються через критичну потребу адаптуватися до постійної небезпеки. Однак особи з низьким рівнем ТН потребують особливого підходу, оскільки вони більш схильні до виснаження і стресу, що підкреслює необхідність психологічної та емоційної підтримки в контексті здорового способу життя і соціальної активності.

Результати аналізу схожості і відмінностей осіб з різним ставленням до невизначеності можна звести до виокремлення двох стратегій підтримання здорового способу життя, які обирають представники цих підгруп.

Структурована стратегія контролю характерна для респондентів з низьким рівнем толерантності до невизначеності. Такі особи прагнуть до контролю і передбачуваності, що відображається і на способах підтримання ними здорового способу життя. Для цих людей важливо, щоб їхній щоденний режим харчування і фізична активність були чітко структуровані й контрольовані. Основні риси цієї стратегії:

1. *Прагнення до чітких планів і передбачуваності.* Люди з низьким рівнем ТН уникають змін і непередбачуваних ситуацій, тому віддають перевагу дотриманню фіксованих графіків фізичної активності та харчування. Їм важко адаптуватися до нових або змінюваних умов, що ускладнює впровадження гнучких підходів до ЗСЖ.

2. *Тенденція до самотійного вирішення проблем.* Уникання звернення по допомогу є однією з основних рис людей з низьким рівнем ТН. Вони частіше шукають інформацію самотійно, воліють долати психологічні чи фізичні труднощі без залучення інших. Це також проявляється в їхньому небажанні брати участь у групах підтримки або звертатися до психологів.

3. *Уникання соціальної взаємодії.* Участь у групових формах взаємодії (групи підтримки, спортивні заходи, звернення до наставників) значно менша серед респондентів з тривожним ставленням до невизначеності. Це пов'язано з

їхнім небажанням потрапляти в ситуації, коли неможливо контролювати всі аспекти і коли існує непередбачуваність результатів взаємодії з іншими людьми.

4. Емоційні труднощі. Забезпечення позитивних емоцій є складним завданням для цієї групи респондентів. Високий рівень тривожності і схильність до стресу через невизначеність негативно впливають на їхній емоційний стан, що ускладнює підтримання здорового способу життя.

Як і будь-яка стратегія, представлена вище структурована стратегія контролю має свої переваги і недоліки. З одного боку, прагнення до чіткості і контролю допомагає людям з низьким рівнем ТН дотримуватися рекомендацій щодо ЗСЖ, діяти послідовно, ретельно відстежуючи динаміку змін. З іншого боку, прив'язаність відчуття безпеки і контролю над власним життям до того, наскільки точно виконується заплановане, збільшує крихкість і тривожність в умовах непередбачуваних обставин воєнної реальності. Прагнення до самостійного пошуку інформації та вирішення проблем дає незалежність й опору на себе, але водночас може призвести до емоційної ізоляції. У воєнних умовах, коли соціальна підтримка є критично важливою для виживання та емоційного відновлення, ізоляція може підсилювати почуття самотності, тривоги і безнадії. Стабільність у рутині є хорошою опорою в мирні часи, але часто не виправдовує себе в умовах постійної небезпеки теперішньої української реальності.

Отже, основна стратегія людей з низьким рівнем ТН – це максимальний контроль над усіма аспектами життя, включно зі здоров'ям. Вони покладаються на стабільність і структуру, уникаючи будь-яких непередбачуваних змін та ситуацій.

Гнучка стратегія адаптації. Респонденти з високим рівнем ТН є більш гнучкими і відкритими до змін у своєму житті, що підвищує їхню здатність адаптуватися до нових умов і підтримувати ЗСЖ, навіть коли життєві обставини постійно змінюються. Основні риси цієї стратегії такі:

1. **Відкритість до нових можливостей і змін.** Люди з високим рівнем ТН не відчувають потреби в постійному контролі над ситуацією, тому легше адаптуються до несподіваних змін. Вони можуть варіювати свої харчові звички або фізичну активність без значного стресу, що дає їм змогу бути більш гнучкими в підтриманні ЗСЖ.

2. **Соціальна залученість і підтримка.** Респонденти з високим рівнем ТН частіше звертаються по психологічну допомогу, спілкуються з наставниками. Вони не бояться взаємодіяти з людьми, визнають значущість зовнішньої допомоги та соціальних зв'язків для підтримання емоційного і фізичного добробуту. Частіше підтримують інших, виконують волонтерську роботу, пов'язану з організацією подій та залученням інших.

3. **Більший акцент на психологічному добробуті.** Респонденти з високим рівнем ТН більше уваги приділяють позитивним емоціям і психологічному добробуту. Вони легше знаходять способи опановувати стрес і знижувати тривожність завдяки соціальній взаємодії або участі в спільних активностях на кшталт спортивних заходів чи груп підтримки.

4. *Готовність звертатися по допомогу.* Люди з високим рівнем ТН частіше звертаються по допомогу, не вважаючи це ознакою слабкості. Вони готові отримувати поради і настави від інших, що дає їм змогу легше долати труднощі і підтримувати ЗСЖ.

Перевагами цієї стратегії є більша легкість в адаптації до змін. Респонденти з високим рівнем толерантності до невизначеності більш гнучкі в зміні своїх харчових звичок або фізичної активності, що допомагає їм зберігати здоровий спосіб життя навіть у кризових ситуаціях. З іншого боку, здатність швидко змінювати поведінку часто є чинником непослідовності в дотриманні рекомендацій та прописаного режиму тренувань. Через свою відкритість до нових можливостей люди з високим рівнем ТН можуть не завжди адекватно оцінювати ризики. Наприклад, у стресових умовах війни вони можуть приймати рішення, які є менш обґрунтованими, або недооцінювати серйозність ситуацій, що може призводити до підвищення ризиків для здоров'я. Відкритість до прийняття допомоги, пошук порад і наставництва є критично важливими для зниження стресу і підтримання як психічного, так і фізичного здоров'я у воєнних умовах. Однак це може зробити людину занадто залежною від обставин і наявності доступу до зовнішньої допомоги й кола спілкування. Активна участь у житті спільноти є як джерелом натхнення та енергії, що підвищує психологічну стійкість, так і чинником емоційного виснаження, яке може стати причиною вигорання або вторинної травматизації.

Отже, на основі аналізу даних опитування виокремлено дві основні стратегії підтримання здорового способу життя залежно від рівня (ін)толерантності до невизначеності. Люди з низьким рівнем ТН дотримуються стратегії суворого контролю і прагнуть уникати змін, тоді як люди з високим рівнем ТН є більш гнучкими, відкритими до нових можливостей і соціальної взаємодії. Ці відмінності підкреслюють важливість індивідуального підходу до розроблення програм підтримання здорового способу життя, оскільки різні групи респондентів мають різні потреби і виклики в контексті підтримання власного здоров'я.

2.2.4. Таргетована промоція здорового способу життя з урахуванням рівня толерантності до невизначеності

Аналізуючи стратегії, які респонденти з різним рівнем толерантності до невизначеності застосовують для підтримання здорового способу життя, стає очевидним, що такі відмінності вимагають диференційованого підходу до промоційних заходів. Урахування індивідуальних особливостей адаптації до невизначених умов є ключовим для успішного впровадження програм, що сприяють здоров'ю. Це особливо важливо, адже люди з різними рівнями толерантності до невизначеності потребують різних підходів до мотивації і підтримання здорової поведінки. Саме через ці фактори виникає потреба в таргетованій промоції, яка здатна задовольнити специфічні потреби кожної з підгруп. Результати дослідження та аналіз поведінки і виборів респондентів з

різним ставленням до невизначеності значною мірою співвідносяться з результатами досліджень закордонних авторів. Наприклад, на необхідності враховувати відмінності в реагуванні на невідомість наголошує Gibson з колегами (2023), звертаючи, зокрема, увагу на схильність до унікаючих стратегій подолання.

З огляду на виявлені особливості підтримання здорового способу життя респондентами з різним рівнем толерантності до невизначеності можна сформулювати такі рекомендації для *таргетованої промоції ЗСЖ* залежно від специфіки поведінкових стратегій кожної з цих підгруп населення.

Промоція здорового способу життя для респондентів з високим рівнем толерантності до невизначеності. Такі люди є більш гнучкими, відкритими до нових ідей і не бояться змін. Промоційні кампанії для цієї групи можуть бути більш творчими, динамічними і фокусуватися на можливостях експериментування. Основними принципами для вдалої побудови меседжів і створення програм мають стати такі.

- ***Гнучкість і різноманітність.*** Кампанії для цієї підгрупи мають акцентувати на можливості змінювати свій підхід до здоров'я залежно від умов. Наприклад, можна пропонувати різні варіанти фізичних вправ для будь-якої ситуації (вдома, на вулиці, у спортзалі) або показувати, як можна легко змінювати раціон відповідно до наявних продуктів.

- ***Підкреслення соціальної взаємодії.*** Оскільки люди з високим рівнем ТН схильні звертатися по допомогу і брати активну участь у соціальних групах, важливо включати в промоцію ідеї спільних тренувань, участі в колективних оздоровчих заходах або створення груп підтримки для досягнення спільних цілей.

- ***Використання наставництва.*** Оскільки респонденти з високим рівнем ТН охоче звертаються до наставників або до консультантів, кампанії можуть пропонувати підтримку з боку тренерів або експертів, які допомагають на шляху до ЗСЖ. Це можуть бути курси або програми, де експерт щоденно або щотижнево надає поради або мотивує до дії.

- ***Інтерактивні та інноваційні рішення.*** Для цієї підгрупи можуть бути ефективними мобільні додатки або онлайн-платформи, які пропонують індивідуалізовані плани з можливістю вибору різних вправ, раціонів або психологічних технік. Важливо, щоб ці програми давали користувачам свободу вибору і можливість адаптувати поради під особисті потреби.

- ***Акцент на експерименти і нові можливості.*** Промоційні кампанії мають підкреслювати, що здоровий спосіб життя – це постійне дослідження нових можливостей для самовдосконалення. Людям з високим рівнем ТН варто пропонувати участь у нових спортивних програмах, групах підтримки, нових типах тренувань чи дієт.

Приклад. Можна запропонувати програму «Активне життя: подорож без меж» – програму, яка передбачає безперервну зміну практик, квести і виклики, створюючи атмосферу дослідження і вільного вибору в підтриманні здоров'я. Акцент має бути на думці, що немає єдиної правильної стратегії, тож учасники можуть обирати, що підходить саме їм у цей момент.

Промоція здорового способу життя для осіб з низьким рівнем толерантності до невизначеності. Представники цієї групи потребують чіткості, структурованості та контролю у своєму житті. Промоційні кампанії для них мають бути зорієнтовані на надання чітких, структурованих вказівок і підтримання відчуття стабільності. Основні вимоги до побудови програм з відновлення і підтримання ЗСЖ можна сформулювати так.

- ***Чіткі інструкції і фіксовані плани.*** Рекламні кампанії мають пропонувати конкретні кроки до досягнення ЗСЖ з чіткими інструкціями щодо харчування, фізичної активності та психологічної підтримки. Наприклад, план харчування на тиждень або детальні графіки тренувань з поясненнями і наголосом на передбачуваних результатах.

- ***Зосередженість на контролі і стабільності.*** Респонденти з низьким рівнем ТН прагнуть контролювати своє життя. Тому промоція має наголошувати на тому, як здоровий спосіб життя допомагає зберігати контроль над власним тілом та емоційним станом, навіть в умовах непередбачуваності. Наприклад, кампанії можуть демонструвати, як регулярні фізичні вправи або медитації знижують рівень стресу і сприяють психологічному добробуту.

- ***Ресурси для самостійної роботи.*** Оскільки люди з низьким рівнем ТН рідше звертаються по допомогу до психологів або груп підтримки, їм слід пропонувати ресурси для самостійного поліпшення здоров'я. Це можуть бути онлайн-курси, книги або мобільні додатки, які допомагають працювати над психологічним добробутом без необхідності взаємодії з іншими.

- ***Підтримання рутин.*** Для цієї підгрупи важливо пропонувати матеріали, які підкреслюють важливість рутини і регулярних практик для підтримання здоров'я. Кампанії можуть пропонувати поради щодо створення і підтримання щоденних чи тижневих ритуалів для здорового харчування, фізичної активності та відпочинку.

- ***Акцентування уваги на раціональності і практичності.*** Важливо пропонувати рішення, які легко вписуються в уже наявну структуру життя, які не вимагають від людини радикальних змін. Це можуть бути, наприклад, рекомендації щодо поліпшення харчування, що не змінюють кардинально теперішній раціон, або прості й ефективні фізичні вправи для виконання вдома.

Приклад. «10 днів до внутрішнього спокою» – програма з конкретними щоденними рекомендаціями, що містять медитації, дихальні вправи, фізичну активність і практики уважності. Кожен день має визначену тему, а поступове виконання плану сприяє досягненню емоційної рівноваги і гармонії. В описі важливо підкреслити, що кожен день має чіткий план і дотримання цього плану дає передбачувані результати.

Ефективна таргетована промоція здорового способу життя з урахуванням рівня ТН має базуватися на чіткому розумінні потреб і поведінкових моделей кожної підгрупи. Людям з низьким рівнем ТН важливо пропонувати структуру і контроль, натомість людям з високим рівнем ТН – гнучкість і соціальну взаємодію. Водночас обидві підгрупи можуть отримати користь від програм, що пропонують індивідуалізовані ресурси для підтримання фізичного і психологічного здоров'я.

Висновки

Управління ризиками і невизначеністю у сфері охорони здоров'я має бути у фокусі уваги на всіх рівнях – від індивідуального до конституціонального, особливо в умовах війни, коли рівень непередбачуваності суттєво зростає. Зовнішня невизначеність у сфері охорони здоров'я стосується суперечностей у діагностуванні, прогнозуванні та складанні рекомендацій щодо лікування, а також пов'язана з організаційними аспектами надання медичної допомоги, зокрема з доступністю, якістю послуг, компетентністю фахівців і структурою системи охорони здоров'я. Внутрішня невизначеність стосується насамперед пацієнтів і проявляється у вигляді ціннісних конфліктів, невпевненості щодо власної спроможності виконувати всі рекомендації (невіра в себе) і сумнівах щодо мотивів медичних експертів (недовіра до медиків і системи охорони здоров'я).

Просування здорового способу життя має враховувати нові обставини, що виникають унаслідок війни, а також зміни в часовому сприйнятті та оцінці ризиків. Важливо робити акцент на підтриманні позитивного бачення майбутнього, оскільки це є визначальним для тривалої мотивації до здорового способу життя. Проте інтенсивність реагування на підвищений рівень ризику і непередбачуваність залежить від загального ставлення людини до невизначеності. Наразі є значна кількість опитувальників, за допомогою яких дослідники вимірюють ставлення до невизначеності, зокрема у сфері охорони здоров'я.

Толерантність до невизначеності нині розглядають як важливий психологічний чинник, що визначає здатність особи ефективно функціонувати в умовах нестабільності. Люди з високим рівнем толерантності до невизначеності схильні до використання гнучких стратегій підтримання здорового способу життя, готові експериментувати з новими підходами і легше адаптуються до змін, що виникають у їхньому середовищі. Навпаки, особи з низьким рівнем толерантності часто прагнуть передбачуваності, що може призводити до застосування менш гнучких, інколи навіть ригідних, підходів до підтримання здоров'я. Вони можуть віддавати перевагу перевіреним стратегіям, що забезпечують відчуття контролю і стабільності. Отже, рівень толерантності до невизначеності має бути вагомим показником, коли йдеться про розроблення стратегій промоції здорового способу життя та ефективного управління власним здоров'ям.

Відмінності у звичках між людьми з різним рівнем толерантності до невизначеності є багатогранними і стосуються різних контекстів повсякденного життя, включно з фізичною активністю, волонтерською діяльністю, ставленням до інформаційного контенту, а також емоційними і психологічними бар'єрами. Люди з низьким рівнем ТН загалом зауважують більше труднощів у впровадженні здорового способу життя порівняно з особами, які ставляться до невизначеності більш спокійно. Вони частіше згадують про нестабільність, психологічні проблеми і тривогу як серйозні бар'єри.

Структурована стратегія контролю, характерна для респондентів з низьким рівнем ТН, має свої переваги в умовах, коли контроль і передбачуваність забезпечують психологічну стабільність. Однак ця стратегія стає менш дієвою в умовах війни, коли багато аспектів життя є непередбачуваними і спроби постійно контролювати ситуацію можуть викликати ще більший стрес та емоційне виснаження. У цьому контексті важливо розвивати здатність адаптуватися і шукати підтримку в інших.

Гнучка стратегія адаптації, характерна для респондентів з високим рівнем ТН, є більш стійкою до зовнішніх змін і краще підходить для умов війни, коли невизначеність є постійним чинником. Ця стратегія допомагає людям легше переживати кризові ситуації і діставати необхідну підтримку завдяки соціальним зв'язкам і зовнішнім ресурсам. Однак у тих випадках, коли доступ до зовнішніх ресурсів обмежений, ця стратегія також приховує певні ризики, оскільки залежність від зовнішньої допомоги може зробити людей більш вразливими до стресу.

Важливо, щоб кампанії з промоції здорової поведінки були налаштовані на різні підходи, адаптовані під рівень ТН, з метою максимізації ефективності. Вивчення домінантних наративів, потреб і звичок, сформованих під час війни, ставлення до невизначеності дасть змогу вибудувати більш ефективні стратегії промоції здоров'я з урахуванням нових реалій життя. Наприклад, соціальні зв'язки і підтримка з боку спільнот, що сприяють здоровому способу життя, може бути важливою стратегією для подолання відчуття ізоляції та безпорадності, яке часто виникає в умовах конфлікту. Крім того, важливо розробляти програми, які враховують потребу в психологічній підтримці та адаптації до змінених умов, щоб допомогти людям опановувати невизначеність і залишатися мотивованими до активної і превентивної поведінки щодо підтримання власного здоров'я.

2.3. Цифровий добробут у системі здорового способу життя особистості, що переживає війну

2.3.1. Цифровий добробут особистості і його показники

Однією з особливостей сучасної російсько-української війни є її значна диджиталізованість – увесь світ спостерігає за трагічними подіями онлайн, а для українців збереження мережевого зв'язку може діяти як рятувально, так і згубно: захистити психіку громадян, які в цифровому просторі постійно стикаються з численними трагічними подіями війни, стає надскладною задачею. Швидке поширення інформації в інтернеті, особливо з огляду на надто травмотувальний підхід засобів масової інформації, постійно викликає у користувачів тривогу і може спричинити серйозні проблеми із психічним здоров'ям та дотриманням здорового способу життя, зокрема у підлітків і

молоді як найактивніших користувачів віртуального простору (Greenglass et al., 2024; Cavallini et al., 2023; Thompson et al., 2019).

Відомо й те, що навіть у мирні часи надмірне користування смартфонами заважає, наприклад, громадській діяльності, відволікає від роботи і навчання, призводить до прокрастинації, викликає вигоряння і тривогу, проблеми зі сном і здоров'ям загалом. Тому не дивно, що велика кількість користувачів вважають, що проводять забагато часу перед екраном, і значна їх частка висловлює бажання скоротити цей час, але такі спроби часто зазнають невдачі (Vanden Abeele, 2021).

Разом з тим віртуальна залученість може використовуватися як захисний механізм уникання необхідності стикатися зі страшною реальністю війни – цифровий ескапізм. Так, у нещодавньому дослідженні П. Катеринича (2024) показано, що серед молоді, яка навчається в провідних українських вишах, значну роль у формуванні її цінностей, ставлень і політичних поглядів відіграють потокові платформи (на кшталт Netflix). Більшість студентів повідомили про збільшення споживання медіа під час війни порівняно з мирним часом, підкреслюючи важливість цифрового ескапізму як копінг-механізму (Katerynych, 2024).

Цифровий ескапізм стає чимось на кшталт знеболювального, адже має у своїй основі механізм послаблення наслідків стресу: перегляд відео, телевізійних шоу, соціальні застосунки, онлайн-ігри зміщують увагу з рутини повсякденного життя на світ фантазій, де можна перепочити від тривоги. Однак найгіршим варіантом цифрового ескапізму може стати інтернет-залежність, зокрема геймінг, гемблінг (грошові ставки), використання аватарів (спотворення ідентичностей), кіберсексуальна залежність тощо (Subudhi et al., 2020).

Утім, оскільки цифрове середовище використовується насамперед для різних форм соціальних взаємодій, поруч із ризиками є й перспектива використовувати цей простір в умовах війни як для навчання способів збереження фізичної цілісності (Savchenko & Kharchenko, 2024), реадaptaції до робочих практик, опанування ушкоджень інфраструктури, поліпшення сфери соціального обслуговування (Lindström et al., 2024), так і для формування психологічної безпеки (Slyusarevskyy, 2020), промоції психологічного здоров'я та добробуту.

Електронні засоби і цифровізація соціально-психологічної підтримки постраждалих є популярною і доволі розробленою темою в західних країнах (Etingen et al., 2020; Pliffe & Thompson, 2019; Kolawole, 2019; Van Meter et al., 2019). У наших попередніх роботах також відображено можливості застосування цифрових сервісів завдяки їхнім інформувальній, діагностичній, моніторинговій, супровідній, нагадувальній та комунікативній функціям для підвищення психологічного добробуту населення в умовах психотравматизації (Дворник, 2019).

Утім, підтримання психологічного здоров'я і добробуту шляхом віртуалізації, диджиталізації часто й критикують, зосереджуючись на ризиках неналежного користування технологіями і відповідного погіршення стану

користувачів, загрозах етиці, конфіденційності й безпеці персональних даних (Lupton, 2014). Інші ж роботи більш поглиблено розглядають питання, на чому заснована ефективність електронних засобів психологічної підтримки (Donker et al., 2013).

На такі питання, на нашу думку, слід шукати відповідь у площині відносно нового для наукового дискурсу поняття – цифрового добробуту. Цифровий добробут стосується впливу цифрових технологій на якісне, повноцінне життя людини в інформаційному суспільстві (Burr et al., 2020) і фактично означає баланс між користуванням і не-користуванням електронними пристроями, підключеністю і не-підключеністю до мережі (Vanden Abeele, 2021).

Як вирішення питання «оптимізації амбівалентності» між окремими перевагами і недоліками, які виникають у зв'язку з користуванням цифровими технологіями, західні науковці почали активно вивчати цифровий добробут наприкінці 2010-х років. Пояснюючи це поняття, вони наголошують на відмінності цифрового добробуту від простого уникання кіберзалученості чи посиленого самоконтролю в протистоянні їй (Lyngs et al., 2019). Наприклад, практики «цифрового детоксу» (відмова від користування соцмережами або певними додатками на смартфоні) не вважаються повноцінним рішенням для цифрового добробуту: з одного боку, вони можуть знизити напруженість від постійної онлайн-присутності, але з іншого – активізувати «страх щось пропустити» (fear-of-missing-out – FoMO).

Не вітається й медикалізація терміна: цифровий добробут не протиставляється залежності від цифрових медіа, а радше є взаємодією екранного часу і специфіки користувачів (Billieux et al., 2015; Cecchinato et al., 2019). Цифровий добробут вивчають також як суб'єктивний досвід, поєднання емоційних і когнітивних станів особистості, що можуть змінюватися з часом і за різних обставин (Vanden Abeele, 2021).

Слід прислухатися до думки М. М. Vanden Abeele (2021), що здатність особистості досягати цифрового добробуту, а відповідно, і сприяти здоровому способу життя, пов'язана з тим, як взаємодіють персональні особливості, пристрій і контексти, а не просто з часом, проведеним перед екраном.

Так, серед персональних особливостей, які впливають на цифровий добробут, слід виокремити певні *стабільні риси* (рівень імпульсивності, тривожності, здатності до самоконтролю, прояву риси FoMO), *афективні й когнітивні оцінки цифрової залученості* (онлайн-пильність, зануреність; когнітивне перевантаження; цифровий стрес; тривога соціального схвалення; медіазадоволення; сором/провина за екранний час) і *минулі афективні й когнітивні стани* (настрій; стрес; виснаження; нудьга; уважність; стан FoMO). Слід зазначити, що як феномен FoMO – страх щось пропустити – було відкрито 2004 року. Він потрапив у словники 2013-го внаслідок досліджень поведінки користувачів у соцмережах як позначення повсюдного побоювання, що «інші можуть мати корисний досвід, якого немає у вас», і бажання постійно залишатися на зв'язку, щоб бути в курсі всіх подій у мережі (Gupta & Sharma, 2021).

До специфічних факторів пристрою, які можуть вплинути на цифровий добробут, слід також віднести три групи: *сталі характеристики* (тривале не-користування пристроєм; опір користуванню; вбудованість функції цифрового добробуту в операційну систему; встановлені застосунки цифрового добробуту; відповідні налаштування інших застосунків), *минуці характеристики* (короткотермінове не-користування; проста присутність пристрою; сповіщення; алгоритмічний контроль; функції після відтворень медіа) і *поведінка користувача* (репертуар користування медіа; звичні рутини перевірки оновлень; повторення однотипної практики за короткий проміжок часу – binge behaviors – на кшталт перегляду серіалів).

Контекстуальні фактори також пов'язуються зі *стабільністю* (час і місце користування з чіткими обмеженнями), *минуцими контекстами* (конкуруючі цілі та зобов'язання, соціальні ролі; реальний і сприйнятий тиск до під'єднання-від'єднання; норми доступності та взаємності; формальні і неформальні правила, очікування, політика, покарання та винагороди) і *соціокультурними трансформаціями соціуму* (комерціалізація уваги; акселерація як прискорення темпів життя; контроль відповідальності).

Різні конфігурації цих факторів можуть приводити до різних наслідків. Так, наприклад, користувачеві з FoMO (особливо коли цей страх і справді регулює збереження життя) достатньо лише побачити свій смартфон, щоб активувалася його надмірна онлайн-пильність, і цифровий добробут буде порушено. Крім того, адиктивний дизайн певних додатків часто спекулює на тому факті, що люди еволюційно налаштовані на постійне сканування навколишнього середовища в пошуках нової інформації, особливо соціального характеру (Williams, 2018). Саме тому, що цифровим медіа так важко протистояти, важливо шукати способи керувати своїм «потенціалом відволікання» і зменшувати «збитки» від надмірної під'єднаності до мережі (Vanden Abeele, 2021).

Придивляючись до соціальних контекстів цифрового добробуту, слід враховувати сучасні соціологічні погляди на цифровізацію суспільства. Так, на думку D. Baecker (2023), цифровізація є черговою «катастрофою» надлишку комунікації (після винайдення мовлення, писемності та друкованих медіа), а отже, суспільство наразі шукає нові способи виробництва і відтворення такого досвіду. Зокрема, формуються гетерогенні мережі, які одночасно пропонують своїм елементам ідентичність і спираються на них, що можна відстежити в підключенні окремих осіб та організацій, персональних профілів і сайтів, практик і конвенцій тощо (Castells et al., 2010).

Цікавою є й позиція постгуманістичних підходів: відстежується децентрація людини як агента власного добробуту (Orlikowski, 2007). Ідеться про рівноправні взаємодії дискурсів, технічних артефактів, природи і людини. Тобто їхні властивості і зв'язки не визначені заздалегідь, а конфігуруються в процесі інтраакцій (Barad, 2003). Синхронізації в такому випадку сприймаються не як належне, а як результат тривалих системних взаємовпливів, що, наприклад, проявляється в увазі до вибудовування wellness-культури, тісного

зв'язку між тілом та емоціями, зсувів від медичної до психосоматичної проблематики тощо (Baescker, 2023).

Водночас протягом останньої декади в країнах Європи поруч з активним розробленням концепції цифрової трансформації для підтримання сталого розвитку значну увагу вчених привертає проблема цифрового гуманізму. Філософи, соціологи, економісти, комунікаційники намагаються поєднати надбання цифрового прогресу з гуманістичними цінностями, щоб захищати права та гідність людини в цифровому світі, сприяти розвитку цифрової культури і використанню цифрових технологій для підвищення якості життя (Нікітенко та ін., 2022)

Тож з етичного погляду цифровий добробут має охоплювати такі аспекти, як-от користування цифровими інтерфейсами, які сприяють процвітанню особистості, персоналізовану взаємодію людини з гаджетом і програмне забезпечення, що підтримує автономію і самовизначення користувача.

Так, коли йдеться про позитивні цифрові інтерфейси, ми маємо відрізнити дизайн додатку, наприклад, для людини, яка страждає на деменцію, і для здорової людини з нормальним розвитком. Або підпорядковувати дизайни конкретній меті діяльності користувача – чи то розваги (позитивний афект), чи чесноти (моральне задоволення), чи персональна значущість (досягнення цілей). І навіть у разі такого підпорядкування інтерфейс на екрані має бути не просто приємним чи зручним, а на відміну від деградації сприяти вдосконаленню людини, яка ним користується, – моральному і когнітивному.

Персоналізація в інтеракціях між гаджетом і людиною означає більш прицільне, більш доступне користування сервісами у сфері, наприклад, охорони здоров'я чи масової інформації, щоб користувач міг отримувати контент і послуги відповідно до своїх потреб, очікувань, уподобань, обмежень і типової поведінки. Тобто використання персоналізованих технологій має стати надійним інструментом для забезпечення здорового способу життя і суб'єктивного добробуту протягом усього життя людини.

Натомість якщо говорити про занурення в онлайн-простір, то автономія і самовизначення також є важливими, адже є вимірами свободи вибору, що фактично захищає добробут. Тут може йтися про те, наскільки правдивою і надійною є представлена інформація, адже вона впливає на рішення користувача, а також наскільки користувач дійсно контролює свою залученість у програму, чи не надмірно вона маніпулює когнітивними упередженнями й натомість зовнішньою мотивацією власника гаджета, перешкоджаючи розвитку внутрішньої вмотивованості як важливої частини суб'єктивного добробуту (Burr et al., 2020).

Отже, бачимо, що цифровий добробут на теоретичному рівні є доступним для моделювання. Утім, емпіричний вимір ще потребує підтверджень і подальших досліджень для надійного користування.

Серед інструментів вимірювання цифрового добробуту як найбільш об'ємну і теоретично струнку ми виокремили методичку «Digital Wellbeing Self Assessment Tool», розроблену фахівцями ініціативи Mind Over Tech (2023) за такою моделлю:

1) *загальний добробут* (наскільки використання гаджетів загалом підтримує фізичне і ментальне здоров'я);

2) *обмеження* (наскільки створюється сприятливе середовище і регулюються очікування; наприклад, чи можливо не користуватися смартфоном перед сном);

3) *комунікація* (чи відбувається ефективний обмін інформацією та підтримання здорових відносин; наприклад, наскільки добре почувається користувач, обмінюючись повідомленнями);

4) *зосередженість* (наскільки стійким є усунення відволікання та посилення присутності під час занять поза смартфоном);

5) *зв'язок із собою* (чи не звужує смартфон простір та умови для натхнення і навчання нового),

6) *прямування до мети* (чи супроводжує смартфон більш чітке визначення та підтримання життєвих цілей).

Під час опитування «Здоровий спосіб життя українців під час війни» (див. підрозділ 2.1) ми перевірили проявленість зазначених компонентів цифрового добробуту на основі перекладу згаданої методики і конструювання відповідної анкети з 10-бальним самооцінюванням.

Кожна шкала анкети мала прямі і обернені питання, після впорядкування, перекодування і підсумовування яких було підтверджено внутрішню узгодженість шкал (показник Альфа-Кронбаха 0,67), що дало підстави для подальшого аналізу. За кожною шкалою також окремо обчислювалися внутрішньогрупові норми і визначено рівні прояву ознак – низький, середній, високий.

До першої шкали *Загальний добробут* (Well-being) увійшли питання:

1) Як часто Ви відчуваєте, що користування смартфоном позитивно впливає на Ваш загальний добробут?; 7) У порівнянні з Вашими близькими друзями і родиною, чи користування смартфоном поліпшує Ваш добробут?; 13) Як часто Ви відчуваєте, що використання смартфона шкодить Вашому добробуту? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди). Виявилось, що середній рівень прояву загального добробуту в користуванні своїми смартфонами (13-22 бали) демонструють 70,4% респондентів. Високий прояв ознаки (23-30 балів) мають 14,8%, а низький (3-12 балів) – 14,7% опитаних (рис. 2.27).

За шкалою *Обмеження* (Boundary) групувалися такі запитання: 2) Як часто Ви дотримуєтеся обмежень щодо того, коли користуватися смартфоном? (наприклад, не користуватися перед сном); 8) Як часто Ви користуєтеся смартфоном, не враховуючи жодних обмежень? (наприклад, обмеження за часом доби чи Вашим поточним заняттям) (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди); 14) Наскільки для Вас важливі межі для визначення того, в яких ситуаціях користуватися своїм смартфоном? (наприклад, без смартфона в ліжку, без смартфонів під час вечері) (оцінювання від 1 – Зовсім не важливі до 10 – Повністю важливі). Так, середній рівень прояву обмежень у користуванні своїми смартфонами (10-18 балів) демонструють 74,3% респондентів. Високий прояв цієї ознаки (19-30 балів) спостерігається у 14%, а низький (3-9 балів) – в 11,6% вибірки (рис. 2.28).

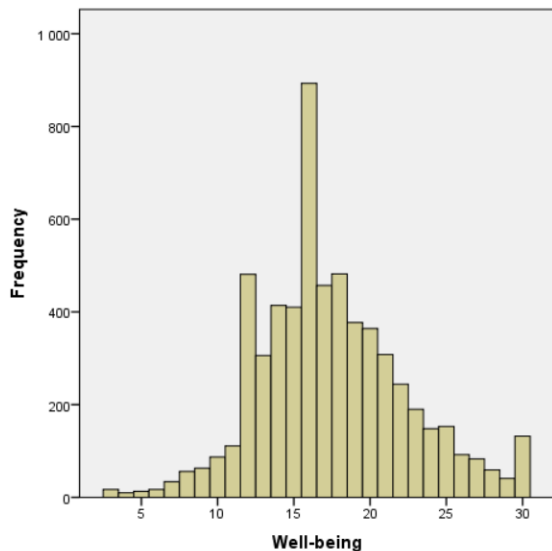


Рис. 2.27. Розподіл відповідей респондентів за шкалою «Загальний добробут»

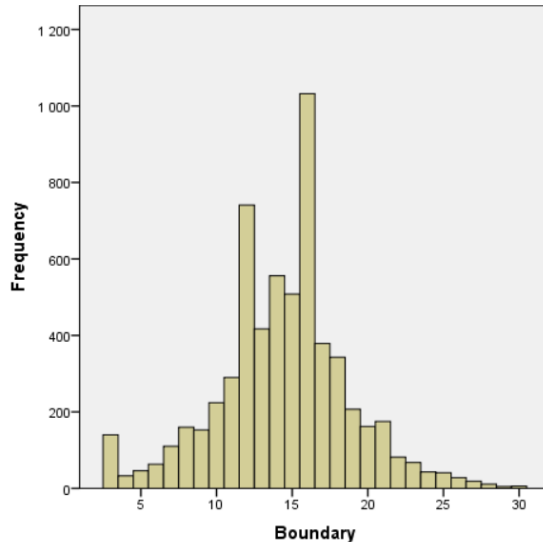


Рис. 2.28. Розподіл відповідей респондентів за шкалою «Обмеження»

До третьої шкали *Комунікація* (Communication) увійшли питання: 3) Як часто Ви відчуваєтеся пригнічено, читаючи повідомлення у своєму смартфоні? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди); 9) Загалом чи добре Ви відчуваєтеся, перевіряючи смартфон на наявність повідомлень? (оцінювання від 1 – Зовсім недобре до 10 – Повністю добре); 15) Як часто Ви радієте, читаючи повідомлення у своєму смартфоні? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди). Середній рівень прояву позитивного комунікування під час користування своїми смартфонами (15-23 бали) демонструють 67,7% респондентів. Високий прояв цієї ознаки (24-30 балів) спостерігається у 18,9%, а низький (3-14 балів) – у 13,4% вибірки (рис. 2.29).

Шкала *Зосередженість* (Focus) вмістила такі запитання: 4) Як часто Ви на тривалий проміжок часу справді занурюєтеся у те, чим займаєтеся? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди); 10) Порівняно з іншими, чи здатні Ви залишатися зосередженими на головному завданні, поставленому перед Вами? (оцінювання від 1 – Зовсім не здатен(-на) до 10 – Повністю здатен(-на); 16) Як часто Ви відволікаєтеся, займаючись чимось важливим? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди). Середній рівень прояву здатності зосереджуватися на справах, не пов'язаних з користуванням смартфонами (16-24 бали), демонструють 67,4% респондентів. Натомість високому рівню (25-30 балів) відповідає 19,1%, а низькому (3-15 балів) – 13,4% вибірки (рис. 2.30).

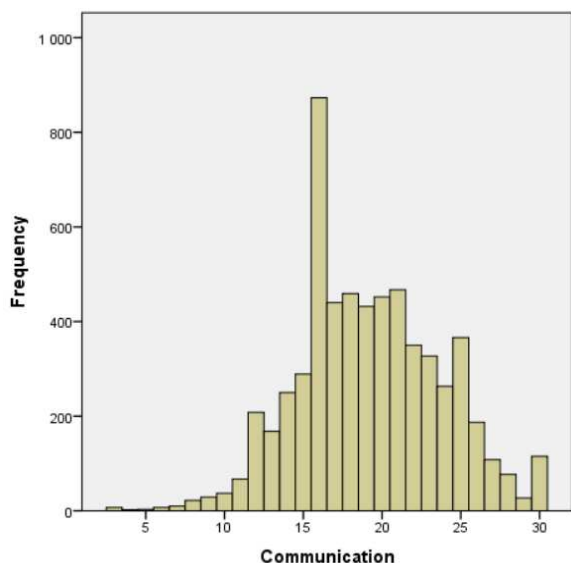


Рис. 2.29. Розподіл відповідей респондентів за шкалою «Комунікація»

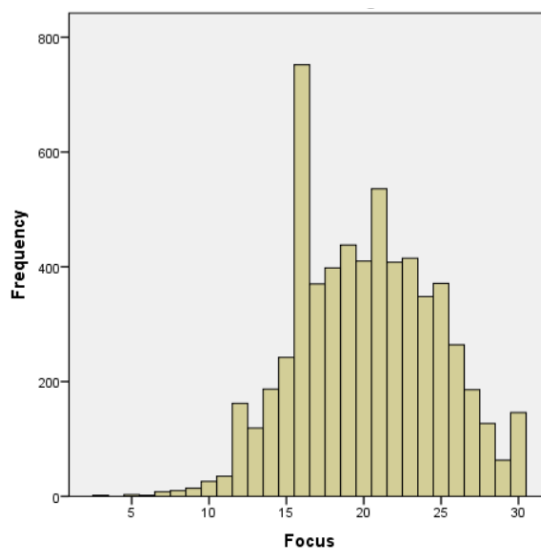


Рис. 2.30. Розподіл відповідей респондентів за шкалою «Зосередженість»

П'ятій шкалі *Зв'язок із собою* (Connection) відповідають такі запитання: 5) Загалом як часто Ви використовуєте смартфон, щоб дізнатися щось нове? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди); 11) Якою мірою Ви відчуваєте, що користування смартфоном позбавляє Вас натхнення? (оцінювання від 1 – Зовсім не позбавляє до 10 – Повністю позбавляє). 17) Якою мірою Ви відчуваєте, що використання смартфона допомагає налагодженню Вашого зв'язку із самим собою? (оцінювання від 1 – Зовсім не допомагає до 10 – Повністю допомагає). Середній рівень прояву здатності використовувати свій смартфон для налагодження зв'язку із собою (16-24 бали) демонструють 71,7% респондентів. Низький прояв цієї ознаки (3-15 балів) спостерігається у 14,9%, а високий (25-30 балів) – у 13,4% вибірки (рис. 2.31).

Шоста шкала *Дотримування мети* (Purpose) об'єднала такі запитання: 6) Якою мірою Ваш смартфон відволікає Вас від справді важливих речей? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди); 12) Загалом наскільки використання смартфона допомагає Вам досягати Ваших цілей? (оцінювання від 1 – Зовсім не допомагає до 10 – Повністю допомагає); 18) Як часто Ваш смартфон підтримує виконання того, що Ви намагаєтеся досягти за день? (оцінювання від 1 – Ніколи до 10 – Завжди). Тож середній рівень прояву здатності прямувати до своїх цілей завдяки користуванню смартфоном (13-22 бали) демонструє 71% респондентів. Натомість високому рівню (23-30 балів) відповідає 15,7%, а низькому (3-12 балів) – 13,3% вибірки (рис. 2.32).

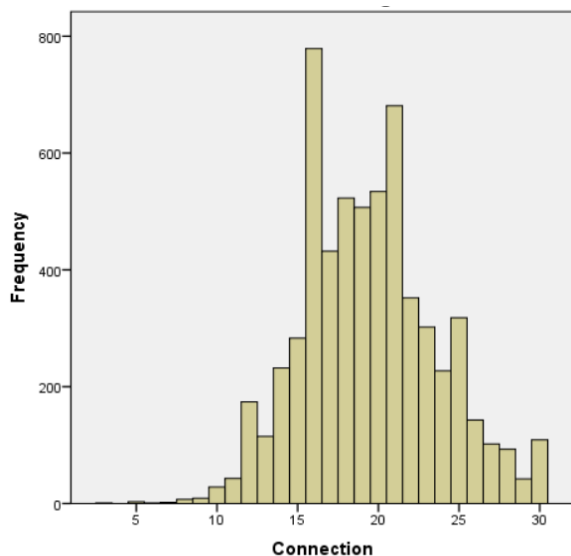


Рис. 2.31. Розподіл відповідей респондентів за шкалою «Зв'язок із собою»

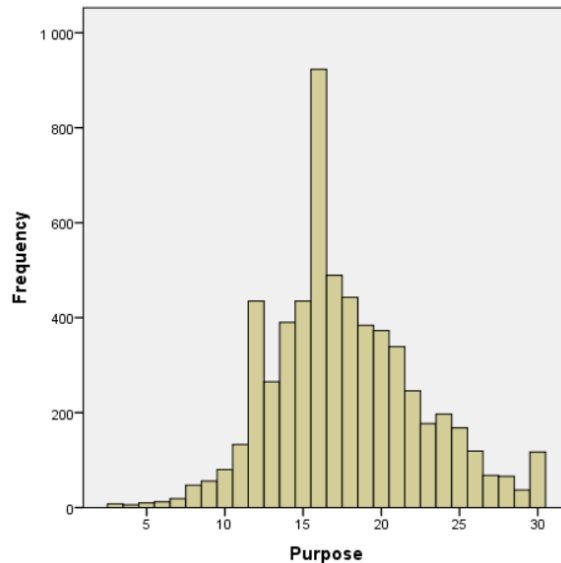


Рис. 2.32. Розподіл відповідей респондентів за шкалою «Дотримання мети»

Отже, за всіма шкалами значно переважає середній рівень прояву, тобто більшість опитаних оцінюють свій цифровий добробут як достатній. Найбільше найвищих показників представлено за шкалами *Зосередженість* (19,1%) і *Комунікація* (18,9%), що може свідчити про вміння опитаних відсторонюватися від своїх смартфонів за потреби фокусуватися на більш нагальних справах та користування гаджетом насамперед як джерелом позитивного афекту від соціальних взаємодій. Найімовірніше, саме тому опитані українці мають найбільше усереднених відповідей (74,3%) зі зміщенням до низьких за шкалою *Обмеження*, тобто не надто обмежують себе в екранному часі і різних ситуаціях використання смартфона.

В умовах війни такі результати обнадіують: загалом, українці мають достатній рівень цифрового добробуту, щоб протистояти викликам надмірної цифрової залученості й забезпечувати позитивне спілкування в онлайн-просторі.

2.3.2. Особливості цифрового добробуту в підтриманні здорового способу життя особистості, що переживає війну

Щоб виявити відмінності в показниках цифрового добробуту, ми скористалися даними опитування «Здоровий спосіб життя українців під час війни» за блоком 1 «Загальні дані», блоком 2 «Здоровий спосіб життя» і блоком 7 «Досвід у зв'язку з повномасштабним вторгненням» (див. підрозділ 2.1). У результаті застосування непараметричного критерію Крускала – Уолліса (Kruskal – Wallis H-test, статистична програма SPSS 23.0)

виявлено значущі відмінності між показниками представлених шкал. (Цифрові означення відповідних відмінностей представлено в таблицях, а індикатори найвищих і найнижчих середніх рангів описано в тексті.)

На основі інформації за блоком 1 «Загальні дані» (табл. 2.3) з'ясовано значущі відмінності в проявах цифрового добробуту за такими соціодемографічними параметрами, як-от стать, вік, рівень освіти, рід занять, теперішнє місце і статус проживання, рівень місячного доходу. Так, серед жінок, на відміну від чоловіків і небінарних осіб, більш виразно проявляється тенденція до використання своїх пристроїв для досягнення власних потреб і бажань, створення простору та умов для налагодження зв'язку із собою, натхнення і навчання нового ($H=134,8$, $p=0$). Українські жінки також продемонстрували більшу схильність відчувати, що гаджети позитивно впливають на їхній загальний добробут ($H=31,91$, $p=0$). Однак небінарні особи демонструють кращу здатність фокусуватися на своїй роботі, особистому житті та повсякденних справах, уміючи створити певну дистанцію з власними смартфонами ($H=46,64$, $p=0$), що, імовірно, пов'язано із їхньою узвичаєною онлайн-присутністю як компенсацією присутності в реальних, не завжди толерантних, соціальних взаємодіях.

Таблиця 2.3

Емпіричні значення за Н-тестом Крускала – Уолліса між шкалами цифрового добробуту і показниками блоку 1 «Загальні дані»

Залежні змінні	Стать	Вік	Освіта	Рід занять	Місце проживання	Статус проживання	Дохід
Загальний добробут	31,91 ($p=0,00$)	54,61 ($p=0,00$)		48,12 ($p=0,00$)	26,05 ($p=0,00$)	44,12 ($p=0,00$)	38,8 ($p=0,00$)
Обмеження					12,32 ($p=0,031$)	19,84 ($p=0,00$)	41,81 ($p=0,00$)
Комунікація		61,29 ($p=0,00$)		29,81 ($p=0,00$)	15,71 ($p=0,008$)	33,76 ($p=0,003$)	17,08 ($p=0,00$)
Зосередженість	46,64 ($p=0,00$)		46,49 ($p=0,00$)	25,2 ($p=0,001$)	34,72 ($p=0,00$)	27,54 ($p=0,00$)	20,34 ($p=0,00$)
Зв'язок із собою	134,8 ($p=0,00$)	41,84 ($p=0,00$)	59,43 ($p=0,00$)	52,7 ($p=0,00$)	40,47 ($p=0,00$)	27,52 ($p=0,00$)	14,67 ($p=0,00$)
Дотримування мети		66,82 ($p=0,00$)	42,56 ($p=0,00$)	52,3 ($p=0,00$)	24,04 ($p=0,00$)	32,68 ($p=0,00$)	19,88 ($p=0,00$)

Наймолодші респонденти (16-24 роки) порівняно зі старшими представниками вибірки очікувано мають вищі показники за такими шкалами цифрового добробуту, як-от мета ($H=66,82$, $p=0$), комунікація ($H=61,29$, $p=0$), загальний добробут ($H=54,61$, $p=0$) та зв'язок із собою ($H=41,84$, $p=0$). Ба більше, чим старшими є респонденти, тим нижчі показники за цими шкалами вони демонструють: пристрої не надто успішні в підтриманні їхніх досягнень і домагань, забезпеченні позитивного спілкування, поінформованості, загального добробуту і натхнення пізнавати самих себе. Це можна пояснити тим, що люди, які оточені технологіями від самого народження, загалом краще ними оперують

і можуть безперешкодно пристосовувати їх до повсякденного життя: за термінологією М. Prensky (2009), разючою є різниця між поколіннями більш юних «цифрових вихідців» (digital natives) і більш старших «цифрових іммігрантів» (digital immigrants).

Значущими є відмінності й у розрізі освіченості: чим вищий рівень освіти зазначали опитані (від неповної середньої до наукового ступеня), тим вищою була їхня здатність використовувати смартфони для посилення усвідомленості щодо самих себе ($H=59,43$, $p=0$), зосередженості на провідній діяльності ($H=46,49$, $p=0$) та здатності прямувати до важливих цілей ($H=42,56$, $p=0$). Це демонструє важливість освітніх зусиль для цифрової грамотності й збереження та підтримання здоров'я і добробуту.

Відмінності за сферами зайнятості виявилися найбільш значущими для представників інформаційних технологій та інженерії, а також для військовослужбовців. Наприклад, опитані, зайняті в ІТ-сфері, порівняно з іншими типами зайнятості, демонструють кращу здатність у використанні своїх гаджетів для забезпечення зв'язку із собою ($H=52,7$, $p=0$), поліпшення загального добробуту ($H=48,12$, $p=0$) і, як не дивно, проведення чітких меж між реальним та онлайновим життям ($H=25,2$, $p=0,001$). Натомість українські військові, перед якими об'єктивно постає чимало викликів через їхній спосіб життя, демонструють кращу здатність використовувати свої смартфони для досягнення конкретних цілей ($H=52,3$, $p=0$) і підтримання позитивних стосунків ($H=29,81$, $p=0$).

Відмінності щодо теперішнього місця проживання виявилися значущими для кожної шкали цифрового добробуту. Та найяскравіше ця особливість проявилася за шкалою зв'язку із собою ($H=40,47$, $p=0$): українці, які проживають за кордоном, на відміну від тих, хто не покидав країну чи повернувся, більш успішно користуються своїми персональними пристроями для задоволення своїх потреб і бажань. Натомість мешканці Києва та області, коли йдеться про користування смартфонами, виявилися більш успішними в підтриманні загального добробуту ($H=26,05$, $p=0$) та визначенні персональних цілей і прямуванні до цих цілей ($H=24,04$, $p=0$). Цікавим також є те, що ті, хто відмовився повідомляти про своє теперішнє місце проживання, мають найнижчі показники за шкалами зосередженості ($H=34,72$, $p=0$) та комунікації ($H=15,71$, $p=0,008$), але найвищі – за шкалою обмежень ($H=12,32$, $p=0,031$), що може свідчити про надмірні перестороги під час користування власними гаджетами, а це, відповідно, унеможлиблює повномірне досягнення цифрового добробуту.

Статус проживання також зробив свій внесок у диференціацію компонентів цифрового добробуту. Найбільші відмінності простежуються за шкалою загального добробуту ($H=44,12$, $p=0$): ті, хто проживає з батьками, загалом краще використовують свої гаджети для підтримання свого фізичного і ментального добробуту. Проживання з батьками також видається важливою умовою для більш якісного й позитивного комунікування в мережі ($H=33,76$, $p=0,003$) і цифрового підтримання важливих цілей ($H=32,68$, $p=0$), що, імовірно, свідчить про незаклопотаність побутовими проблемами й здатність

респондентів поринути в поліпшення якості свого життя за рахунок онлайн-ових практик. Натомість ті, хто ділить свій життєвий простір зі співмешканцями/друзями/побратимами, демонструють найменшу здатність не відволікатися й залишатися сфокусованими на поточній справі ($H=27,54$, $p=0$) і найменшу занепокоєність тим, що потрібно встановлювати якісь обмеження під час користування смартфоном ($H=19,84$, $p=0$). Також найменш успішними в застосуванні своїх гаджетів для натхнення і самоспостереження виявилися ті, хто проживає в розширених родинах ($H=19,84$, $p=0$), напевно, не маючи достатньо можливостей для усамітнення.

Рівень доходу регулює відмінності за такими компонентами цифрового добробуту: заробіток на місяць вище середнього передбачає вищі показники обмежень ($H=20,34$, $p=0$), зосередженості ($H=20,34$, $p=0$), прямування до мети ($H=19,88$, $p=0$) та комунікації ($H=17,08$, $p=0$) під час користування гаджетами, а високий – успішність у використанні технологій для забезпечення загального добробуту ($H=38,8$, $p=0$) і зв'язку із собою ($H=14,67$, $p=0$).

Відповідно до блоку 2 «Здоровий спосіб життя» (табл. 2.4) значущі відмінності для показників цифрового добробуту виявлено щодо таких питань: 2. На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про здоровий спосіб життя?; 6. На якому етапі повномасштабного вторгнення Ви відчували найбільші труднощі в дотриманні здорового способу життя? (множинний вибір); 7. Чи вважаєте Ви, що наразі дотримуєтеся здорового способу життя (як Ви його розумієте)?

Таблиця 2.4

Емпіричні значення за Н-тестом Крускала – Уолліса між шкалами цифрового добробуту і показниками блоку 2 «Здоровий спосіб життя»

Залежні змінні	Адаптаційний синдром	Дотримання ЗСЖ	Відмова від шкідливих звичок + дотримання наявних звичок + формування нових звичок, корисних для здоров'я
Загальний добробут	-	48,13 ($p=0,00$)	26,44 ($p=0,00$)
Обмеження	-	94,86 ($p=0,00$)	-
Комунікація	103,39 ($p=0,00$)	80,55 ($p=0,00$)	25,83 ($p=0,00$)
Зосередженість	28,87 ($p=0,00$)	69,66 ($p=0,00$)	43,71 ($p=0,00$)
Зв'язок із собою	31,37 ($p=0,00$)	54,45 ($p=0,00$)	35,8 ($p=0,00$)
Дотримування мети	15,69 ($p=0,028$)	25,84 ($p=0,00$)	19,16 ($p=0,00$)

Найбільш значущі відмінності простежуються за питанням етапу найістотніших труднощів щодо ЗСЖ. Ті, хто не мав труднощів чи не зазначив їх, продемонстрували найвищі рівні за компонентом позитивних комунікацій у структурі цифрового добробуту ($H=103,39$, $p=0$), а отже, вони обмінюються інформацією та підтримують стосунки завдяки мережі значно успішніше, ніж ті, хто відчував певну загрозу своєму способу життя. Ті ж, хто мав найбільше труднощів з підтриманням свого ЗСЖ на етапі резистентності (червень 2022 –

лютий 2023 року), проявляють найменшу здатність залишатися зануреними у свою актуальну діяльність ($H=27,54$, $p=0$), що, імовірно, пояснюється необхідністю бути постійно поінформованими, щоб втамовувати тривогу. Поєднання етапів резистентності і виснаження (травень 2023 року – час опитування) як періоду труднощів щодо ЗСЖ передбачає найгіршу здатність опитаних досліджувати свої справжні потреби завдяки цифровим технологіям ($H=31,37$, $p=0$). Однак респонденти, які відчували ускладнення щодо ЗСЖ на етапах тривоги (лютий-травень 2022 року) і резистентності, дістали найбільше вигоди, коли говорити про користування своїми смартфонами для досягнення важливих цілей ($H=15,69$, $p=0,028$). Тобто певні компоненти цифрового добробуту можуть домінувати чи просідати залежно від реагування на плин часу щодо воєнних подій.

Респонденти, найбільш упевнені в тому, що на момент опитування дотримуються здорового способу життя, продемонстрували найвищі ранги за спроможністю встановлювати обмеження в користуванні своїми смартфонами ($H=94,86$, $p=0$). Натомість помірна впевненість у дотриманні ЗСЖ передбачає найвищі показники за іншими компонентами цифрового добробуту – позитивної комунікації ($H=80,55$, $p=0$), зосередженості на поточній діяльності ($H=69,66$, $p=0$), підтриманні загального добробуту ($H=48,13$, $p=0$) та досягненні персональних цілей ($H=25,84$, $p=0$). Загалом, це підтверджує ідею про те, що цифровий добробут є невід’ємною частиною здорового способу життя.

Фокус уваги з погляду турботи про ЗСЖ також виявився важливим для пояснення компонентів цифрового добробуту. Скажімо, ті, хто вважає важливим фокусуватися і на відмові від шкідливих звичок, і на підтриманні наявних корисних звичок, і на формуванні нових звичок для поліпшення здоров’я і добробуту, продемонстрували найвищі показники за всіма шкалами цифрового добробуту, окрім встановлення обмежень. Це означає, що активна налаштованість щодо свого ЗСЖ передбачає більшу успішність у використанні своїх гаджетів для підтримання зануреності у важливі поточні справи ($H=43,71$, $p=0$), зв’язку із самим собою ($H=35,8$, $p=0$), фізичного і ментального добробуту ($H=26,44$, $p=0$), здорових стосунків ($H=25,83$, $p=0$) та прямування до значущої мети ($H=19,16$, $p=0$).

Відповідно до блоку 7 «Досвід у зв’язку з повномасштабним вторгненням» виявлено значущі відмінності в проявах цифрового добробуту за різними типами втрат (табл. 2.5), а також іншим досвідом у зв’язку з повномасштабним вторгненням (табл. 2.6).

З’ясувалося, що психологічні втрати (довіри, упевненості, цінностей тощо) і втрати можливостей (медичної допомоги, освіти, самореалізації тощо) передбачають вищу здатність використовувати гаджети для встановлення зв’язку із собою (відповідно, $H=40,84$, $p=0$; $H=6,46$, $p=0$) і досягнення цілей ($H=7,19$, $p=0,007$; $H=9,04$, $p=0$), однак нижчі рівні позитивного комунікування ($H=35,69$, $p=0$; $H=7,85$, $p=0,00$) та встановлення чітких меж із цифровим простором ($H=15$, $p=0$; $H=6,93$, $p=0,00$). Тобто осіб, які зазнали насамперед ментальних уражень, програми смартфона найліпше супроводжуватимуть у певному усамітненні та обслуговуватимуть вирішення прикладних задач.

Таблиця 2.5

**Емпіричні значення за Н-тестом Крускала – Уолліса між шкалами
цифрового добробуту і показниками досвіду втрат
у зв'язку з повномасштабним вторгненням**

Залежні змінні	Психоло- гічні втрати	Втрата можли- востей	Втрата належ- ності	Майнові втрати	Людські втрати	Фізичні втрати
Загальний добробут	-	-	5,95 (p=0,015)	18,71 (p=0,00)	12,11 (p=0,001)	-
Обмеження	15 (p=0,00)	6,93 (p=0,00)	-	14,44 (p=0,00)	-	-
Комунікація	35,69 (p=0,00)	7,85 (p=0,00)	14,4 (p=0,00)	-	-	17,4 (p=0,00)
Зосередженість	-	-	-	12,42 (p=0,001)	69,03 (p=0,00)	-
Зв'язок із собою	40,84 (p=0,00)	6,46 (p=0,00)	9,23 (p=0,002)	30,85 (p=0,00)	23,53 (p=0,002)	9,86 (p=0,002)
Дотримування мети	7,19 (p=0,007)	9,04 (p=0,00)	6,6 (p=0,01)	40,31 (p=0,00)	4,37 (p=0,00)	4,37 (p=0,037)

Таблиця 2.6

**Емпіричні значення за Н-тестом Крускала – Уолліса
між шкалами цифрового добробуту і показниками іншого досвіду
у зв'язку з повномасштабним вторгненням**

Залежні змінні	Вимушене переселення	Бойовий військовий досвід	Медична/ домедична допомога	Правоохоронна діяльність	Окупація	Обстріли	Повінь
Загальний добробут	-	5,51 (p=0,019)	7,54 (p=0,006)	-	-	7,1 (p=0,008)	-
Обмеження	-	-	-	-	8,05 (p=0,005)	-	-
Комунікація	22,63 (p=0,00)	-	9,78 (p=0,002)	-	-	-	5,8 (p=0,016)
Зосередженість	24,17 (p=0,00)	16,79 (p=0,00)	7,98 (p=0,005)	-	-	4,18 (p=0,041)	-
Зв'язок із собою	-	17,65 (p=0,00)	18,21 (p=0,00)	-	8,59 (p=0,003)	12 (p=0,001)	-
Дотримування мети	-	-	-	8,98 (p=0,003)	-	-	-

Так само українці, які мають досвід втрати своєї належності, значущих соціальних зв'язків, демонструють значно нижчі рівні позитивного цифрового спілкування (H=14,4, p=0), однак переважно вищі – у забезпеченні зв'язку із власними потребами (H=9,23 p=0,002), досягненні мети (H=6,6, p=0,01) і підтриманні загального добробуту (H=5,95, p=0,015). Це, зокрема, можна

пояснити втратою очного спілкування, кардинальною зміною звичного устрою життя, де гаджет почав виконувати більш доступні функції в таких умовах.

Респонденти з досвідом людських втрат (у яких загинули близькі чи знайомі, є зниклі безвісти) протягом повномасштабного вторгнення більш схильні використовувати свої смартфони, щоб залишатися присутніми в діяльності, якою зайняті ($H=69,03$, $p=0$), стимулювати самопізнання ($H=23,53$, $p=0,002$), підтримувати загальний фізичний і ментальний добробут ($H=12,11$, $p=0,001$), визначати мету й досягати її ($H=4,37$, $p=0$). Тобто цифровий простір виявляється доволі затребуваним у разі горювання за людськими втратами.

Ті ж, хто повідомив про фізичні, фізіологічні втрати (порушення функціонування організму) у зв'язку з повномасштабною війною, демонстрували нижчі показники за шкалою комунікації ($H=17,4$, $p=0$), але вищі – за шкалами зв'язку із собою ($H=9,86$, $p=0$) та прямування до мети ($H=4,37$, $p=0,037$) у структурі цифрового добробуту.

Отже, переживання втрат загалом передбачає залучення компонентів цифрового добробуту, спрямованих на забезпечення утилітарного зовнішнього впорядкування, наприклад отримання важливих сервісів, щоб якісно зануритися в особистий простір і глибше опрацювати горе.

Інший досвід, здобутий за час повномасштабного вторгнення, також значуще пояснює окремі прояви цифрового добробуту (табл. 2.6). Так, респонденти з досвідом вимушеного переселення (і всередині країни, і за кордон) значно рідше, ніж ті, хто такого досвіду не мав, використовують свої гаджети для забезпечення продуктивних комунікацій ($H=22,63$, $p=0$) і зосередженості на повсякденних справах ($H=24,17$, $p=0$). Таке порушення цифрового балансу може бути пов'язаним із хвилюванням за рідні місця й відволіканням від поточних справ на новини з дому.

Бойовий військовий досвід також зовсім не сприяє цифровій гармонії: такі події в житті респондентів частіше передбачають нижчі рівні підтримання зв'язку із собою ($H=17,65$, $p=0$), зосередженості на поточних справах ($H=16,79$, $p=0$) та супроводу загального добробуту ($H=5,51$, $p=0,019$).

Коли йдеться про користування смартфонами, то досвід надання медичної/домедичної допомоги так само передбачає нижчі рівні зв'язку із собою ($H=18,21$, $p=0$), продуктивної комунікації ($H=9,78$, $p=0,002$), зосередженості на повсякденних справах ($H=7,98$, $p=0,005$) і підтримання загального добробуту ($H=7,54$, $p=0,006$).

На противагу цьому ті, хто мав досвід правоохоронної діяльності під час повномасштабної війни, продемонстрували вищі показники за такою шкалою цифрового добробуту, як прямування до мети ($H=8,98$, $p=0,003$), що свідчить про їхнє насамперед утилітарне ставлення до гаджетів.

Проживання під окупацією зумовлює вищий рівень забезпечення зв'язку з власними потребами завдяки персональним пристроям ($H=8,59$, $p=0,003$), однак нижчий рівень вибудовування обмежень щодо цифрового простору ($H=8,05$, $p=0,005$), що є цілком природно за таких обставин – локальних небезпек й недоступності звичних ресурсів.

Натомість респонденти, які безпосередньо постраждали від обстрілів, частіше мають вищі рівні зв'язку із собою ($H=12$, $p=0,001$) і зосередження на

поточній діяльності ($H=4,18$, $p=0,041$), однак нижчі рівні підтримання загального добробуту ($H=7,1$, $p=0,008$) під час користування своїми девайсами.

Нарешті, ті, хто безпосередньо стикався з наслідками повені після теракту на Каховському водосховищі, продемонстрували нижчу здатність підтримувати позитивні комунікації в цифровому просторі ($H=5,8$, $p=0,016$).

Отже, виявлені особливості прояву компонентів цифрового добробуту відповідно до соціодемографічних характеристик, ставлення до здоров'я і досвіду українців, здобутого за час повномасштабного вторгнення, мають забезпечити краще розуміння, як здійснювати відповідні промоційні кампанії.

2.3.3. Стратегія промоції цифрового добробуту особистості під час війни

Урахування виявлених особливостей і потенціалу смартфонів та інших «чорних дзеркал» для цифрового добробуту імпліцитно вкладається в розгортання стратегій e-Health і Health Promotion (Franklin et al., 2009).

Скажімо, уже знайома нам стратегія HE SI AD – 1) health education (індивідуальне і спільнотне просвітництво), 2) service improvement (вдосконалення прийнятності й доступності послуг) і 3) advocacy (відстоювання відповідних політик, які впливають на здоров'я громадян) (Hubley, Copeman, & Woodall, 2021) – може бути переглянута відповідно до цифрового добробуту. Так, пропонуємо три рівні: 1) інформаційна грамотність; 2) налаштування пристроїв; 3) лобіювання спільнотами.

На першому рівні йдеться насамперед про *формування інформаційної грамотності* населення щодо цифрового добробуту. Сюди відносимо надання повідомлень щодо необхідності цифрової гігієни (обмежень), можливостей використання технологій щодо підвищення якості життя та отримання доступу до важливих ресурсів під час війни.

Відповідно до емпірично з'ясованих особливостей прояву компонентів цифрового добробуту можемо пропонувати меседжі (Mind Over Tech, 2023), представлені нижче.

Компонент *обмежень* (серед опитаних – найбільше усереднених відповідей зі зміщенням до низьких, 74,3%). Оскільки обмежень у користуванні своїми смартфонами найчастіше дотримуються насамперед ІТ-фахівці, ті, хто має високий рівень доходів і займає активну позицію в удосконаленні свого способу життя, мішенню таких повідомлень мають стати насамперед ті, хто за родом діяльності не так очевидно відчуває негативні наслідки надмірної цифрової залученості й більш ригідно ставиться до змін. Однак найгірше вміють зосереджуватися на позасмартфонному житті та вибудовувати з гаджетом здорові кордони ті, хто проживає зі співмешканцями/ друзями/побратимами, хто має психологічні втрати й втрати можливостей, матеріальні й фінансові втрати, хто має бойовий військовий досвід і досвід проживання під окупацією. Тобто такі громадяни є групою ризику, а отже потребують постійних повторів таких меседжів на своїх часто відвідуваних платформах: *«Щоб почати відпочивати від свого пристрою, виберіть якийсь*

один час доби (наприклад, перед сніданком, під час обіду, після 21:00 увечері) або якесь одне фізичне місце (наприклад, спальня, кухня, дитяча кімната), де ви ніколи не використовуватимете телефон. Створіть кордон і відстежуйте, чи зможете його дотримуватися».

Компонент зв'язку із собою (середній рівень прояву в 71,7% респондентів). Задачі, пов'язані з цим компонентом, доволі успішно вирішуватимуть жінки, наймолодші «цифрові вихідці», люди з вищими рівнями освіти, IT-фахівці; українці, які проживають за кордоном; ті, хто оцінює свій дохід на місяць як високий; ті, хто активно ставиться до трансформацій свого ЗСЖ, і ті, хто пережив різноманітні втрати (психологічні, можливостей, значущих соціальних зв'язків, матеріальні й фінансові, людські, фізичні й фізіологічні) і має досвід проживання в окупації й безпосереднього перебування під обстрілами. Найменш успішно поєднувати користування гаджетом і встановлення зв'язку із собою здатні ті, хто живе у великих родинях, хто мав бойовий досвід і досвід надання медичної допомоги під час повномасштабної війни, тобто та група осіб, яка постійно турбується про інших, забуваючи про цінність власного життя. Натомість прицільне цифрове інформування може нагадати їм про такі практики: *«Використовуйте періоди, коли ви позитивно оцінюєте, як ваш смартфон може допомогти вам, а не заважати. І в подальшому критично ставтеся до того, як ви використовуєте свій пристрій, щоб він не заповнював увесь простір, а давав час для мрій, відпочинку та спілкування із собою і навіть нудьгування».*

Компонент прямування до мети (середні рівні у 71% опитаних). З огляду на наші результати, на такі пропозиції краще відгукуватимуться більш молоді й більш освічені користувачі, військовослужбовці, мешканці Києва та області; ті, хто проживає з батьками; більш фінансово забезпечені особи, активно налаштовані на зміни свого ЗСЖ; а також ті, хто пережив різні типи втрат і має досвід правозахисної діяльності під час повномасштабної війни. Оскільки цілепокладання, пов'язане з представленням компонентом цифрового добробуту, є комплексним особистісним процесом, відповідне інформування навряд чи впливатиме на групи, не представлені вище, тому повідомлення мають бути спрямовані саме на тих, хто є до них найбільш чутливим: *«Ваш смартфон – це лише інструмент. І в подальшому запитуйте себе, наприклад: як мене зараз підтримує мій смартфон? Чи він допомагає мені жити тим моментом/днем/життям, яке я хочу прожити? Чому я приділяю свою увагу?».*

Компонент загального добробуту (середні показники за вибіркою – 70,4%). Цей компонент цифрового добробуту найкраще проявлений серед жінок, наймолодших осіб, IT-фахівців, мешканців Києва та області; тих, хто проживає з батьками; хто згоден активно удосконалювати свій ЗСЖ; хто потерпає від втрати соціальних зв'язків, матеріальних благ, значущих людей. Натомість ті, хто має бойовий військовий досвід, досвід надання медичної/домедичної допомоги, безпосередньо переживав наслідки обстрілів, найрідше проявляють здатність регулювати свій добробут завдяки смартфонам, тож ці меседжі будуть спрямовані саме на них: *«Чи можна уникнути періодів, коли ваш смартфон радше шкодить, ніж допомагає вашому добробуту? Найкращий спосіб повернути собі контроль у користуванні смартфоном –*

почати відстежувати, як ви відчуваєтеся, коли берете до рук девайс. Якщо посилюється тривога, самотність чи заздрощі, нехай це стане стимулом, щоб його відкласти. Якщо ж ви відчуваєтеся більш організованими, задоволеними, наповненими, запам'ятайте, у чому саме пристрій допоміг вам, і надалі пріоритезуйте ці випадки».

Компонент комунікації (один із найвищих рівнів прояву – 18,9% вибірки). Як показали результати нашого опитування, у сучасних українських реаліях позитивна комунікація завдяки екранним практикам найкраще вдається військовослужбовцям; тим, хто проживає з батьками; особам з більш високим рівнем фінансового забезпечення; тим, хто не відчував труднощів у дотриманні ЗСЖ протягом повномасштабного вторгнення або не визнавав їх; тим, хто поєднує практики відмови від шкідливих, збереження наявних і набуття нових звичок ЗСЖ. Натомість різні типи втрат (психологічні, можливостей, соціальних зв'язків, фізичні/фізіологічні), вимушена міграція і безпосереднє переживання наслідків повені є предиктором нижчої здатності підтримувати позитивну комунікацію завдяки смартфонам. Тож таргетувати представлене повідомлення слід на таких осіб, щоб повертати до якісної комунікації як ресурсу опрацювання негативного досвіду: *«Цілком природно, що спілкування може бути неоднозначним і складним, особливо в мережі. Однак варто провести внутрішню ревізію, чи є можливості обмежити спілкування, яке виснажує, або обрати інші платформи, які краще підтримуватимуть вас. Треба поспостерігати за тим, як ви спілкуєтеся, щоб ваш пристрій працював на вас».*

Компонент зосередженості (найбільше найвищих показників у вибірці – 19,1%). Як виявилось, найкраще із задачею зосереджуватися на поточній діяльності, не відволікаючись на гаджети, можуть впоратися небінарні особи, більш освічені і фінансово забезпечені громадяни й ті, хто воліє поєднувати практики відмови від шкідливих, збереження наявних і набуття нових звичок ЗСЖ. Також смартфони рідше заважають зосередженості тих, хто переживає втрату чи невизначену втрату близьких/знайомих людей або безпосередньо став жертвою обстрілів. Натомість найгірше вміють зосереджуватися на позасмартфонному житті ті, хто проживає зі співмешканцями; ті, кому було найбільш складно дотримуватися ЗСЖ протягом червня 2022-го – лютого 2023 року; вимушені мігранти і ті, хто мав досвід надання медичної допомоги за час повномасштабної війни. Тобто ці групи потребують найбільшої уваги щодо усунення цифрового відволікання і присутності в повсякденній діяльності: *«Зосереджуватися, відчувати себе глибоко зануреним у завдання – це приємне відчуття. Використовуйте це як мотивацію, щоб створити більше сфер уваги у своєму житті, глибше зануритися у свою професійну діяльність, хобі або побутові заняття та об'єднатися з людьми навколо вас, не відволікаючись на смартфон».*

Загалом, представлені меседжі можна впроваджувати завдяки адаптованій комунікації з фахівцями контент-маркетингу – через соціальні медіа, партнерство з гуманітарними організаціями, впливовими особистостями, створення мереж велнес-фахівців, які надають доступну допомогу. Форма –

короткі відео, вебінари, тренінги, освітні програми, групи підтримки і самодопомоги в офлайн- та онлайн-форматах.

Зокрема, групи підтримки і самодопомоги можуть виявитися чи не найдієвішим інструментом промоції здорового способу життя. Групова робота може допомогти людям зрозуміти аспекти їхньої нездорової поведінки, щоб перетворити її на таку, що регулюється прийняттям рішень і рутинними справами. Забезпечуючи взаємну підтримку, люди також дістануть змогу почуватися краще, а отже, поліпшиться їхня самооцінка.

Загалом, групи підтримки пропонують альтернативу для людей, які шукають зв'язку з іншими. Такі групи можуть допомагати певній групі людей із психологічними труднощами; усуваючи бар'єри соціального статусу, гендеру, віку, місцезнаходження, соматичні фактори та емоційну інгібіцію, дають людям комунікаційний засіб, спеціально створений, щоб допомогти їм у вирішенні їхніх специфічних проблем. Рішення про групову роботу під час планування програм промоції здорового способу життя має засновуватися на розгляді сильних сторін, обмежень та прийнятності такої форми. Надалі треба з'ясувати, чи підходить групова робота для конкретної мети, наприклад підвищення обізнаності. Тоді важливо розглянути такі практичні питання, як-от планування, терміни і ресурси. Нарешті, потрібно забезпечити рівний доступ як до місця проведення, так і до залучення загалом, що легко вирішується завдяки сучасним засобам електронного зв'язку (Jaques & Salmon, 2007).

Згідно з результатами нашого дослідження, у якому взяли участь українські вимушені мігрантки в Каталонії, після відвідування груп підтримки в учасниць на значущому рівні зменшилися прояви депресивності, відчуженості, покинутості, нетерплячості, натомість поліпшилися показники адаптивності: збільшилася їхня особиста задоволеність, змінилося на краще ставлення до інших і їх прийняття, посилилося відчуття соціальної і фізичної захищеності, належності до цього суспільства і причетності до нього. Відповідно, стали можливими активність, прагнення до самореалізації, упевненість у відносинах з іншими, планування свого майбутнього, засноване на власних можливостях і минулому досвіді (Дворник, 2023).

Другий рівень у стратегії промоції цифрового добробуту наших співгромадян – *налаштування пристроїв* – має на меті впровадження простих у використанні, доступних, інтерактивних та привабливих онлайн-технологій, щоб залучити і забезпечити постійну, послідовну участь користувачів, які потребують змін задля зміцнення здоров'я, профілактики його порушень, лікування вже наявних захворювань. Ідеться про мобільні застосунки і вебсайти з доступом до корисних інформаційних ресурсів, послуг та автоматизованих програм підтримки користувачів, які переспрямовують до офлайн-активностей (наприклад, у центрах громадського здоров'я). Завдяки таким ініціативам громадяни дістають змогу на постійній основі і за потреби поділитися своїми проблемами, запитати про ймовірні варіанти рішень у референтної спільноти, а також самим стати ресурсом для цієї спільноти.

Ідеться про такі типи соціальної підтримки:

- інформаційна – обмін знаннями, практичними порадами, персональними успішними практиками подолання негараздів, мінімізація неправдивості чи оманливості інформації;
- емоційна – взаємне вираження прихильності, спрямоване на поліпшення настрою особи;
- оцінкова – підвищення самооцінки, створення переконаності, що особа має достатньо ресурсів і здатна зіткнутися з проблемами й подолати їх;
- мережева – нагадування про постійну доступність соціального капіталу особистості, можливість долати соціальну ізоляцію та спілкуватися з людьми в той час і в той спосіб, як їм це найбільше потрібно;
- матеріалізована – будь-яка опрідметнена допомога, обмін матеріальними благами завдяки онлайн-сервісам.

В онлайн-форматі це реалізується насамперед на платформах закритих груп у соціальних мережах і месенджерах (типу Facebook, Viber, WhatsApp, Telegram), меншою популярністю користуються спеціалізовані чат-боти.

З огляду на тип онлайн-активності, згідно з даними наших попередніх опитувань, користувачі схильні переважно тільки читати, переглядати інформацію, а не ставити питання, уточнювати чи вступати в дискусії. Також найпопулярнішим способом знаходити підтримку онлайн є гугл-пошук. Тому відповідні оздоровлювальні ініціативи мають просуватися завдяки SEO-технологіям (search engine optimization), щоб стати доступними користувачам з перших же рядків у результатах пошукової системи (Дворник, 2021).

Третій рівень промоції цифрового добробуту – *лобіювання спільнотами* – залучає громадськість, співпрацю з урядовими структурами, локальними і міжнародними організаціями. Форми – створення петицій, прийоми з представниками влади, участь у законодавчих слуханнях та обговореннях, надання звітів і результатів моніторингу просування стратегії для підтримання здоров'я населення, використання міжнародних платформ для привертання уваги до ситуації в регіонах України та отримання підтримки для промоції здорового способу життя і цифрового добробуту зокрема.

Оскільки цифровий добробут може бути мірилом політичного занепокоєння, для просування здоров'язберігальних ініціатив відправною точкою може стати проблема цифрового нездоров'я, яка не просто виходить далеко за межі індивідуальної відповідальності та контролю споживачів цифрових технологій, а стає наслідком більш широкого контексту соціальної нерівності і ролі влади в маніпулюванні інформацією (Docherty & Biega, 2022).

З іншого боку, важливим є вплив і на корпорації соціальних медіа (зокрема на місцеві представництва), адже саме їхній системний вплив визначатиме добробут користувачів. Наприклад, таким компаніям замість способів розроблення онлайн-архітектури, яка максимізує залучення користувачів, варто зосередитися на проектуванні їхнього цифрового добробуту, пов'язаного, зокрема, з кількістю часу, який користувачі присвячують своїм девайсам (Dennis, 2021).

Висновки

Показником промоції здорового способу життя особистості в умовах війни може бути представлене нами вище поняття цифрового добробуту. На противагу ризикам онлайн-активності, нестачі медіаграмотності та медіагігієни, цифровий добробут спрямований на «оптимізацію амбівалентності» між окремими перевагами і недоліками, які виникають у зв'язку з екранними практиками.

Запропоновано адаптацію моделі впливу технологій на сфери життя завдяки підтвердженню внутрішньої узгодженості шкал опитувальника «Цифровий добробут» та визначенню середніх рівнів прояву цифрового добробуту серед опитаних українців і найістотніших його компонентів (зосередженість – здатність без відволікання залишатися зануреним у провідну діяльність, комунікація – забезпечення позитивних комунікацій завдяки смартфону).

Виявлено особливості прояву компонентів цифрового добробуту за такими параметрами: соціодемографічні показники (стать, вік, рівень освіти, галузь зайнятості, місце проживання, статус проживання, рівень доходів), ставлення до ЗСЖ (етап найбільших складнощів, поєднання практик, міра дотримання), втрати (психологічні, можливостей; соціальних зв'язків; матеріальні й фінансові; людські; фізичні й фізіологічні), специфічний досвід за час повномасштабного вторгнення (вимушена міграція, бойовий досвід, надання медичної допомоги, правозахисна діяльність, проживання в окупації, переживання обстрілів, переживання повені).

З огляду на виявлені особливості представлено стратегію промоції цифрового добробуту як компонента ЗСЖ в умовах війни: 1) інформаційна грамотність (формування інформаційної грамотності населення щодо цифрового добробуту); 2) налаштування пристроїв (розроблення доступних і привабливих онлайн-технологій забезпечення постійної, послідовної участі користувачів у профілактиці надмірної онлайн-залученості); 3) лобіювання спільнотами (залучення громадськості, співпраця урядових структур, локальних і міжнародних організацій).

РОЗДІЛ 3

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Майндфулнес-стратегії формування здорового способу життя особистості, що переживає війну

3.1.1. Майндфулнес-стан як прояв регенеративної динаміки особистості в катастрофічних умовах

Катастрофічні людські втрати перших днів війни відкрили, так би мовити, «скриньку Пандори» людського гніву, люті і ненависті. Такий руйнівний потік людських страждань неможливо ані контейнерувати, ані стримати, є тільки один шлях – встояти, спираючись на власну глибинну силу і стійкість. Російсько-українська війна оголила нагальні психологічні потреби населення в пошуку стратегій і способів боротьби з надмірним стресовим навантаженням, звільнення від страждань, збереження та відновлення здорового способу життя, збереження себе, свого здоров'я і добробуту рідних. Останнім часом саме майндфулнес як практика усвідомленості все більше набуває визнання у сфері дієвих технік боротьби зі стресом, стражданням, плеканням стійкості, послабленням болю від життєвих втрат і збереженням фізичного здоров'я людини, відновленням її психологічного добробуту.

Варто підкреслити, що сучасні дослідження з майндфулнес розкривають нові досі не пов'язані між собою опосередковані взаємовпливи, які ініціюють інтегративні розробки в площині практик сталого розвитку стійкості. Останні дискусії про стійкість та адаптацію все частіше спираються на концепції регенерації. Зв'язок регенеративної динаміки і практик з різних дисциплін, на думку J. Fischer, S. Farny, D. J. Abson (2024), створює основу для використання регенеративних систем, спрямованих на просування міждисциплінарної науки про стійкість. Поняття регенерації вже увійшло в дискурс кількох галузей, що стосуються сталого розвитку, зокрема екології, сільського господарства, економіки, менеджменту, соціології, психології та хімії. Огляд сучасних публікацій з регенеративної динаміки, регенеративних практик і регенеративного імпульсу демонструє наявність цікавих паралелей між різними сферами наук про адаптацію та стійкість.

Вивчення можливостей відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій, показало, що стресова чи катастрофічна ситуація здатна викликати активацію

адаптаційних, захисних і стабілізаційних ресурсів, що забезпечують певний тип опанувальної поведінки – від самозахисту до ризикуванню. Тому відновлювальні, реабілітаційні ресурси життєздатності особистості, які активуються у фатальні, потенційно травматичні моменти життя, мають опосередкований вплив на способи, форми і спрямування активності людини, її успішність у пошуку соціальної підтримки та спроможність керувати життєвими ризиками, вибудовувати здоров'язберігальний спосіб життя (Ларіна, 2019).

На нашу думку, відновлювальна, регенеративна динаміка має специфічні прояви під час війни, які, відповідно, можуть опосередковувати особливості використання майндфулнес-підходу. Отже, як зазначає К. Мирончак (2022), функціонування майндфулнес-підходу в умовах війни характеризується такими ключовими принципами, як-от *принцип реальності і прийняття* та *принцип відповідальності і вибору*. За висновками дослідниці, визнання реальності вносить ясність у її сприйняття, усуває опір тому, що вже сталося і не залежить безпосередньо від людини, забезпечує необхідними ресурсами для конструктивної адаптації чи зміни ситуації. Принцип відповідальності і вибору у воєнні часи дає змогу попри болісні переживання утримувати відчуття спокою, умиротворення, щастя та реалізовувати важкі й складні життєві рішення.

Також практики майндфулнес під час війни можна використовувати як окремі форми практик психогієни особистості, зокрема ментальної психогієни. У дослідженні Ю. Гундერთайло (2022) підкреслюється, що ментальна психогієна, а саме молитви, медитації, візуалізації, дихальні практики, наративні і тілесні практики, є новою сферою для українців, певною зоною індивідуального саморозвитку. Хоча, як зазначає дослідниця, таку ментальну практику, як молитва, можна вважати, загалом, історично зумовленою формою саморегуляції людини, яка побутувала в Україні століттями.

Отже, в умовах війни, коли надмірне навантаження на захисні внутрішньоособистісні ресурси сягає критичних меж, постає потреба в переусвідомленні українцями підходів до формування здорового способу життя, збереження свого фізичного здоров'я і психологічного добробуту.

Теорія майндфулнес, яка народжувалась у царині молекулярної біології, спрямована насамперед на вивчення механізмів зцілення людини від хронічного болю і надмірного стресу. Її засновник, Джон Кабат-Цинн, зосереджувався на клінічному застосуванні медитації для людей з хронічним болем і захворюваннями, викликаними стресом. На основі своїх досліджень він створив MBSR-програму (Mindfulness-Based Stress Reduction), «Програму зниження стресу завдяки усвідомлюваності». MBSR-програму розроблено в Медичному центрі університету штату Массачусетс у 1970-х роках насамперед для підтримання психологічного добробуту пацієнтів з кардіологічними захворюваннями. Пізніше ця програма набула поширення в багатьох інших сферах застосування і на цей час здобула статус однієї з найбільш поширених базових програм майндфулнес. Сутність усвідомленого розуміння Джон Кабат-

Цинн розкриває у своїй книзі «Wherever You Go, There You Are». Він адресує її тим, хто прагне привнести у власне життя розсудливість і мудрість, сміливо занурившись у глибину поточного моменту. Автор підкреслює, що стрес – це частина життя, людської природи, невіддільна частина справжньої людяності. І ми можемо навчитися співіснувати з ним, розуміти його, шукати в ньому сенс, приймати рішення, використовувати енергію стресу, щоб набути внутрішньої сили, мудрості, самоспівчуття. Отже, прагнення злитися з тим, що тебе наповнює, навіть якщо це надмірний стрес, є джерелом будь-якої медитативної практики (Kabat-Zinn, 2005, p. 29).

Напрацювання представників інтегративної психології та поведінкової науки, сфокусовані на розумінні культурного контексту та історичного розвитку концепції уважності, стали вагомим внеском у відокремлення усвідомленості від релігійного сповідання, теоретичне та історичне розширення поняття усвідомленості в психологічних дослідженнях, вивчення так званих історичних віх даосизму. У своїй оглядовій статті щодо уважності як буддійської сучасності В. А. Christensen (Christensen, 2024) серед ключових тлумачів даосизму і буддизму, які окреслили специфічні рамки для розуміння уважності та буддійського модернізму, називає Von Fircks, Herman Hesse, Alan Watts, C. G. Jung. Автор статті підкреслює, що концепція усвідомленості абстрагована від різних контекстів, у яких її використовували і часто інтерпретували як надання справжньої можливості самоцілення, як автентичну суть медитативної практики в буддизмі і даосизмі. Буддизм розглядають як релігію, у якій насправді не обов'язково у щось вірити або дотримуватися якихось суворих правил. Треба просто виявляти співчуття і підтримувати спокійний стан розуму за допомогою медитації. Буддизм цінує творчість та інтуїцію, що загалом відповідає сучасному науковому світогляду. Отже, буддизм – це демократично, це заохочує до свободи думки і більше схоже на духовність, ніж на релігію. Зрештою, Christensen наголошує, що в результаті модернізації ми спостерігаємо нову форму специфічного західного буддизму, принаймні протягом останнього століття. Це можна було б назвати одомашненим буддизмом, оскільки він позбавлений міфологічних елементів і забобонних культурних наростів, тобто з меншою кількістю ритуалів; применшуючи чудеса і надприродні події, описані в буддійській літературі, він підкреслює сумісність з науковими, гуманістичними і демократичними ідеалами (McMahan, 2008, p. 5).

Сьогодні переведення медитації в наукову і прагматичну площину, оформлення її в межах питань життєвої ефективності, клінічного застосування та розуміння неврологічної активності відображають унікальний момент в історії медитативних практик, які походять з Індії та Китаю. Як зауважують науковці, ми спостерігаємо становлення процесу від'єднання практики посередництва від її релігійного підґрунтя, що робить медитацію світською практикою, призначеною не лише для ченців, а й для мас. McMahan & Braun (2017, p. 5) зауважують, що в процесі переміщення медитації з монастиря до лікарні, до оздоровчого клубу, у багатофункціональне приміщення роти, військовий навчальний центр, а також у численні спільноти людей і куточки

для медитації самі практики змінюються, іноді досить суттєво, щоб вписатися в культурний, соціальний та інституційний контексти.

Вивчаючи духовні аспекти психології людини, сучасні дослідники розкривають трансформаційну силу буддистського погляду на самоцілення. Вони наголошують на визнанні болю і стигматизації як важливих віх, підкреслюють роль співчуття в полегшенні страждань і вихованні стійкості. Нещодавно проведене дослідження акцентує на важливості духовних практик для саморегуляції, що дає змогу ідентифікувати і трансформувати страждання. Інтегруючи ці принципи і техніки, люди можуть розпочати трансформаційну подорож самопізнання та звільнення від страждань (Phong, 2024).

Власне, буддистський модерністський феномен як масове використання методу медитації не вимагає глибоких медитативних зусиль, а тільки певних методів інсайту, що проявляються на мінімальному рівні концентрації (миттєва концентрація). Спрощена медитація, яка підходить для непрофесіоналів, у поєднанні зі зростанням популярності практик медитації, що походять від інших релігійних традицій (наприклад, дзен і даосизм) та поширюються на західну культуру, означає опанування певної техніки для досягнення уважного усвідомлення. Саме слово «уважність», що буквально означає «привертати увагу», з перекладом на англійську мову набуло й інших значень, пов'язаних з уважністю, як-от запам'ятовування, вдумливість або усвідомлення чогось (McMahan & Braun, 2017). Також у процесі асиміляції практик медитації з ідеями про те, що індивіди мають потенціал до самостійного вибудовування власного життя, викристалізовується така, умовно кажучи, особистісна інтенція до практикування свободи самореалізації і самотрансформації. Отож поступово уважність стає товаром задля обслуговування особистісних прагнень людини до самовдосконалення та оптимізації власної продуктивності. Це, власне, породжує певний парадокс причинно-наслідкових зв'язків між зниженням і посиленням стресу. Дослідники наголошують на проявах побічних ефектів уважності як культурного феномену, адже саме практикування уважності може створювати умови, з якими одночасно й бореться, тобто сама уважність може викликати стрес або посилювати його наслідки (Nielsen, 2021, p. 52). Отже, операціоналізуючи використання концепції уважності, науковці наголошують на таких її основних контекстах, як-от відокремлення від буддизму, техніка для мас, етимологічне розширення, підтримання романтичної західної концепції особистості і, зрештою, товар в індустрії самодопомоги (McMahan & Braun, 2017).

Суттєвий внесок у теорію усвідомленості додали останні дослідження проблеми психічного здоров'я і добробуту, проведені під час пандемії COVID-19. Так, усвідомленість діє як буфер у подоланні підвищеного рівня стресу в часи кризи або невизначеності, зокрема в ситуації пандемії COVID-19. Крім цього, результати підтверджують попередні дослідження, які припускають, що такі особистісні показники, як усвідомленість і резилієнс, можуть бути корисними для розуміння механізмів пом'якшення проблем, пов'язаних зі стресом, тривогою, депресією тощо (Bharti et al., 2023).

Усвідомленість як риса характеру (*trait mindfulness*), тобто усвідомлення власного досвіду без осудження в момент тут і тепер, зумовлює самоефективність і стратегії опанування в контексті пандемії COVID-19. Дослідники підкреслюють, що усвідомленість як захисний фактор позитивно впливає на вирішення психологічних проблем під час пандемії (Schmiedeler et al., 2023). Також результати досліджень показують, що усвідомленість може пом'якшувати психосоціальні наслідки колективної травми і захищати від негативних наслідків дії вторинних стресорів, як-от втрата роботи, заробітку тощо (Lorenzini et al., 2023). За результатами метааналізу досліджень з окресленої тематики науковці дійшли висновку, що усвідомленість є захисним фактором від негативних психологічних реакцій, викликаних пандемією коронавірусу (Grosso et al., 2023).

Результати останніх досліджень підтвердили, що усвідомленість має пом'якшувальний ефект, зумовлює буферизацію травматичних реакцій на COVID-19. Звідси висновок, що усвідомлення власного стану може пом'якшувати симптоми посттравматичного стресу незалежно від тяжкості перебігу хвороби коронавірусу. Отже, втручання на основі усвідомлюваності доцільно використовувати як елемент профілактичної освіти в галузі психічного здоров'я широких верств населення і для вирішення непередбачених кризових ситуацій (Liu et al., 2023).

Вагомими також є результати оглядового аналізу наукових досліджень, проведених від початку пандемії COVID-19, де втручання на основі усвідомлюваності використовувалися як інструменти емоційної регуляції і були спрямовані на підвищення здатності людей долати загальний стрес, викликаний зараженням коронавірусом, обмеженням свободи, втратою близьких або стабільної роботи. За результатами аналізу шести баз даних (PubMed, Medline, Embase, Scopus, Web of Science, Science Direct) встановлено, що в ситуаціях емоційного стресу, наприклад обмеження свободи у зв'язку з карантинними заходами, втручання на основі усвідомлюваності можуть бути практичним інструментом емоційної регуляції задля подолання страху, тривоги і депресії. Медитативне дихання мало позитивний потенціал для поліпшення функції легень і зменшення болю під час хвороби. Крім цього, практики усвідомлюваності можуть бути загальним інструментом самоконтролю задля боротьби зі стресом, подолання занепокоєнь і постійних роздумів як у хворих, так і тих, хто боїться захворіти. Наприклад, тренування на основі MBSR може поліпшити фізичне функціонування та зменшити інтенсивність болю і дистресу у пацієнтів з хронічним стресом. Формулюючи загальний висновок, дослідники зауважують, що стратегії опанування, засновані на усвідомлюваності, довели свою корисність у подоланні невизначених і швидкоплинних ситуацій, які провокують стрес, занепокоєння, депресію і всі симптоми емоційної дисрегуляції, і як результат – набуття особистістю стійкості. Отже, науковці переконані, що розвиток стійкості має стати важливим компонентом як освітніх програм, так і профілактичних практик у навчальних і трудових колективах, а також у повсякденному житті (López-Ramón et al., 2023).

Ще один вагомий доробок – результат вивчення усвідомленості у взаємозв'язку з травмою, пов'язаною з пандемією коронавірусу і соціальним функціонуванням молоді. Дослідження показали, що від початку пандемії відсоток людей із симптомами ПТСР збільшився і саме цей прошарок мав труднощі із соціальним функціонуванням. Отримано наукове підтвердження того, що втручання на основі усвідомленості або акт усвідомлення себе і свого оточення в теперішній момент допомогли полегшити симптоми ПТСР і якість соціального функціонування. Отже, молоді люди, що мають низький рівень ПТСР унаслідок пандемії COVID-19, використовують усвідомлені стратегії опанування стресу, які помітно знижують імовірність дефіциту соціального функціонування (Michel et al., 2021).

Завдяки дослідженню суб'єктивного досвіду дозвілля і самопочуття студентів під час COVID-19 виявлено позитивні і значущі зв'язки між такими показниками, як-от суб'єктивні переживання (уважність, потік) і добробут (сенси життя, посттравматичне зростання). Результати свідчать про те, що різні процеси можуть бути використані для сприяння добробуту. Уважність може бути корисною для пошуку сенсу життя, оскільки ця практика допомагає визначити особисту цінність та уникнути суджень щодо аспектів поза контролем людини. Отже, суб'єктивне переживання стану уважності може бути корисним як механізм подолання для людей, які стикаються з труднощами (Berry et al., 2024).

Результати досліджень, проведених під час COVID-19, підтверджують актуальність більш глибокого вивчення причинно-наслідкових зв'язків між показниками усвідомленості, психологічної адаптації, страху COVID-19 і добробуту. Дослідники підкреслюють, що нова коронавірусна хвороба вплинула на всі аспекти життя людей, зокрема на психічне здоров'я, а саме на такі показники, як тривожність і депресія (Satici et al., 2024).

На нашу думку, потенціал майндфулнес-підходу задля збереження здоров'я людини в умовах війни доцільно розглядати крізь призму саме регенеративних, відновлювальних механізмів особистісної реінтеграції, а не адаптації як усталених практик опанування життєвих викликів.

Отже, теоретичний аналіз результатів досліджень показує, що буферний, пом'якшувальний ефект усвідомлюваності як риси характеру можна розглядати як певний майндфулнес-стан, захисний фактор від патогенних психологічних реакцій у часи важкої кризи чи катастрофи. Майндфулнес-стан може бути саме тим регенеративним імпульсом свідомості, який проявляється в катастрофічні моменти життя людини і може опосередковувати глибинні відновлювальні процеси як на мікро-, так і на макрорівні щодо збереження й дотримання здорового способу життя особистості.

Екстраполюючи положення теорії майндфулнес на сьогоденні реалії воєнного часу, вважаємо за доцільне розглядати цей феномен як *внутрішній регенеративний динамічний резерв* *зцілення особистості та відновлення функцій формування здорового способу життя українців в умовах війни*. Зокрема, як підкреслює К. МIRONЧАК, в умовах гібридної війни треба враховувати потужність такого внутрішньоособистісного ресурсу людини, як

свідоме опрацювання страху смерті. Дослідниця зауважує, що актуалізація і свідоме опрацювання страху смерті мінімізує і трансформує негативні наслідки травматичних ситуацій, позитивно впливає на процес особистісного життєтворення і сприяє посттравматичному зростанню особистості (Дворник & Мирончак, 2021).

Українська фахова спільнота вже понад десятиліття впроваджує програми на основі майндфулнес-втручання. Наукові дослідження підтверджують позитивний вплив регулярного використання практик майндфулнес на психологічний добробут і фізичне здоров'я людини. Майндфулнес-практики підтверджують свою ефективність не тільки в спеціалізованих протоколах когнітивно-поведінкової терапії, а й у консультуванні і коучингу. Розширене застосування майндфулнес-втручань у клінічній практиці спрямоване на плекання психічного здоров'я і резильєнтності, а також посилює ефекти психотерапії широкого спектру психічних розладів, як-от депресії, тривожні розлади, ПТСР, особистісні розлади тощо (Романчук, 2012).

Доцільність та ефективність практик майндфулнес, а саме цінність уважності, усе частіше знаходить підтвердження в останніх дослідженнях, присвячених вивченню конструктивних способів взаємодії з подіями власного життя. Сьогодні прийоми і техніки майндфулнес усе більше розглядають саме як певний спосіб взаємодії з подіями власного життя, а не інструмент саморозвитку. Показовими є здобутки сучасної психології, які розвінчують міфи щодо зв'язку між уважністю і самовдосконаленням. Суперечливі висновки щодо позитивного впливу медитації на самовдосконалення спонукали науковців до більш глибокого вивчення цінності уважності. Зокрема, проводилося дослідження для перевірки впливу короткотривалої індукції усвідомленості на самовдосконалення за допомогою вимірювань, а не самозвітів. Учасників було випадковим чином розподілено на дві групи. Перша група використовувала коротку практику усвідомленості, присутності в моменті без оцінювання та осуду ($N = 27$), у другій групі застосовували метод індукції блукання розуму – когнітивного феномену щодо створення нових ідей ($N = 27$). Обидві групи виконували завдання, у якому їх попросили приписати потенційну причину 80-ти певним подіям. Події могли включати «я» як актора або реципієнта; події могли бути як позитивними, так і негативними, упередженими (наприклад, я/Люсі похвалив Люсі/мене, тому що...; був такою людиною). Результати показали, що група, яка піддавалась індукції уважності, демонструвала менше випадків приписування позитиву подіям, але приписувала собі більше негативу порівняно з групою індукції блукання розуму. Крім того, група уважності не поспішала звинувачувати інших і не вагалася брати на себе відповідальність за негативні події, тоді як контрольна група демонструвала сильну тенденцію ізолювати себе від негативних подій. Отримані результати показують, що уважність сприяє культивуванню тихого его, зниженню особистої значущості подій, допомагає нейтралізувати зверхність, самозвеличення, а не сприяє самовдосконаленню, незалежно від того, позитивний чи негативний був контекст подій (Gu et al., 2024).

Разом з великим потенціалом майндфулнес-підходу в буферизації негативних наслідків надмірного стресу науковці звертають увагу на певні ризики і труднощі застосування практик усвідомленості. Під час нещодавно проведеного дослідження визначено, що серед осіб з високим ризиком суїциду через втручання на основі усвідомленості можуть виникати тривожність і важкі емоційні стани. Отримані результати засвідчили, що під час практикування усвідомленості такі труднощі були поширеними, але не показали підвищеного ризику серйозних клінічних наслідків – безпосередньо спроби самогубства чи психіатричної госпіталізації (Interian et al., 2024).

Підсумовуючи, можемо говорити про певну універсальність і безпековість застосування ресурсів майндфулнес-підходу у вирішенні завдань особистісного зцілення та відновлення здорового способу життя українців під час війни. Стратегії збереження здорового способу життя під час війни, що вибудовуються на основі механізмів зцілення і регенерації, можуть мати опосередкований вплив на глибинну трансформацію практик підтримання фізичного і психологічного здоров'я, а також підтримання добробуту інших. Ці практики передусім можуть бути пов'язані з усвідомленням власної спроможності долати стрес і негативні емоційні стани, відновленням довіри до світу, інших і до самого себе. З огляду на те, що більшість населення на час повномасштабного вторгнення не мало вибудованих, сталих психологічних практик самовідновлення, можна вважати, що на теперішній момент ми спостерігаємо процес регенерації, розвиток усвідомленості особистості, певного «ознайомлення» з власними інсайтами щодо внутрішніх психологічних резервів зцілення. Також специфіка конструювання індивідуальних стратегій і форм активності щодо збереження здорового способу життя під час війни зумовлена актуалізацією страху смерті як внутрішньоособистісного ресурсу життєтворення і посттравматичного зростання особистості. Тому можна провести певні паралелі між масштабуванням практик регенерації, зцілення, майндфулнес-імпульсів людської свідомості та інтеграції катастрофічних соціально-психологічних наслідків воєнного часу в буденне сприйняття життя.

Отже, *майндфулнес-стан* як прояв регенеративного імпульсу до посттравматичного зростання особистості в умовах війни може виконувати функцію *буферизації* – підсилювати емоційну і когнітивну стійкість, сприяти усвідомленому відповідальному ставленню до вибудовування нових, зцілювальних стратегій збереження здорового способу життя.

3.1.2. Роль і функції майндфулнес-практик у буферизації втрат війни: емпіричний вимір

З погляду психологічної науки війна є надзвичайним психологічним подразником для людини і суспільства. Вона торкнулася кожного, незважаючи на соціальний статус, професійні навички та особистісні характеристики. Війна як соціально-психологічне фіаско, що зумовлює крах віри в людську гідність і людяність, підриває підвалини соціальної справедливості, спричиняє тотальну

дезорієнтацією в ціннісно-смысловій сфері особистості, опрацювання досвіду переживання катастрофічних людських, майнових соціальних і психологічних втрат.

Під час війни здоровий спосіб життя стає запорукою як фізіологічного виживання людини, так і неодмінною умовою збереження цілісності особистості, її спроможності чинити опір щоденним стресам. У відповідь на організовані збройні насильницькі дії держави-агресора відбувається активація захисних регенераційних процесів як на рівні соціального функціонування, міжособистісної взаємодії, так і на рівні індивідуально-психологічному, ціннісному і духовному.

Теорія горя обстоює думку, що захисні механізми, які актуалізуються в сильних стресових ситуаціях, виконують роль «психологічної імунної системи», яка й дає змогу зберігати психологічний добробут завдяки витісненню, ігноруванню, униканню стресової реальності. Це насамперед стосується такої сильної емоції, як страх (безперечний супутник горювання). Утім, на думку Shear (2011), «уникання зіткнення з реальністю» перешкоджає успішній адаптації до втрати; у цьому разі гостре горе набуває форми ускладненого хронічного горя, яке коригується значно важче і вимагає від того, хто горює, ще більших зусиль, ніж він міг би докласти в разі адаптації в період гострого горя.

Отже, витіснення, ігнорування та уникання стресової реальності, з погляду збереження психологічного добробуту в реаліях війни з великою інтенсивністю раптових втрат і необхідністю перебудовувати власне життя, побут і щоденний уклад, не є для особистості ефективними захисними механізмами.

Аналізуючи горювання в епігенетичній парадигмі, Neimeyer (2015) зазначає, що горе можна сприймати не тільки як сукупність симптомів чи стадій, а і як неперервний розвиток, зумовлений необхідністю примирення з втратою. Науковець підкреслює, що горе є інтерпретаційно-комунікативною діяльністю, що виникає в контексті біології, психології, соціального і культурного середовища; воно дуже різноманітне за своїми формами і прогресуванням.

Розглядаючи можливості посттравматичного зростання, властивого багатьом з тих, хто зіткнувся з втратою, критичним перебігом нормативних криз, смертю коханої людини чи невирішуваними екзистенційними питаннями, науковці звертаються до моделі подвійних процесів у подоланні втрати. Модель подвійних процесів (DPM), авторами якої є M. Stroebe і H. Schut (1999), інтегрує теорію когнітивного стресу і традиційні теорії горя. Згідно з DPM, ефективне подолання горювання охоплює стресори, пов'язані з втратою (loss-oriented, LO), і стресори, спрямовані на відновлення (restoration-oriented, RO). Стресори, пов'язані з втратою (LO), визначають переживання втрати померлої людини (наприклад, переживаючи горе, шукаючи сенс втрати, аналізуючи її). Вони охоплюють ситуації, коли людина стикається з втратою відносин і зв'язків з об'єктом прихильності. Вплив таких стресорів може бути зумовлений такими зовнішніми подіями, як-от бесіда зі знайомим або внутрішні

переживання через спогади чи образи снів; крім того, сюди можна віднести «болісні» неконтрольовані емоції (тугу, самотність), які виникають унаслідок втрати і з якими потрібно якось упоратися. Натомість стресові реакції, спрямовані на відновлення (RO), передбачають подолання вторинних стресових ситуацій. Останні виникають як наслідок тривоги, пов'язаної зі зміною способу життя і психосоціальними змінами після втрати, й охоплюють такі стресові фактори, як-от фінансові, побутові, зміни статусу чи ролі особистості (наприклад, перехід зі статусу дружини в статус удови), обов'язків і міжособистісних стосунків.

Вважаємо, що ця модель влучно розкриває процес ефективної адаптації до втрат, пов'язаних із війною, і можливості посттравматичного зростання особистості в сучасних реаліях. Отже, ключовим аспектом моделі подвійних процесів у переживанні втрати є те, що під час горювання в повсякденному житті всі люди стикаються з необхідністю переводити увагу із ситуацій, що вимагають зосередженості на втраті, на ситуації, спрямовані на відновлення, і навпаки. Це динамічний процес, коли зосередженість на втраті і зосередженість на відновленні змінюють одна одну. Тобто здатність ефективно опановувати втрату близької людини передбачає вміння бути гнучким у різних ситуаціях, зокрема в сприйнятті свого актуального стану. Згідно з моделлю M. Stroebe і H. Schut (1999), адаптація до втрати полягає в коливанні між двома спрямуваннями – зосередженістю на втраті (прийнятті і визнанні втрати) і зосередженістю на відновленні. Ці коливання відбуваються доти, поки не буде знайдено сенс як у втрачених відносинах, так і в новому (повторно) побудованому житті.

Отже, можна говорити про те, що дотримання здорового способу життя під час війни вимагає ефективної адаптації до втрат, пов'язаних із війною, усвідомленого розуміння реальності, прийняття невідворотності тривалої боротьби з важкими втратами і життєвою кризою.

У понять «mindfulness» і «посттравматичне зростання» є певні перетини. Автор терміна «mindfulness» Джон Кабат-Зінн тлумачив його як «безоцінкову усвідомленість, що виникає в результаті свідомого скеровування уваги на теперішній момент власного досвіду», що справді уможливлює самоцілення (Kabat-Zinn, 1982). Натомість автори терміна «посттравматичне зростання» Р. Тедескі і Л. Калхун посттравматичне зростання розуміють як досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною внаслідок боротьби з травмою або зіткнення зі складними життєвими кризами, серйозними травмувальними ситуаціями і подіями (Tedeschi & Calhoun, 2004). Отже, майндфулнес як певний стан свідомості, що проявляється в процесі долаття травматичних ситуацій воєнного часу, опосередковує посттравматичне зцілення особистості, спонукає до вибудовування нових способів підтримання і збереження власного здоров'я.

Посередницька роль майндфулнес з погляду динаміки позитивних трансформацій у формуванні стратегій здорового способу життя під час війни, на нашу думку, може бути операціоналізована в динаміці внутрішніх змін, а саме тих, що пов'язані зі зростанням почуття особистісної сили і підвищення цінності життя. Для наочності розуміння ролі майндфулнес-стратегій та

опосередкованості взаємозв'язків між осмисленням, вправлінням з досвідом війни і позитивними внутрішніми змінами ми розробили *динамічну модель* (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Модель посередницької ролі майндфулнес у динаміці позитивних трансформацій щодо формування стратегій здорового способу життя під час війни

Отже, майндфулнес-стратегії формування здорового способу життя здатні забезпечити підґрунтя для позитивної динаміки внутрішніх змін. Причому буферний ефект майндфулнес-стану може забезпечити довільність, автономність, відповідальність у вибудовуванні індивідуальних стратегій збереження та відновлення власного здоров'я лише за умови рефлексії позитивних особистісних і ціннісних трансформацій, пов'язаних з переживанням досвіду війни.

Метою нашого емпіричного дослідження є визначення специфіки та функцій майндфулнес-стратегій у формуванні здорового способу життя особистості під час війни.

Ми розглядаємо формування здорового способу життя в умовах війни з позицій стратегічного підходу – як активну діяльність людини, спрямовану на розвиток, збереження і відтворення здоров'я (Дворник, 2023). На нашу думку,

стратегічний підхід до формування здорового способу життя в умовах війни передбачає переосмислення вагомості та функціональності самих соціально-психологічних практик підтримання здоров'я населення.

Ми виходили з припущення, що дотримання ЗСЖ під час війни, в умовах психічного і психологічного виснаження є проявом орієнтації на *відновлення функцій підтримання і збереження власного здоров'я*. А усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу як мотивувального чинника досягнення ЗСЖ запускає механізми посттравматичного рефокусування на власній стійкості та ціннісному ставленні до збереження життя.

Щоб з'ясувати посередницьку роль майндфулнес і позитивних трансформацій у формуванні стратегій здорового способу життя під час війни, ми розробили психодіагностичний інструментарій (Ларіна, 2023) і провели емпіричне дослідження. Дані було зібрано з участю 6077 респондентів, до аналізу відтак включено 6042 відповіді (див. підрозділ 2.1). Оскільки наше дослідження проводилося як наукова розвідка безпосередньо у воєнний час, ми ставили за мету статистично перевірити, чи з однаковою імовірністю досліджувані обирають як спонуку щодо дотримання ЗСЖ усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу відповідно до різних соціодемографічних категорій і практик збереження/відновлення здорового способу життя.

Для перевірки гіпотези ми застосовували критерій узгодженості Пірсона, або критерій згоди χ^2 (хі-квадрат), який доцільно використовувати для номінативних шкал. Обчислення проводили за допомогою статистичного пакету SPSS Statistics, версія 27.0.

Отже, для емпіричного визначення ролі усвідомленості стрес-фактору в дотриманні ЗСЖ під час війни до загальної анкети «Здоровий спосіб життя українців під час війни» серед спонукальних чинників щодо дотримання здорового способу життя було включено варіант «усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу» (Дворник та ін., 2024).

Результати загального частотного розподілу відповідей на запропоноване питання показали, що усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу спонукає дотримуватися ЗСЖ близько третини досліджуваних (31,4%). Це можна вважати показником певної емоційно-когнітивної стійкості, принаймні третини вибірки, свідомого рефокусування на збереження/відновлення власного здоров'я в умовах війни.

Також отримані результати демонструють статистично значущі відмінності між такими соціодемографічними характеристиками, як-от *стать, вік, рівень освіти, теперішнє місце проживання, типи професій*, та усвідомленням стрес-фактору під кутом зору дотримання ЗСЖ під час війни.

Отже, серед тих, хто враховує стрес-фактор, більшою є частка жінок та осіб які визначаються інакше. Так, жінки частіше, ніж чоловіки, керуються усвідомленням руйнівного впливу надмірного стресу як спонукальним чинником дотримання ЗСЖ. А чоловіки, відповідно, частіше ігнорують руйнівний вплив надмірного стресу, коли йдеться про дотримання ЗСЖ в умовах війни.

Також усвідомлення стрес-фактору для дотримання ЗСЖ частіше спостерігається серед юнаків (до 20 років), молоді (від 20 до 29 років), зрілих (від 50 до 59 років) та людей літнього віку (від 60 до 69 років; 70 років та старше). Тих, хто ігнорує наслідки руйнівного впливу надмірного стресу на дотримання ЗСЖ, більше серед молодих (від 30 до 39 років) і зрілих (від 40 до 49 років) людей.

Серед умотивованих стресом осіб більша частка респондентів з повною вищою освітою і з науковим ступенем, аніж тих, хто має неповну середню, повну середню і незакінчену вищу/середню спеціальну. Отже, особи з вищою освітою і науковим ступенем як спонукальним чинником дотримання ЗСЖ частіше керуються усвідомленням руйнівного впливу надмірного стресу, ніж ті, хто має неповну середню, повну середню і незакінчену вищу/середню спеціальну освіту. Відповідно, чим вищим є рівень освіти, тим більша ймовірність того, що людина не буде ігнорувати руйнівні наслідки надмірного стресу для дотримання ЗСЖ в умовах війни.

Більшою є частка вмотивованих стресом серед респондентів, що мешкають у Києві/області і за кордоном. А серед тих, хто мешкає в прифронтових зонах / окупації та в інших частинах України, більша частка тих, хто ігнорує руйнівні наслідки надмірного стресу в дотриманні ЗСЖ під час війни.

Усвідомлення стрес-фактору частіше спостерігається серед осіб, які належать до типу професій «людина-знакові системи» і «людина-художній образ». А тих, хто ігнорує стрес, більше серед осіб, які належать до типу професій «людина-людина», «людина-техніка» і «людина-природа» (табл. 3.1).

Статистично значущі відмінності виявлено в частотному розподілі щодо фокусу уваги задля турботи про здоровий спосіб життя в сучасних умовах та усвідомленні стрес-фактору. Серед тих, хто ігнорує стрес-фактор у дотриманні ЗСЖ, частіше трапляються ті, хто фокусується на відмові від шкідливих звичок (75,6%). Серед тих, хто усвідомлює стрес-фактор, переважають ті, що спрямовані на дотримання вже наявних, знайомих звичок, корисних для здоров'я (33,3%), формування нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту (34,3%). Ті, хто усвідомлює стрес-фактор, вважають, що, турбуючись про власне здоров'я, у сучасних умовах слід фокусуватися як на відмові від шкідливих звичок, дотриманні корисних звичок, так і на формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту (34,6%) (табл. 3.2).

Статистично значущі відмінності виявлено і в частотному розподілі між кількістю втрат і фактором умотивованості стресом задля збереження, відновлення ЗСЖ. Серед тих, хто ігнорує стрес, більшою є частка тих, хто або не має втрат, пов'язаних із війною (34,2%), або має тільки одну якусь втрату (42,8%). А серед умотивованих стресом осіб більша частка тих, хто має дві і більше втрат, пов'язаних із війною (табл. 3.3).

Таблиця 3.1

**Узгодженість між умотивованістю стресом
(усвідомленням руйнівного впливу надмірного стресу) щодо
дотримання ЗСЖ та соціодемографічними характеристиками**

Соціодемографічні характеристики		Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу		
		спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=1898)	не спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=4144)	χ^2
Стать	чоловіки	26,1	73,9**	119,623
	жінки	39,4**	60,6	
	особи, що визначаються інакше	40**	60	
Вік	до 20 років	37**	63	34,593
	від 20 до 29 років	37**	63	
	від 30 до 39 років	31,2	68,8**	
	від 40 до 49 років	27,7	72,3**	
	від 50 до 59 років	34,8**	65,2	
	Від 60 до 69 років	33,6**	66,4	
	70 років та старше	54,4**	45,5	
Рівень освіти	неповна середня	15,9	84,1**	130,027
	повна середня	23,4	76,6**	
	незакінчена вища/середня спеціальна	27,4	72,6**	
	повна вища	37,2**	62,8	
	науковий ступінь	51,9**	48,1	
Місце проживання	Прифронтові зони/окупація	29,7	70,3**	60,809
	Інші частини України	30,2	69,8**	
	Київ та область	44,5**	55,5	
	Захід України	30,1	69,9**	
	За кордоном	54,3**	45,7	
	не визначено	22,9	77,1**	
Типи професій (за Є. О. Климовим)	Людина-природа	23,6	76,4**	65,026
	Людина-техніка	20,3	79,7**	
	Людина-людина	32,0	68**	
	Людина-знакові системи	39,7**	60,3	
	Людина-художній образ	40,5**	59,5	
	не визначено	28,4	71,6**	

****** $p < 0,001$

Таблиця 3.2

**Узгодженість між умотивованістю стресом і звичками
турбуватися про власне здоров'я для дотримання ЗСЖ**

Звички турбуватися про власне здоров'я		Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу		
		спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=1898)	не спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=4144)	χ^2
На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про здоровий спосіб життя в сучасних умовах?	Насамперед на відмові від шкідливих звичок	24,4	75,6**	56,573
	На дотриманні вже наявних, знайомих звичок, корисних для здоров'я	33,3**	66,7	
	На формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту	34,3**	65,7	
	На всьому переліченому	34,6**	65,4	
	Ні на чому	25,5	74,5**	

**** $p < 0,001$**

Таблиця 3.3

**Узгодженість між умотивованістю стресом
і досвідом втрат (кількість виборів)**

Досвід втрат		Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу		
		спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=1898)	не спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=4144)	χ^2
Досвід втрат (кількість виборів)	Немає втрат	24,7	34,2**	245,288
	1 втрата	33,9	42,8**	
	2 втрати	17,8**	12,3	
	3 втрати	12,3**	6,4	
	4 втрати	6,7**	2,6	
	5 втрат	4,6**	1,7	

**** $p < 0,001$**

Серед характеристик іншого специфічного досвіду, пов'язаного з повномасштабним вторгненням (бойовий військовий досвід, медична/домедична допомога, ліквідація наслідків, проживання під окупацією, безпосередньо постраждалих(-а) від обстрілів) статистично значущі відмінності виявлено тільки для досвіду волонтерства. З таблиці узгодженості (табл. 3.4) бачимо, що серед тих, хто має досвід волонтерства, умотивованих стресом більше (66,7%). А серед тих, хто не має такого досвіду, більша частка тих, хто ігнорує руйнівні наслідки надмірного стресу в дотриманні ЗСЖ під час війни (68,7%).

Серед тих, хто усвідомлює стрес-фактор, більша частка тих, хто фокусує свою увагу на двох чи більше практиках підтримання здоров'я в таких сферах, як-от базові потреби, спілкування, волонтерство, саморозвиток, рекреація, інформація.

Таблиця 3.4

Узгодженість між умотивованістю стресом і досвідом волонтерства

Волонтерство		Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу		
		спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=1898)	не спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=4144)	χ^2
Досвід волонтерства	маю досвід	66,7**	33,3	12,156
	не маю досвіду	31,3	68,7**	

** $p < 0,001$

Особи, умотивовані стресом війни, приділяють увагу більшій кількості практик підтримання базових потреб. А ті, хто ігнорує стрес-фактор, переважно фокусуються на якійсь одній практиці щодо підтримання базових потреб (54,1%). Особи, які ігнорують стрес у дотриманні ЗСЖ під час війни, частіше мають одну практику спілкування (68,3%), а особи, умотивовані стресом, – дві і більше (23%). Особи, які ігнорують стрес у дотриманні ЗСЖ під час війни, частіше мають одну практику волонтерства (78,7%), а особи, умотивовані стресом, – дві і більше (24,5%).

Отже, особи, які ігнорують стрес у дотриманні ЗСЖ під час війни, частіше реалізують одну з практик саморозвитку (будую плани, ставлю цілі; розширюю свої знання (наприклад, читаю спеціалізовану літературу); удосконалюю вміння/навички (приміром, граю на музичному інструменті); веду щоденник особистого досвіду; займаюся тілесними практиками; застосовую вправи на візуалізацію; використовую дихальні практики; медитую, практикую майндфулнес (75%), а особи, умотивовані стресом, – дві і більше (22,4%).

Особи, які ігнорують стрес у дотриманні ЗСЖ під час війни, також частіше мають лише одну з практик рекреації (усамітнююся; займаюся творчістю, наприклад хобі; подорожую; прогулююся місцевістю, де мешкаю; відновлююся в лікувально-курортних закладах; беру участь в оздоровчо-спортивних заходах; відвідую пізнавальні заходи (виставки, семінари, лекції, творчі зустрічі тощо); відвідую розважальні заходи (концерти, вечірки тощо); читаю художню літературу; відвідую ресторани/кафе; переглядаю фільми/серіали) (57,4%), а особи, умотивовані стресом, – дві і більше (21,8%).

Серед тих, хто враховує стрес-фактор, частіше трапляються ті, що фокусуються на кількох різних способах отримання інформації (дізнаюся про новини від найближчого оточення; звертаюся до експертних джерел; отримую інформацію з гумористичного контенту та ін.) (16,7%). Серед тих, хто ігнорує стрес-фактор, частіше трапляються особи, що фокусуються лише на одному способі отримання інформації (86,9%).

Урахування стрес-фактору також частіше зумовлює те, що респонденти або зовсім не приділяють увагу розвитку духовності (11,9%), або фокусуються на кількох різних практиках. Натомість серед тих, хто ігнорує стрес-фактор, частіше трапляються особи, що фокусуються тільки на одній практиці плекання власної духовності (78,6%).

Серед тих, хто ігнорує стрес-фактор, більша частка тих, хто або зовсім не звертається по фахову психологічну допомогу, намагається сам вирішувати проблеми (14,6%), або фокусується на якомусь одному способі вирішення психологічних проблем (82,5%). Серед тих, хто враховує стрес-фактор, частіше трапляються особи, що мають в арсеналі кілька практик вирішення психологічних проблем (5,8%) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Узгодженість між умотивованістю стресом
і практиками підтримання здоров'я під час війни**

Практики підтримання здоров'я		Усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу		χ^2
		спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=1898)	не спонукає дотримуватися ЗСЖ (%; n=4144)	
Базові потреби (кількість виборів)	1 практика	32,6	54,1**	263,409
	2 практики	20,2**	17,1	
	3 практики	25,7**	16,5	
	4 практики	9,3**	5,7	
	5 практик та більше	12,2**	6,6	
Спілкування (кількість виборів)	1 практика	47,8	68,3**	263,285
	2 практики	23**	16,7	
	3 практики	16,4**	9,7	
	4 практики	7,4**	3,4	
	5 практик та більше	5,4**	1,9	
Волонтерство (кількість практик)	1 практика	66,9	78,7**	97,730
	2 практики	24,5**	16	
	3 практики	6,7**	3,9	
	4 практик та більше	1,9**	1,4	
Саморозвиток (кількість виборів)	1 практика	57,5	75**	202,863
	2 практики	22,4**	15,1	
	3 практики	12,9**	6,6	
	4 практики	3,4**	1,8	
	5 практик та більше	3,8**	1,4	
Рекреація (кількість виборів)	1 практика	37,3	57,4**	269,363
	2 практики	21,8**	19,9	
	3 практики	18,6**	12,1	
	4 практики	9,1**	4,7	
	5 практик	6,1**	2,8	
	6 практик та більше	7,1**	3	
Інформація (кількість виборів)	1 практика	79,6	86,9**	54,753
	2 практики	16,7**	10,9	
	3 практики	3,7**	2,2	
Духовність (кількість виборів)	нічого	11,9**	9,5	46,676
	1 практика	71,1	78,6**	
	2 практики	11,2**	7,8	
	3 практики	3,2**	2,7	
	4 практик та більше	2,6**	1,4	
Психологічна допомога (кількість виборів)	нічого	10,9	14,6**	85,645
	1 практика	81,4	82,5**	
	2 практики	5,8**	2,4	
	3 практики	1,9**	0,5	

** $p < 0,001$

На наступному етапі дослідження нашою метою було емпіричним шляхом визначити роль майндфулнес у трансформації страждань, пов'язаних з досвідом війни. Для цього ми включили до загальної анкети «Здоровий спосіб життя українців під час війни» питання за шкалами опитувальника посттравматичного зростання «Особистісна сила» і «Визнання життя», розробленого Р. Тедескі і Л. Калхуном (адаптована українськомовна версія Д. Зубовського, 2018). Відповідно, ми модифікували інструкцію так: «Будь ласка, оцініть для кожного наведеного нижче твердження міру Ваших внутрішніх змін унаслідок усвідомлення досвіду, пов'язаного з повномасштабним вторгненням» (Дворник та ін., 2024).

Під час дослідження нашим завданням було перевірити такі гіпотези. Перша: згідно із зробленим нами припущенням, рівні таких показників посттравматичного зростання, як «Особистісна сила» і «Визнання життя», пов'язані із соціодемографічними характеристиками. Друга: усвідомлення зростаючого почуття особистісної сили і визнання цінності життя в умовах війни пов'язані зі способами турботи про власне здоров'я. Для перевірки гіпотез ми використовували критерій узгодженості Пірсона, або критерій згоди χ^2 (хі-квадрат), – непараметричний метод для номінативних шкал.

Ознаки за факторами «Особистісна сила» ($\alpha=0.88$) і «Визнання життя» ($\alpha=0.89$) визначалися за трьома рівнями: низький, середній і високий (рис. 3.2).

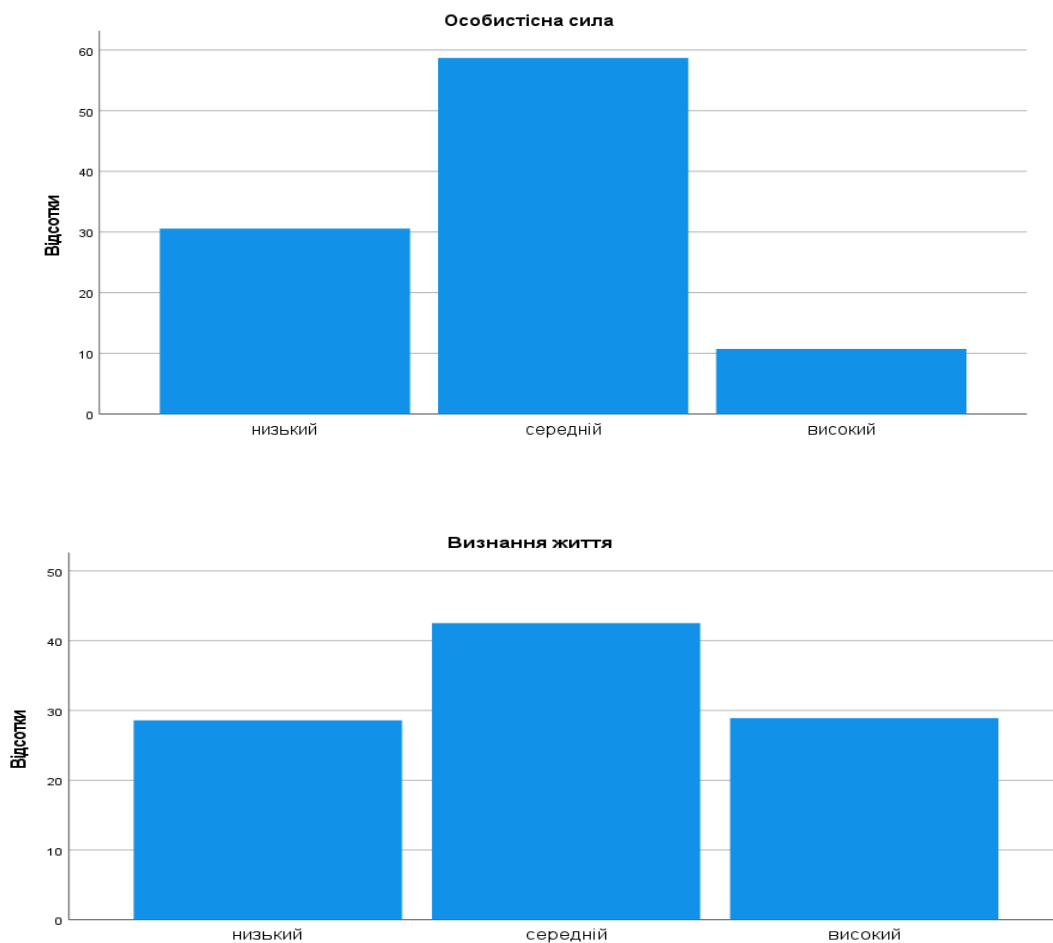


Рис. 3.2. Частотний розподіл за факторами «Особистісна сила» і «Визнання життя»

Як видно з діаграм, особистісні показники посттравматичного зростання у більшості респондентів перебувають на середньому рівні, відповідно у 58,7% опитаних – для «особистісної сили» і у 42,5% – для «визнання життя». Високий рівень усвідомлюваності позитивних внутрішніх змін, більшу впевненість у долатті труднощів, пов'язаних з досвідом повномасштабного вторгнення, мають 10,7% респондентів. А 28,9% опитаних стали краще усвідомлювати цінність власного життя.

Серед соціодемографічних характеристик статистично значущі відмінності рівнів усвідомлюваності позитивних внутрішніх змін виявлено для *статі, віку, рівня освіти, місця проживання, стану проживання (з ким?), рівня доходу*.

Високий рівень усвідомлення власної впевненості в долатті труднощів частіше трапляється серед жінок (14,4%). Чоловіки частіше демонструють середній рівень позитивних особистісних змін (59,1%). Суттєві зміни в життєвих пріоритетах частіше відмічають жінки (38,4%), а більшість чоловіків (43,3%) спостерігають помірні зміни в усвідомленні цінності власного життя.

У молоді (16-25 років) частіше спостерігається середній (62,5%) і високий (18,1%) рівень «особистісної сили». У віковій категорії від 40 до 49 років найчастіше трапляються особи з низьким рівнем особистісної сили. А серед тих, кому 50 років і більше, спостерігається середній рівень особистісної сили (60,4%).

Серед респондентів з низьким рівнем особистісної сили частіше трапляються особи з неповною середньою (36,3%) і повною середньою (33,6%) освітою. Особи із середнім рівнем особистісної сили частіше мають повну вищу (59,8%) або незакінчену вищу/середню спеціальну (58,7%) освіту. Високий рівень особистісної сили частіше притаманний особам з науковим ступенем. Також респонденти з повною вищою освітою (31,8%) частіше відмічають суттєву переоцінку, визнання цінності власного життя. Середній рівень «визнання життя» більшою мірою притаманний респондентам з науковим ступенем (45,5%) і незакінченою вищою/середньою спеціальною (44,7%) освітою (табл. 3.6).

Серед осіб з низьким рівнем «особистісної сили» частіше трапляються мешканці прифронтових зон / окупації (30,9%) і мешканці інших частин України (31,7%). Середній рівень переважає серед осіб, що мешкають за кордоном (64,3%) і на заході України (62,1%). А високий рівень «особистісної сили» частіше трапляється серед тих, хто мешкає за кордоном (22,9%) і в Києві та області (14,8%).

Особи, що проживають у розширеній родині (61,6%), з дитиною/дітьми (59,9%), з чоловіком (дружиною)/партнером(-кою) (59,5%), частіше мають середній рівень особистісної сили. Самотні респонденти (32,9%) і респонденти, що мешкають з чоловіком (дружиною)/партнером(-кою) і дитиною/дітьми (31,7%), частіше мають низький рівень особистісної сили. А особи з високим рівнем частіше трапляються серед тих, хто живе зі співмешканцями/друзями/побратимами (20,5%) і з дитиною/дітьми (15,2%).

Таблиця 3.6

**Узгодженість між рівнями особистісної сили й визнання життя
і соціодемографічними показниками**

Соціодемографічні показники		Рівень «особистісної сили»			Рівень «визнання життя»		
		низький (%) n=1847	середній (%) n=3546	високий (%) n=649	низький (%) n=1727	середній (%) n=2569	високий (%) n=1746
Стать	чоловіки	32,5	59,1**	8,3	34	43,3	22,7
	жінки	27,5	58,1	14,4**	20,3	41,3	38,4**
Критерій згоди		$\chi^2=64,676; **p < 0,001$			$\chi^2=221,186; **p < 0,001$		
Вік	від 16 до 25 років	19,4	62,5**	18,1**	Не виявлено		
	від 26 до 39 років	31,8	57,8	10,4			
	від 40 до 49 років	32,1**	58,4	9,5			
	від 50 років і старше	30,6	60,4**	9			
Критерій згоди		$\chi^2=64,901; **p < 0,001$					
Освіта	неповна середня	36,3**	56,1	7,6	37,6	37,6	24,8
	повна середня	33,6**	56,5	9,9	32,2	42,5	25,3
	незакінчена вища/середня спеціальна	31,5	58,7**	9,8	28,4	44,7**	26,9
	повна вища	28,6	59,8**	11,6	26,6	41,6	31,8**
	науковий ступінь	26	57,1	16,9	29,9	45,5**	24,7
Критерій згоди		$\chi^2=20,151; **p = 0,010$			$\chi^2=30,077; **p < 0,001$		

Особи, що живуть з чоловіком (дружиною)/партнером(-кою) і дитиною/дітьми (44,5%) і з батьками (44,2%), частіше мають середній рівень визнання життя. Відповідно, низький рівень більшою мірою притаманний тим, хто живе сам (36,3%), а високий – тим, хто мешкає з дитиною/дітьми (35,4%) або в розширеній родині (32,4%).

Також частотний розподіл респондентів за рівнем доходу і набуття впевненості в долатні життєвих труднощів під час війни демонструє, що зі збільшенням матеріальних статків зростають показники «особистісної сили» (табл. 3.7).

Серед характеристик здорового способу життя статистично значущі відмінності щодо рівнів усвідомлюваності позитивних внутрішніх змін виявлено для загальних показників ЗСЖ.

Серед респондентів, які вважають, що вони радше дотримуються, ніж не дотримуються ЗСЖ у сучасних умовах, частіше трапляються особи із середнім рівнем позитивних особистісних змін (62%). Серед тих, хто вважає, що зовсім не дотримується ЗСЖ, значна частка осіб з низьким рівнем «особистісної сили» (42,4%). Серед респондентів, які вважають, що цілком дотримуються ЗСЖ у сучасних умовах, частіше трапляються особи з високим рівнем позитивних особистісних змін (14,6%).

Таблиця 3.7

**Узгодженість між рівнями особистісної сили й визнання життя
і соціодемографічними показниками**

Соціодемографічні показники		Рівень «особистісної сили»			Рівень «визнання життя»		
		низький (%) n=1847	середній (%) n=3546	високий (%) n=649	низький (%) n=1727	середній (%) n=2569	високий (%) n=1746
Місце проживання	прифронтові зони / окупація	30,9**	57,5	11,6	не виявлено		
	Захід України	29,1	62,1**	8,8			
	за кордоном	12,9	64,3**	22,9**			
	інші частини України	31,7**	58,3	10			
	Київ та область	24,6	60,6	14,8**			
Критерій згоди		$\chi^2=39,379$; $**p < 0,001$					
Теперішній стан проживання	один (-на)	32,9**	54,3	12,8	36,3**	36,9	26,8
	з чол. (друж.) / партнером	29,5	59,5**	10,9	28,3	42,2	29,5
	з батьками	29,8	59,2	11	30,8	44,2**	25
	зі співмеш./ друзями	25,3	54,2	20,5**	30,1	41	28,9
	з чол. (друж.) / дітьми	31,7**	59,1	9,1	26,8	44,5**	28,8
	з дитиною/ дітьми	24,9	59,9**	15,2**	22,2	42,4	35,4**
	у розширеній родині	29,2	61,6**	9,2	28,5	39,1	32,4**
Критерій згоди		$\chi^2=36,662$; $**p < 0,001$			$\chi^2=47,604$; $**p < 0,001$		
Рівень доходу	низький	33,3	56,8	9,9	не виявлено		
	нижчий від середнього	32,1	57,7	10,2			
	середній	27,9	61,5**	10,6			
	вищий від середнього	24,8	61,4**	13,9			
	високий	25,6	46,5	27,9			
Критерій згоди		$\chi^2=52,157$; $**p < 0,001$					

Спостерігається статистично значуща відмінність у домінуванні провідних практик залежно від рівнів позитивних особистісних змін. Так, серед тих, хто фокусується на відмові від шкідливих звичок і дотриманні вже наявних, знайомих звичок, корисних для здоров'я, частіше трапляються особи з низьким рівнем особистісної сили (32,3%). А серед тих, хто зосереджується на формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту, частіше трапляються респонденти із середнім (62%) і високим (11,9%) рівнем «особистісної сили». Серед тих, хто не має сталих звичок щодо турботи про власне здоров'я, більша частка осіб з низьким рівнем «визнання життя» (44,7%) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Узгодженість між рівнями особистісної сили й визнання життя
і показниками ЗСЖ**

Показники ЗСЖ		Рівень «особистісної сили»			Рівень «визнання життя»		
		низький (%) n=1847	середній (%) n=3546	високий (%) n=649	низький (%) n=1727	середній (%) n=2569	високий (%) n=1746
Чи дотримується Ви здорового способу життя?	так	32	53,4	14,6**	не виявлено		
	радіше так	27,1	62**	10,9			
	важко відповісти	31	59,9	9,1			
	радіше ні	30,2	61,9	7,9			
	ні	42,4**	49,4	8,3			
Критерій згоди		$\chi^2=72,615$; $**p < 0,001$					
На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про здоровий спосіб життя в сучасних умовах?	відмова від шкідл. звичок	32,3**	57,2	10,5	31,6	41,5	26,9
	дотрим. корисних звичок	32,3**	58,2	9,6	31,2	42,7	26
	формування нових звичок	26,1	62**	11,9**	24,1	43,7	32,3
	усе переліч.	30,6	58,5	10,9	27,1	42,8	30,1
	нічого	31,9	59,6	8,5	44,7**	36,2	19,1
Критерій згоди		$\chi^2=14,564$; $**p = 0,068$			$\chi^2=33,596$; $**p < 0,001$		

За час повномасштабного вторгнення найчастіше респонденти відмічають досвід психологічних втрат (довіри, впевненості, цінностей тощо) (33,5%), відсутність досвіду втрат (31,2%) і смерть знайомої/близької людини (27,6%).

Серед тих, хто зазначив, що не має досвіду втрат, пов'язаних із війною, більше осіб з низьким рівнем усвідомленості «особистісної сили» і «визнання життя». Серед тих, хто має дві втрати, більша частка із середнім рівнем усвідомленості «особистісної сили» і «визнання життя». А серед тих, хто має чотири і більше втрат, частіше трапляються особи з високим рівнем як «особистісної сили», так і «визнання життя».

Серед респондентів, які не мають досвіду, пов'язаного з війною, частіше трапляються особи з низьким рівнем «особистісної сили» (32,4%). Ті, хто має два різновиди специфічного досвіду, частіше демонструють середній рівень «особистісної сили» (66%). А серед тих, хто має три і більше видів специфічного досвіду, більша частка осіб, що демонструють високий рівень «особистісної сили» (26,2%).

Особи, що не мають жодного досвіду переселення, мають здебільшого низький рівень «особистісної сили» (32,2%). А серед тих, хто має досвід переселення і всередині країни, і за кордоном, більшість опитаних демонструють середній (62,5%) і високий (16,7%) рівень «особистісної сили» (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Узгодженість між рівнями усвідомленості «особистісної сили» та «визнання життя» і досвідом, пов'язаним з повномасштабним вторгненням

Досвід у зв'язку з повномасштабним вторгненням		Рівень «особистісної сили»			Рівень «визнання життя»		
		низький (%) n=1847	середній (%) n=3546	високий (%) n=649	низький (%) n=1727	середній (%) n=2569	високий (%) n=1746
Досвід вимушеного переселення	всередині країни	27,2	60,6	12,2	не виявлено		
	за кордон	23,3	60,3	16,4			
	всередині країни і за кордоном	20,8	62,5**	16,7**			
	не маю	32,2**	58	9,9			
Критерій згоди		$\chi^2=36,370$; $**p < 0,001$					
Досвід втрат (кількість виборів)	1 втрата	28,5	62,1	9,5	27,3	43,9	28,8
	2 втрати	26,5	63,1**	10,4	20,8	44,7**	34,6
	3 втрати	25,4	61,2	13,4	22,2	43,6	34,2
	4 і більше	30,2	55	14,8**	24	39,4	36,6**
	не маю	36,6**	52,5	11	36,4**	40,1	23,4
Критерій згоди		$\chi^2=69,157$; $**p < 0,001$			$\chi^2=117,667$; $**p < 0,001$		
Інший досвід (кількість виборів)	1 досвід	29,4	60,4	10,2	не виявлено		
	2 досвіду	20,5	66**	13,4			
	3 і більше	18,4	55,1	26,2**			
	не маю	32,4**	57,2	10,4			
Критерій згоди		$\chi^2=50,274$; $**p < 0,001$					

Найбільше труднощів у дотриманні ЗСЖ зазнали особи із середнім рівнем особистісної сили (54,8%) саме на етапі тривоги (лютий-травень 2022 року), а найменше – респонденти з низьким рівнем особистісної сили (7,5%) на етапі резильєнтності (червень 2022 – лютий 2023 року). Найбільша ж частка респондентів з низьким рівнем особистісної сили частіше вказують на те, що взагалі не мали труднощів з дотриманням ЗСЖ під час війни (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Узгодженість між рівнями усвідомленості «особистісної сили» і етапами повномасштабного вторгнення, на яких респонденти відчували найбільші труднощі в дотриманні здорового способу життя

Етапи повномасштабного вторгнення		Рівні «особистісної сили»			χ^2
		низький (%) (%; n=1847)	середній (%) (%; n=3546)	високий (%) (%; n=649)	
На якому етапі повномасштабного вторгнення Ви відчували найбільші труднощі в дотриманні здорового способу життя?	лютий-травень 2022 року	44,3	54,8**	54,5	87,576
	червень 2022 року – лютий 2023 року	7,5**	8,8	10,4	
	березень 2023 року – теперішній час	15,3	14,2	10,5	
	немає труднощів	32,9	22,2	24,6	

$**p < 0,001$

Особи з низьким рівнем усвідомлюваності «особистісної сили» частіше намагаються підтримувати робочий процес під час війни у звичному режимі, а особи з високим рівнем частіше використовують нові способи виконання звичних завдань, мають нову роботу/навчання або ж негативні робочі практики (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

**Узгодженість між усвідомленістю «особистісної сили»
і робочими практиками для підтримання здоров'я**

Робота		Рівні «особистісної сили»			χ^2
		низький (%; n=1847)	середній (%; n=3546)	високий (%; n=649)	
Робочі практики	підтримую робочий процес у звичному режимі	84,3**	80,2	68,1	78,461
	використовую нові способи виконувати звичні завдання	8,4	10,1	16,2**	
	маю нову роботу/навчання	3,8	5,5	7,7**	
	маю негативні робочі практики	3,5	4,3	8**	

**** $p < 0,001$**

Особи з високим рівнем «особистісної сили» і «визнання життя» частіше приділяють увагу підтриманню базових потреб, аніж респонденти з низьким і середнім рівнями «особистісної сили» й «визнання життя». Причому особи, зосереджені тільки на якійсь одній практиці підтримання базових потреб, частіше мають низький рівень усвідомлення «особистісної сили» і «визнання життя» в доланні втрат війни. Особи, що зазначають дві практики підтримання базових потреб, частіше мають низький рівень «особистісної сили» і середній рівень «визнання життя». А особи, що мають три і більше практик підтримання базових потреб, частіше мають високий рівень «особистісної сили» й «визнання життя» в доланні втрат війни. Така сама тенденція спостерігається щодо інших практик підтримання здоров'я в умовах війни, як-от спілкування, волонтерство, розвиток духовності, практики саморозвитку і рекреаційні практики (табл. 3.12).

Узагальнюючи отримані результати, можемо підсумувати, що більшість респондентів вважають, що радше дотримуються ЗСЖ у сучасних умовах і мають середні показники «особистісної сили». А серед тих, хто зовсім не дотримується ЗСЖ, переважають особи з низьким рівнем «особистісної сили».

Для більшості респондентів характерними є середні показники зростання почуття особистісної сили. Вони зосереджуються на формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту в умовах війни. Натомість фокусуються на відмові від шкідливих звичок і дотриманні вже наявних, знайомих звичок, корисних для здоров'я, частіше особи з низьким рівнем «особистісної сили». А серед тих, хто не має сталих звичок щодо турботи про власне здоров'я, частіше трапляються особи з низьким рівнем «визнання життя».

Таблиця 3.12

**Узгодженість між рівнями «особистісної сили»
і варіативністю практик підтримання здоров'я**

Практики підтримання здоров'я		Рівень «особистісної сили»			Рівень «визнання життя»		
		низький (%) n=1847	середній (%) n=3546	високий (%) n=649	низький (%) n=1727	середній (%) n=2569	високий (%) n=1746
Базові потреби (кількість виборів)	1	51,2**	47,3	36,5	52,9**	47,5	41,8
	2	19,8**	17,3	17,6	17,7	19,3**	16,7
	3	16,3	20,6	21**	16,1	20	21,7**
	4	5,9	6,6	11,1	6	6	8,9
	5	3,8	3,8	6,5	4,5	3,1	5,2
	6	3	4,3	7,4	2,8	4,2	5,7
Критерій згоди		$\chi^2=90,467$; ** $p < 0,001$			$\chi^2=76,328$; ** $p < 0,001$		
Спілкування (кількість виборів)	1	67,3**	61,4	49,2	69**	62,5	54
	2	18,9**	18,6	18,8	17,2	19,1	19,5**
	3	8,2	12,6	17,9**	8,1	11,4	16,1**
	4	3,4	4,7	8,2	3,4	4,2	6,5
	≥5	2,3	2,7	6	2,3	2,7	3,8
Критерій згоди		$\chi^2=115,952$; ** $p < 0,001$			$\chi^2=109,773$; ** $p < 0,001$		
Волонтерство (кількість практик)	1	80,3**	73,7	67	80,5**	75	69,6
	2	15	19,9	22,8**	13,8	19,6	22,1**
	3	3,3	5,1	7,4	4,2	4,4	6
	≥4	1,4	1,4	2,8	1,5	1	2,3
Критерій згоди		$\chi^2=60,536$; ** $p < 0,001$			$\chi^2=66,897$; ** $p < 0,001$		
Духовність (кількість виборів)	немає	13,5**	8,9	8,2	14,6**	9,2	7,4
	1	76,8**	76,6	72,1	76,3	77,5**	74,3
	2	6,7	9,8	10,2	5,9	9,2	11,3
	3	1,7	3	5,2	2	2,6	4,2
	4	1,2	1,6	4,3	1,2	1,6	2,7
Критерій згоди		$\chi^2=92,971$; ** $p < 0,001$			$\chi^2=107,409$; ** $p < 0,001$		
Саморозвиток (кількість виборів)	1	75,7**	69	55,7	74,7**	70,4	63,4
	2	15,4	17,9	20,6**	14,4	17,2	20,7**
	3	6,5	8,7	13,9	8,1	8,1	9,8
	4	1,3	2,6	3,9	1,4	2,3	3,3
	≥5	1,1	1,9	5,9	1,5	2	2,8
Критерій згоди		$\chi^2=135,401$; ** $p < 0,001$			$\chi^2=62,275$; ** $p < 0,001$		
Рекреація (кількість виборів)	1	54,8**	50,8	42,1	57,3**	51	45
	2	21,6**	20,7	16,8	19,9	21**	20,4
	3	12,4	14,9	15,3**	11,2	14,5	16,6**
	4	5,9	5,6	9,2	5,3	5,8	7,3
	5	2,4	3,9	7,1	3	3,5	5,1
	≥6	2,9	4,1	9,6	3,3	4,2	5,5
Критерій згоди		$\chi^2=116,662$; ** $p < 0,001$			$\chi^2=135,203$; ** $p < 0,001$		

Загалом, аналіз впливу соціодемографічних чинників на рівень «особистісної сили» і «визнання життя» як індикаторів посттравматичного зростання особистості показав, що жінки частіше демонструють високі показники «особистісної сили» й «цінності життя», ніж чоловіки. Молодь віком від 16 до 25 років і зрілі люди 50 років і старше є більш стійкими в доланні досвіду негараздів воєнного часу порівняно з іншими віковими категоріями.

Люди з вищою освітою частіше демонструють високий рівень позитивних внутрішніх змін. Найнижчі показники посттравматичного зростання спостерігаються у мешканців прифронтових зон і зон окупації – порівняно з тими, хто перебуває за кордоном або мешкає в західних регіонах України. Зростання показників «особистісної сили» і «визнання життя» залежить від соціального оточення. Частіше потенціал до посттравматичного зростання демонструють особи, що проживають у розширеній родині, з дитиною/дітьми або з чоловіком (дружиною)/партнером (партнеркою), ніж ті, хто мешкає сам. Також із зростанням рівня доходу збільшуються й показники «особистісної сили».

Позитивна динаміка відчуття внутрішньої сили залежить від релевантної взаємодії з труднощами дотримання ЗСЖ під час повномасштабного вторгнення (лютий-травень 2022 року). Так, особи з низьким рівнем «особистісної сили» частіше демонструють ігноруюче ставлення до ситуаційних викликів актуальної воєнної ситуації.

Особам із більш виявленим відчуттям «особистісної сили» притаманне використання нових способів виконання звичних робочих завдань або експериментування з робочими практиками (нова робота/навчання або негативні робочі практики). Натомість особи з низьким рівнем «особистісної сили» частіше намагаються підтримувати робочий процес у звичному режимі.

Особистісні показники посттравматичного зростання підсилюються безпосередньо з набуттям досвіду, пов'язаного з війною. Найвищі показники зростання «особистісної сили» і «визнання життя», внутрішньої стійкості перед війною частіше спостерігаються в осіб, що мають досвід переселення і всередині країни, і за кордон, пережили три і більше втрати, мають широкую палітру специфічного досвіду, безпосередньо пов'язаного з війною.

Отже, зростання почуття «особистісної сили» та підвищення цінності життя позначається на варіативності підходів до збереження, відновлення і підтримання здорового способу життя в умовах війни. Усвідомлення зміцнення «особистісної сили» позитивно впливає на здатність підтримувати ЗСЖ. В осіб з різним рівнем прояву «особистісної сили» та «визнання життя» різні стратегії дотримання ЗСЖ. Усвідомлення власної спроможності ефективно вправлятися з травматичним досвідом війни зумовлює домінування стратегій пошуку нових способів поліпшення здоров'я і добробуту. А ті, хто демонструє низькі показники «особистісної сили», частіше обирають стратегії уникнення шкідливих для здоров'я факторів і дотримання знайомих корисних для здоров'я звичок. Натомість знецінене ставлення до життя найчастіше відображається в тому, що людина не має цілеспрямованих практик щодо дотримання ЗСЖ в умовах війни.

3.1.3. Особливості промоції майндфулнес-стратегій у відновленні здорового способу життя особистості, що переживає війну

Отримані результати дослідження особистісних механізмів майндфулнес у нарощуванні усвідомленої стійкості особистості до реалій війни підтверджують актуальність і своєчасність визначення майндфулнес-орієнтованих підходів до промоції відновлення здорового способу життя особистості в сучасних умовах.

Отже, можна говорити про активаційну роль майндфулнес-стану, усвідомленості стрес-фактору щодо формування стратегій турботи про власне здоров'я під час війни. Майндфулнес-стан дає змогу утримувати фокус уваги, з одного боку, на вправлянні з досвідом, пов'язаним із повномасштабним вторгненням, а з іншого – на формуванні нових звичок турботи про власне здоров'я (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Активаційна роль майндфулнес-стану, усвідомленості стрес-фактору у формуванні ЗСЖ під час війни

Майндфулнес-стратегії турботи про власне здоров'я чутливі до певних соціодемографічних чинників, як-от: стать, вік, освіта, місце проживання, стан проживання та рівень доходу, що підтверджено вище емпірично. Отже, можна говорити про важливість посилення психоедукаційних заходів щодо промоції ЗСЖ під час війни для окремих категорій громадян, а саме: для чоловіків; для вікових категорій від 30 до 50 років; для осіб з неповною середньою, повною середньою, незакінченою вищою / середньою спеціальною освітою; для мешканців прифронтових зон, зон окупації; для тих, хто мешкає сам, і для осіб з низьким рівнем доходу.

Гендерні особливості майндфулнес-стратегій турботи про власне здоров'я в умовах вправління з втратами війни можуть свідчити про більш високу емоційну гнучкість, потенціал до емоційної регуляції у жінок порівняно з чоловіками. Отримані нами результати певним чином відображаються в

дослідженні Heshmati та ін. (2023) щодо потенціалу майндфулнес у зменшенні стресу в розлучених жінок. Результати дослідження показали, що жінки в групі лікування, інтервенцій на основі уважності продемонстрували значне збільшення загального бала емоційної гнучкості та її компонентів. Крім того, у групі втручання MBSR спостерігалось значне зниження загального бала амбівалентності щодо вираження емоцій, у їх регуляції і в кращому пристосуванні до розлуки.

Можна зробити висновок, що майндфулнес-стратегії турботи про власне здоров'я активують прояви посттравматичного зростання на особистісному і ціннісному рівнях. Серед переваг майндфулнес-орієнтованих способів взаємодії з труднощами є вправління з досвідом, пов'язаним із повномасштабним вторгненням, розгортання позитивної динаміки зростання відчуття особистісної сили і підвищення цінності життя. Позитивна динаміка внутрішніх змін визначає варіативність повсякденних практик щодо збереження, відновлення та підтримання здорового способу життя в умовах війни. Схожі результати було отримано під час нещодавнього дослідження щодо інтеграції стратегій усвідомленості з навичками вирішення проблем. Так, науковці зауважують, що учасники втручання, пов'язаного з усвідомленістю, демонструють позитивне рефокусування, значне покращення позитивної переорієнтації на проблему і на вирішення соціальних проблем (Brown, et al., 2024).

Отже, промоція майндфулнес-орієнтованих стратегій збереження, відновлення ЗСЖ у сучасних реаліях має враховувати:

- гендерну специфіку вправління з досвідом втрат;
- вікові переваги та обмеження набуття досвіду плекання усвідомленої стійкості до реалій війни;
- освітній складник щодо опанування нових практик турботи про власне здоров'я;
- умови проживання, територіальні ризики задля дотримання ЗСЖ;
- ресурс соціального оточення у вправлянні з досвідом, пов'язаним із повномасштабним вторгненням;
- достатній рівень матеріального забезпечення задля можливості дотримання ЗСЖ у сучасних умовах.

Окремим напрямом промоції майндфулнес-орієнтованих стратегій щодо дотримання ЗСЖ під час війни є плекання життєстійкості особистості в умовах війни, зміцнення внутрішньої сили, підвищення впевненості щодо спроможності успішно справлятися з актуальними ситуаційними викликами. Тож отримані нами результати свідчать про те, що позитивна динаміка почуття внутрішньої сили залежить від релевантної взаємодії з труднощами дотримання ЗСЖ під час повномасштабного вторгнення, особливо на першому етапі тривоги (лютий-травень 2022 року).

На соціально-психологічному рівні інститут сім'ї найпершим прийняв на себе воєнні виклики. Велика кількість сімей одночасно зазнала катастрофічних життєвих труднощів, руйнування житла, втрати годувальника, каліцтва дітей і рідних, потрапляння в полон, сексуального насильства, переривання процесу

навчання тощо. Перед батьками різних поколінь у перші дні й тижні війни постали важкі виклики щодо збереження життя і добробуту власних дітей, швидкого переформатування сталих умов та способів подолання труднощів і пристосування до воєнних вимірів життя. Понад те, ще одним ситуаційним соціально-психологічним викликом міжособистісної стійкості та адаптації під час війни можна вважати раптове розділення сім'ї, малолітніх дітей з батьками чи опікунами, чоловіка із жінкою, літніх батьків з дітьми й онуками та ін. Отже, невизначена тривалість бойових дій змушує сім'ю як інституційний осередок суспільства до оновлення міжособистісної взаємодії, упорядкування міжперсональних зв'язків, відновлення регуляційних і психотерапевтичних функцій сім'ї.

Залученість до вирішення соціальних проблем «тут і тепер», принаймні у родинному колі, само по собі є релевантною відповіддю на актуальну екстремальну ситуацію і надає імпульсу до набуття соціально-психологічної компетентності у вправлянні з новим досвідом, пов'язаним із війною, нарощує життестійкість особистості. Зрозуміло, що розгортання механізмів адаптації до катастрофічно стресогенної ситуації має особистісні обмеження, коли кількість і важкість подій з кожним днем війни зростає в геометричній прогресії. Цілком природними є стратегії уникнення і втечі від жахів війни, ігнорування щоденного стресу та його руйнівних наслідків. Однак в умовах тривалої війни необхідним є формування нових життєздатних способів і навичок подолання щоденного стресу. Особливості промоції ефективного опрацювання повсякденного стресу лежать у площині розвитку нових навичок щодо його зниження. І тут у пригоді стане доробок O'Malley et al. (2024) щодо набуття навичок самодопомоги в подоланні щоденного стресу. Науковці наголошують на корисності розвитку навичок моніторингу і прийняття як необхідних модераторів зменшення стресу. Дослідники з вибіркою здорових дорослих людей проводили три тримісячні модулі розумового навчання:

- модуль присутності, спрямований на уважність;
- модуль впливу, спрямований на соціально-афективні навички;
- модуль перспективи, спрямований на соціально-когнітивні навички.

З огляду на результати дослідження можна говорити про те, що розвиток усвідомленості, інтероцепції та співчуття, які відображалися або в категоріях моніторингу, або в категоріях прийняття, є корисними навичками для зниження стресу та поліпшення регуляції життєво важливих функцій організму, як-от голод, спрага, температура, частота серцевих скорочень та ін. (O'Malley et al., 2024). Певним чином представлені в цьому дослідженні модулі розумового навчання впливають на розвиток особистісних компонентів життестійкості особистості, а саме: залученості, прийняття ризику та впевненості в контрольованості подій.

Отже, промоція майндфулнес-орієнтованих стратегій дотримання ЗСЖ в умовах війни сприяє розвитку уважності щодо необхідності опанування практик, спрямованих на зниження щоденного стресу. Відповідно, усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу як мотивувального чинника досягнення ЗСЖ запускає механізми посттравматичного рефокусування на

власній стійкості та ціннісному ставленні до збереження життя. Так, результати нашого дослідження показують, що особистісні показники посттравматичного зростання розгортаються безпосередньо через набуття досвіду, пов'язаного із війною, а саме: досвіду переселення і всередині країни, і за кордон; досвіду численних втрат; досвіду волонтерства та іншого специфічного досвіду.

Майндфулнес-орієнтовані стратегії дотримання ЗСЖ під час війни є корисними не тільки з погляду зниження щоденного стресу, а й підвищення власної працездатності в сучасних умовах. Це ілюстровано отриманими результатами: особам зі зростаючим почуттям особистісної сили притаманне використання нових способів виконання звичних робочих завдань, або експериментування з робочими практиками (нова робота/навчання або негативні робочі практики). Пошук нових способів підвищення власної працездатності в умовах психічного і психологічного виснаження – це крок до упорядкування способу життя, до відновлення власної самоефективності і покращення якості життя.

Висновки

Узагальнюючи результати дослідження, можемо говорити про певну універсальність і безпечність застосування ресурсів майндфулнес-підходу у вирішенні завдань особистісного зцілення та відновлення здорового способу життя українців під час війни. Стратегії збереження здорового способу життя під час війни, що вибудовуються на основі механізмів зцілення і регенерації, можуть мати опосередкований вплив на глибинну трансформацію практик підтримання власного фізичного і психологічного здоров'я, а також підтримання добробуту близьких. Отже, можемо провести певні паралелі між масштабуванням практик регенерації, зцілення, майндфулнес-імпульсів людської свідомості та інтеграції катастрофічних соціально-психологічних наслідків воєнного часу в буденне сприйняття життя. *Майндфулнес-стан* як прояв регенеративного імпульсу до посттравматичного зростання особистості в умовах війни може виконувати функцію *буферизації* – підсилювати емоційну і когнітивну стійкість, сприяти усвідомленому, відповідальному ставленню до вибудовування нових, зцілювальних стратегій збереження здорового способу життя. Майндфулнес-стан дає змогу утримувати фокус уваги, з одного боку, на вправлянні з досвідом, пов'язаним із повномасштабним вторгненням, а з іншого – на формуванні нових звичок турботи про власне здоров'я.

У сучасних умовах більшість опитаних українців радше дотримуються ЗСЖ і мають середні показники «особистісної сили». Для більшості респондентів характерними є середні показники зростання відчуття «особистісної сили». Вони фокусуються на формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту в умовах війни. Крім того, зростання відчуття «особистісної сили» та підвищення цінності життя позначаються на варіативності підходів до збереження, відновлення та підтримання здорового способу життя в умовах війни. Усвідомлення зміцнення «особистісної сили» позитивно впливає на здатність підтримувати ЗСЖ.

Для жінок частіше, ніж для чоловіків, спонукальним чинником дотримання ЗСЖ стає усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу. А чоловіки, відповідно, частіше ігнорують руйнівний вплив надмірного стресу, коли йдеться про дотримання ЗСЖ в умовах війни. Серед юнаків (до 20 років), молодих (від 20 до 30 років), зрілих (від 50 до 60 років) та людей літнього віку (60 років і старше) більше вмотивованих стресом осіб, ніж серед молодих (від 30 до 40 років) і зрілих (від 40 до 50 років) людей. Для осіб з вищою освітою і науковим ступенем частіше, ніж для тих, хто має неповну середню, повну середню та незакінчену вищу / середню спеціальну освіту, спонукальним чинником дотримання ЗСЖ стає усвідомлення руйнівного впливу надмірного стресу. Вмотивованих стресом більше серед осіб з типом професій «людина-знакові системи» і «людина-художній образ». А тих, хто ігнорує стрес, більше серед осіб з типом професій «людина-людина», «людина-техніка» і «людина-природа». Більшою є частка вмотивованих стресом серед респондентів, які мешкають у Києві/області і за кордоном. А серед тих, хто мешкає в прифронтових зонах /окупації та в інших частинах України, більша частка тих, хто ігнорує руйнівні наслідки надмірного стресу в дотриманні ЗСЖ.

Серед тих, хто ігнорує стрес-фактор, більша частка осіб, які, виявляючи турботу про здоровий спосіб життя в сучасних умовах, фокусуються на відмові від шкідливих звичок. А респонденти, які враховують стрес-фактор, частіше фокусуються на дотриманні вже наявних, знайомих звичок, корисних для здоров'я, і формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту. Також ті, хто усвідомлює стрес-фактор, частіше вважають, що, турбуючись про власне здоров'я в сучасних умовах, слід фокусуватися як на відмові від шкідливих звичок, дотриманні корисних звичок, так і на формуванні нових звичок для поліпшення здоров'я і добробуту.

Серед тих, хто ігнорує стрес, більша частка тих, хто або не має втрат, пов'язаних із війною, або має тільки один тип втрати. А серед умотивованих стресом осіб більша частка тих, хто має два і більше типи втрат, пов'язаних з війною. Серед тих, хто має досвід волонтерства, умотивованих стресом більше. А серед тих, хто не має такого досвіду, більшою є частка осіб, які ігнорують руйнівні наслідки надмірного стресу в дотриманні ЗСЖ під час війни.

Ігнорування стресу притаманне тим, хто не звертається по допомогу, а намагається самостійно вирішувати проблеми або фокусується на якомусь одному способі вирішення психологічних проблем, менше уваги приділяє розширенню практик підтримання ЗСЖ, використовуючи тільки одну якусь практику задоволення базових потреб, спілкування, саморозвитку, рекреації, отримання інформації та психологічної допомоги.

Промоція майндфулнес-орієнтованих стратегій збереження, відновлення ЗСЖ у сучасних реаліях має враховувати: гендерну специфіку вправління з досвідом втрат; вікові переваги та обмеження набуття досвіду плекання усвідомленої стійкості до реалій війни; освітній складник щодо опанування нових практик турботи про власне здоров'я; умови проживання, територіальні ризики щодо дотримання ЗСЖ; ресурс соціального оточення у вправлянні з досвідом, пов'язаним із повномасштабним вторгненням; достатній рівень

матеріального забезпечення з погляду можливості дотримання ЗСЖ у сучасних умовах.

Окремим напрямом промоції майндфулнес-орієнтованих стратегій щодо дотримання ЗСЖ під час війни є плекання життєстійкості особистості в умовах війни з використанням потенціалу модульного розумового навчання розвитку навичок моніторингу та прийняття їх як необхідних модераторів зменшення щоденного стресу.

3.2. Екзистенційні практики промоції психологічного здоров'я особистості в умовах війни

3.2.1. Фундаментальні екзистенційні можливості буття особистості та їх блокування в умовах війни

Воєнні дії мають сильний вплив як на психічне здоров'я особистості, так і на особистість загалом. Статистика після 24 лютого 2024 року впевнено фіксує зростання випадків психічних порушень у людей різного віку і різного соціального статусу (Мазур, Ткаченко, & Чепурна, 2023), і це свідчить про те, що війна впливає на життя всіх громадян держави. О.С. Осуховська і співавтори виділяють три блоки стресових факторів воєнного впливу на державу і суспільство: біологічні, економічні та психосоціальні. До *біологічних* факторів дослідники відносять власне поранення, досвід свідка трагічних подій, масову загибель учасників воєнних дій, появу й загострення хронічних і соматичних захворювань, тривале перебування в екстремальних умовах, досвід перебування в полоні, катування тощо. До *економічних* стресових факторів належать, скажімо, втрата житла, заощаджень; втрата роботи і державної підтримки; руйнування медичного, соціального, логістичного забезпечення тощо. У *психосоціальний* блок об'єднують постійне відчуття жаху, тривоги, безпорадності; неможливість вплинути на ситуацію; зниження якості життя і комунікаційних ресурсів упродовж тривалого часу; тривалу розлуку з родиною; невизначеність майбутнього; вимушене переміщення (Осуховська та ін., 2022).

Під час війни порушується статеві-вікова структура населення і збільшується кількість людей, які вимушено починають жити на новій території – у межах країни чи за кордоном. До опосередкованих наслідків збройного насилля відносять бідність, голод і хвороби (Нестайко, 2021). Ще одним наслідком війни є збільшення кількості залежностей, які дуже часто виникали як механізм самодопомоги, самовідновлення, коли, наприклад, після пережитих подій алкоголь стає засобом стримування чи послаблення емоційних переживань. Закріплення такого способу самодопомоги супроводжують соціальні стереотипи щодо алкоголю як найкращого способу звільнення від психічного і фізичного напруження (Гридковець, 2018). Та й загалом зменшується людський капітал, «що призводить до обмежень у можливості

брати участь у процесі освіти, здобуття знань та підвищення кваліфікації» (Нестайко, 2021, с. 46).

В умовах війни людина більш інтенсивно стикається з тим, що В. Франкл назвав трагічною тріадою: психологічний і/чи фізичний біль, провина і смерть. Трагічна тріада запускає екзистенційний вакуум, головними проявами якого є апатія і нудьга, а клінічними наслідками – депресія, агресія та адикції. Однією з особливостей війни як психотравматичної ситуації є те, що одна людина (люди) завдає шкоду іншій людині (людям). Особистість в умовах війни може переживати духовні кризи, невдоволення вищими силами (Богом), навіть якщо і не вірить у їх існування; може віддалятися від Бога і людей. І. Нестайко підкреслює, що наслідки відчутні не лише для безпосередніх учасників подій, а й для наступних поколінь, які успадковують воєнну травму. Наприклад, В. Франкл (2023) зазначає, що «продуктами останньої світової війни» стали формування «фаталістичного ставлення до життя» і відмова від «подальшого планування». Отже, війна – це травма глибокого екзистенційного рівня, яка вимагає суттєвої трансформації особистості на рівні сенсів та буттєвих цінностей, і тому особливого значення набуває піклування про здоров'я, дотримання здорового способу життя в умовах війни.

Серед різноманітних визначень здорового способу життя, представлених у роботі О.Ю. Балалаєвої (2022), на особливу увагу заслуговують два визначення. Перше: здоровий спосіб життя – це зорієнтованість людини, соціальних груп на такі моделі поведінки, які дають змогу долати життєві труднощі без шкоди для особистого і громадського здоров'я, руйнування благополуччя нинішнього і майбутніх поколінь; друге: це типові форми і засоби повсякденної життєдіяльності людини, що зміцнюють і вдосконалюють резервні можливості організму, забезпечують завдяки цьому успішне виконання її соціальних і професійних функцій незалежно від політичних, економічних і соціально-психологічних ситуацій.

Отже, сьогодні надзвичайно важливим завданням науковців є вивчення способів підтримання здоров'я і здорового способу життя українців в умовах війни. Досліджуючи екзистенційні практики підтримання здорового способу життя, ми зосереджували увагу на вивченні домінуючих серед українців духовних практик і практик саморозвитку, спрямованих на підтримання, зміцнення та вдосконалення резервних можливостей організму людини для успішного виконання покладених на неї завдань в умовах повномасштабного вторгнення. Крім того, розуміння екзистенційного навантаження війни вимагає від нас і з'ясування фундаментальних мотивацій особистості, а точніше – їх блокування в умовах війни.

В екзистенційній філософії і психології (М. Гайдеггер, Л. Бінсвангер, Р. Мей, А. Ленгле та ін.) людське буття традиційно розглядають у кількох контекстах: «Umwelt» – фізичний і матеріальний світ; «Mitwelt» – стосунки з іншими; «Eigenwelt» – внутрішній світ; «Überwelt» – трансцендентний вимір. Основою психологічного здоров'я в екзистенційній парадигмі є діалогічний обмін особистості зі світом у всіх чотирьох вимірах (Langle, 2003). У фокусі уваги А. Ленгле – різні форми внутрішньої активності, що реалізуються за

допомогою чотирьох фундаментальних потенційних можливостей: 1) знаходити в собі внутрішню силу бути; 2) переживати цінність життя і радіти йому; 3) бути собою, захищати себе, вибудовувати власні межі; 4) ставити цілі, реалізовувати смисли, вписуватися в актуальний контекст (Längle, 2002).

Прикладне терапевтичне значення фундаментальних мотивацій пов'язують з діагностикою умов (і ймовірних перешкод), необхідних для втілення. Мотивація виникає в процесі діалогічного обміну людини зі світом, де є чотири фундаментальні даності буття. *Перша фундаментальна екзистенційна мотивація* представляє світ з його умовами, у якому людина опиняється завдяки самому факту свого народження. А. Ленгле виділяє три передумови – захист, простір та опору. Ці передумови описують переживання безпеки як у фізичному, так і в психологічному просторі. Психологічну захищеність людина переживає через відчуття себе частиною певної спільноти людей, їхніх стосунків. Опору створюють зовнішні закони (природи, структури, закономірності соціального життя) і внутрішні знання, здібності, переконання, досвід. *Друга фундаментальна екзистенційна мотивація* пов'язана з відчуттям задоволеності життям, умінням радіти життю. Передумовами реалізації цієї фундаментальної мотивації є ставлення, час і близькість. У ставленні до чогось відображається цінність цього для людини, бо вона приділяє цьому час свого життя. У ставленні також проявляються емоційні переживання задоволення, радості чи страждання і болю. Загалом, ці емоції й відображають загальне ставлення до якості свого життя. *Третя фундаментальна екзистенційна мотивація* є буттям особистості самою собою, окремим неповторним «Я», що має унікальні характеристики (Längle, 2002). Передумовами задоволення мотивації цього виду є увага, справедливість, визнання з боку оточення і прийняття людиною самої себе. За сприятливих умов особистість приймає свою неповторність і значущість для світу, свою унікальність. У підсумку ця мотивація розкриває самооцінку особистості та її спроможність приймати аутентичні рішення. *Четверта фундаментальна екзистенційна мотивація* відображає ціннісно-смислові складники. Для реалізації людського буття в цьому вимірі потрібне поле діяльності, зв'язки з оточенням і цінності в майбутньому.

Щоб з'ясувати особливості прояву фундаментальних екзистенційних мотивацій, було сконструйовано анкету з 12 запитань. Основою стала методика «Тест екзистенційних мотивацій» (Längle & Eckhardt, 2001). Створена анкета дає змогу діагностувати ступінь прояву чотирьох субшкал: «Фундаментальна довіра», «Фундаментальна цінність», «Самоцінність» і «Сенс життя» – та їх передумов.

Отримані значення за шкалами «Самоцінність» (9,63 за максимального показника 12) і «Сенс життя» (9,54 за максимального значення шкали 12) показують, що в українців в умовах війни складаються добрі стосунки із собою; не зникають почуття самоцінності та самоповаги, здатність давати собі раду; є життєві цілі й цінності в майбутньому, відчуття осмисленості та спрямованості власного життя. Найнижчим є показник фундаментальної довіри, що цілком природно, адже в умовах війни безпека стає найменш досяжною метою. Проте

бачимо, що попри тривожні відчуття, високий рівень суб'єктивного стресу, фізичного і психологічного виснаження українці намагаються відшукати способи вирішувати практичні питання, реалізовувати власні здібності, знаходити нові можливості. Навіть в умовах війни українці загалом здатні зберігати гарні стосунки із життям, уміють насолоджуватися ним, плекати цінності, взаємодіяти з оточенням.

Опитані назагал продемонстрували добрі стосунки із собою, наявність почуття самоцінності та самоповаги, здатність до самопідтримки; до того ж для більшості не є чимось необхідним віднаходити свою власну ідентичність. Отримані результати також свідчать, що в опитаних, загалом, є цінності і життєві цілі в майбутньому, відчуття осмисленості та спрямованості власного життя. За допомогою кластерного методу К-середніх ми визначили чотири типи українців залежно від їхніх фундаментальних мотивацій. Ці чотири типи сформували, власне, чотири рівні екзистенційної здійсненності.

Розгляньмо два найбільш несхожі типи – типи з найнижчими і найвищими показниками. Групи майже не відрізняються за віковою наповненістю: переважна більшість опитаних – представники вікової групи 25-44 роки (64,9% і 73% відповідно) і групи 45-64 роки (23,2% і 19% відповідно). Переважна більшість представників груп (94,2% і 97,8%) працевлаштовані. Майже для половини (47,5%) групи з найнижчими показниками екзистенційної здійсненності стимулом є турбота про здоровий спосіб життя – на відміну від групи з найвищими показниками здійсненності, де такий стимул працює для 32,1% респондентів. Для представників другого типу більш вираженою є турбота про здоров'я задля прямування до особистої мети повноцінного життя (38,4% вибірки). Розподіл за статтю також збігається – приблизно 40% жінок і 60% чоловіків.

Серед перешкод для дотримання здорового способу життя представники групи з низьким рівнем здійсненності називають переважно нестачу матеріальних ресурсів (47,5%) і несприятливий емоційний стан (35,8%). Представники групи з високим рівнем здійсненності завадою для дотримання здорового способу життя вважають нестачу матеріальних ресурсів (43,1%) і несприятливі навколишні умови (30,1%). Що ж до несприятливих емоційних станів, то вони турбують лише 16,9% вибірки.

Конкретні труднощі, з якими стикаються респонденти обох типів, практично збігаються. Так, в обох групах найбільше відчують складнощі з дотриманням раціонального харчування (37,8% групи з низькими і 24,2% – з високими показниками здійсненності), фізичної активності (29% і 16,6% відповідно), режиму праці та відпочинку (37,4% і 29,5% відповідно). Суттєва відмінність спостерігається щодо забезпечення позитивних емоцій. Так, 18,1% представників групи низької екзистенційної здійсненності зазначили цю трудність, на відміну від представників іншої групи, які відмітили цю складність лише на рівні 6,7%. Важливим є і те, що труднощі в підтриманні здорового способу життя відчують 93% групи з низькою здійсненністю і 50,9% – з високою здійсненністю.

Визначено відмінності в соціально-психологічних практиках підтримання здорового способу життя. Так, досліджувані з низьким рівнем екзистенційної здійсненності віддають перевагу довірливому спілкуванню з близькими людьми (47,9%) й обмежують спілкування з тими, хто їм неприємний (33,5%), мало взаємодіють з громадами (10%), займаються самотійним пошуком допомоги (64,8%), для відпочинку усамітнюються (35,6%), переглядають фільми та серіали (44,4%), прогулюються місцевістю, де проживають (30,1%). Серед духовних практик домінує молитва (32%), серед практик саморозвитку – побудова планів (60,7%), розширення знань (26,9%) та вдосконалення вмінь (14,1%).

Особи з високим рівнем екзистенційної здійсненності проявляють більш проактивну позицію: прогулюються місцевістю, де мешкають (49%), подорожують (18,3%), займаються творчістю (22,4%) та переглядають фільми і серіали (52,6%). Серед духовних практик такі представники обирають молитву (38%), читання духовної літератури (21,9%), зустрічі з громадами (14,9%). У розрізі саморозвитку 87,7% представників вибірки будують плани на майбутнє, 33,3% – розширюють свої знання і 15,4% – удосконалюють свої здібності. Представники цієї групи також відрізняються нижчими значеннями гнітючої тривоги порівняно з представниками групи з низьким рівнем здійсненності ($m=11,18$, $\sigma=4,38$ та $m=15,01$, $\sigma=4,54$). Отже, можемо зробити висновок, що обмеження екзистенційної здійсненності штовхає людину до усамітнення, екзистенційної ізоляції, занурення у свої гнітючі емоційні стани, згортання соціальних зв'язків, звуження перспектив.

Прагнучи з'ясувати причини низького прояву здійсненності, ми проаналізували травматичний досвід осіб, що увійшли до цього кластера. Виявилось, що поміж усіх груп саме серед осіб цього кластера найвища частка тих (37,4% групи), хто має досвід переселення: 25% вимушено змінили місце проживання всередині країни, 8,2% вимушено виїхали за кордон і 4,2% змінили місце проживання і всередині країни, і виїжджали за кордон. У кластері з найвищим рівнем здійсненності частка осіб, що мають досвід вимушеного переселення, становить 21,1%.

У групі з низьким рівнем здійсненності найбільше осіб (48,3% групи), що зазнали психологічних втрат довіри, упевненості, цінності, волі тощо; висока частка осіб (23,4%), які зіткнулися з втратою можливостей медичної допомоги, освіти, самореалізації. У групі з високим екзистенційним здійсненням частка осіб, що пережили відповідні втрати, значно нижча: 21,5% осіб пережили психологічні втрати, 8,8% осіб – втрати можливостей.

У групі з найнижчим екзистенційним здійсненням найбільша частка (7,2% групи) осіб з бойовим військовим досвідом. В інших групах частка таких осіб становить 4%.

Статистичну значущість озвучених відмінностей було визначено за допомогою коефіцієнта χ^2 .

Описані вище відмінності, на нашу думку, підтверджують екзистенційний характер виявленого усамітнення. І це точно усамітнення, тому що лише 20% групи з низьким рівнем здійсненності наразі проживають

наодинці. У групі з високим здійсненням частка однаків становить 12%. Переважна більшість опитаних проживає в партнерських стосунках і з дітьми (32% і 45% відповідно). Власне, низька екзистенційна здійсненність співзвучна, на нашу думку, з терміном І. Ялома (2022) «екзистенційної ізоляції», який він застосовує для опису переживання психологічної втрати власного світу, його зникнення, контакту зі смертю. Найпотужнішим ресурсом, на його думку, є сила присутності, належності до когось/чогось.

Щоб уточнити особливості прояву фундаментальних мотивацій у представників різних вікових груп, ми використали коефіцієнт χ^2 . Проаналізувавши отримані результати, статистично значущих відмінностей ми тут не виявили. Проте на деякі відмінності варто звернути увагу (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

**Описові статистики прояву фундаментальних мотивацій
у представників різних вікових груп**

Мотивації	16-24 роки		25-44 роки		45-64 роки		65 років і старше	
	m	σ	m	σ	m	σ	m	σ
Довіра	8,71	2,04	8,95	2,02	8,54	2,03	7,7	1,85
Цінність	9,44	1,82	9,79	1,78	9,68	1,71	9,43	1,5
Самооцінка	9,56	1,8	9,64	1,76	9,64	1,66	9,37	1,7
Сенс	9,48	1,87	9,6	1,86	9,41	1,87	9	1,78

Так, найменш захищено в умовах війни почуваються представники найстаршої вікової групи, найбільш захищено – представники вікової групи 25-44 роки. Щоб прояснити обмеження в проявах фундаментальних мотивацій, ми звернули увагу на відповіді на конкретні питання анкети. Так, найменшу міру згоди респонденти всіх чотирьох груп продемонстрували щодо дев'ятого твердження, яке стосується безпеки і захищеності («Я відчуваю себе добре захищеним від негараздів життя»). Отримані результати цілком закономірні в умовах протистояння російській воєнній агресії: українці переживають страх і тривогу через постійні ракетні обстріли навіть на відносно мирних територіях, втрачають відчуття прийняття себе іншими через вимушене переміщення в межах країни чи за кордон тощо. Середні оцінки щодо цього твердження мають тенденцію до зниження з віком: наймолодша вікова група і вікова група 25-44 роки мають середню арифметичну оцінку ступеня згоди $m=2,7$; представники вікової групи 45-64 роки – $m=2,49$, а найстаршої групи – у середньому $m=2,32$. Отже, найменш захищеними почуваються представники вікової групи 65-77 років.

Найвищу міру згоди виявляють представники трьох вікових груп (16-24, 25-44 і 45-64 роки) із сьомим твердженням: «У мене є ті, з ким я близький по-справжньому», яке відображає задоволення від близькості в житті людини. Оцінки згоди згаданих трьох груп із цим твердженням майже однакові: для осіб 16-24 роки середні показники становлять $m=3,4$; для осіб 25-44 роки – $m=3,49$, для осіб 45-64 роки – $m=3,44$. Проте у представників найстаршої вікової групи

максимальний ступінь згоди отримало зовсім інше твердження: «Мене цікавить мій внутрішній світ», яке розкриває зацікавленість, увагу до себе (середній показник згоди – 3,27).

Варто також зазначити, що понад дві третини вибірки (68,9%) зазнали різноманітних втрат у зв'язку з повномасштабним вторгненням: втрати психологічні (довіри, упевненості, цінностей, волі тощо), людські (смерть, зниклі безвісти), майнові й фінансові, втрати можливостей (медичної допомоги, освіти, самореалізації тощо), значущих соціальних зв'язків, очного спілкування, фізичні й фізіологічні (порушення функціонування організму).

Щоб перевірити припущення про значення втрати в можливості прояву фундаментальної мотивації, проведено порівняльний аналіз середніх показників. Результати порівняння прояву мотивацій залежно від особливостей травматичного досвіду представлено в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

**Зміни прояву фундаментальних мотивацій
в осіб з різним досвідом втрат (значення середніх)**

Втрати	ФМ1	ФМ2	ФМ3	ФМ4
Психологічні	8,1	9,29	9,34	9,17
Втрата можливостей	7,97	9,25	9,34	9,13
Втрата належності	8,01	9,21	9,42	9,16
Матеріальні втрати	8,36	9,59	9,5	9,42
Людські втрати	8,69	9,86	9,7	9,64
Фізичні, фізіологічні втрати	7,74	9,31	9,4	9,26

Примітка. ФМ1 – мотивація фундаментальної довіри, ФМ2 – мотивація фундаментальної цінності; ФМ3 – мотивація фундаментальної самооцінки, ФМ4 – мотивація фундаментального сенсу.

Найбільш високими загалом є показники фундаментальних мотивацій у ситуації проживання втрати близької людини, найнижчими загалом – у ситуації порушення функціонування організму і втрати можливостей (медичної допомоги, освіти, самореалізації тощо). А. Ленгле розглядає сенс як «своєрідне, особливого роду поведіння з ситуацією та її перетворення». Людина зі своїми здібностями і задатками, почуттями і бажаннями занурюється в реальну ситуацію, залучає творчість для її перетворення. Отже, з огляду на отримані результати ситуація проживання втрати близької людини стимулює прояв фундаментальних мотивацій. У разі ж втрати власних можливостей – фізичних чи психологічних – проживати ситуацію важче, оскільки порушується зв'язок між ресурсами (здібностями, задатками, почуттями, бажаннями) її подолання. Тому для осіб, які втратили такі можливості, першим етапом психологічної роботи після загоєння фізичних ран має бути робота, спрямована на інтеграцію ресурсів особистості, її «знайомство» із собою оновленою.

Отже, екзистенційна здійсненність особистості в умовах війни переживає обмеження, зумовлені екзистенційністю самої війни як психотравматичної ситуації. Для визначення перешкод цієї здійсненності було модифіковано

анкети на основі тесту фундаментальних мотивацій Eckhardt & Längle. За допомогою анкети серед інших мотивацій діагностовано найнижчий показник фундаментальної довіри українців в умовах війни. Усі інші показники – на досить високому рівні, що може свідчити про ефективність тих практик, які використовують досліджувані. Найбільш захищеними почуваються представники вікової групи 25-44 роки, натомість найбільш гостро відчувають небезпеку найстарші досліджувані. Також визначено особливості фундаментальних мотивацій унаслідок переживання різного роду втрат. Встановлено, що, втрачаючи здоров'я, свої фізичні можливості, особистість зазнає найбільшого ризику щодо блокування фундаментальних мотивацій.

3.2.2. Особливості екзистенційних практик підтримання здорового способу життя українців під час війни

Досліджуючи проблему саморозвитку, В. Р. Міляєва і Ю. В. Бреус (2012) звертають увагу на дві групи факторів, що впливають на його формування, а саме: внутрішні фактори (потреби, мотиви, інтереси та настановлення) і зовнішні фактори (впливи середовища й цілеспрямоване виховання). Війна для значної частини українців стала кардинальною зміною умов проживання, що спричиняє необхідність пізнання людиною самої себе і духовного зростання, активізує її природну функцію зміни для збереження себе, свого здоров'я.

Процес саморозвитку описують різними термінами. Скажімо, у В. Франкла це прагнення до сенсу, у К. Роджерса – «повноцінне людське функціонування», у Ш. Бюлер – самореалізація, в А. Маслоу – самоактуалізація. І для гуманістичної, і для екзистенційної психології саморозвиток є природним психічним процесом. А. Маслоу вважає, що мотивація самозростання (у його розумінні – самоактуалізація) може блокуватися через незадоволення потреб людини, які в його системі-ієрархії перебувають на більш низькому рівні організації системи мотивації: незадоволеність фізичних потреб, потреб у безпеці, у повазі тощо. Для В. Франкла особистісне зростання – це пошук і знаходження власного сенсу життя. Саморозвиток особистості в професійній діяльності – це безперервний процес розвитку і вдосконалення її особистих рис характеру, в основі чого лежить здатність чути й помічати свої внутрішні бажання, переконання, наміри (Ценко & Тузіков, 2021). Тобто саморозвиток, певною мірою як самопізнання і самовдосконалення, є внутрішнім змістом духовного розвитку.

Сьогодні в Україні на заміну біопсихосоціальної моделі надання допомоги пораненим приходить біопсихосоціоонтологічна модель (Гридкевець, 2018). В умовах повномасштабного вторгнення така модель допомоги відповідає запитам усіх категорій населення. На нашу думку, залучення онтологічного виміру людини, її духовності збільшить потенційні можливості промоції підтримання здорового способу життя українців під час війни.

Духовність – сутнісний атрибут людської природи, психічна реальність існування надіндивідуальних цінностей і персональних смислів, смислотворчий

центр, що задає фінальну мету розвитку людини і скеровує її на шляху до цієї мети (Гридковець, 2018); виявляється у формі взаємодії людини і світу, у якій пріоритетом людина добровільно може обрати не себе, а світ або його частини (Савчин, 2013).

У нашому дослідженні поняття духовності ми розглядали крізь призму вивчення психологічного змісту духовного розвитку особистості. Досліджуванам було запропоновано такий перелік *духовних практик*: читаю духовну літературу; комунікую зі своїм духовним наставником; переглядаю/слухаю програми про духовність; беру участь у житті духовних громад (наприклад, відвідую церкву); дотримуюся духовних ритуалів; молюся; наставляю інших. Респондент міг обрати один чи кілька варіантів практик, також міг додати і свій варіант.

Частотний аналіз отриманих результатів показав, що найважливішою духовною практикою для підтримання здоров'я українців є молитва: 48,8% вибірки жінок і 29,8% вибірки чоловіків найчастіше звертаються саме до цієї практики. Вікові особливості звернення до молитви як духовної практики підтримання психологічного здоров'я представлені так: 24,5% опитаних віком 16-24 роки, 37,4% – з вікової групи 25-44 роки, 42,1% – серед опитаних віком 45-64 роки і 35,1% вибірки віком старше 64 років, відповідно. Отже, молитва є найбільш популярною духовною практикою саме для вікової групи 45-64 роки.

Чоловіки частіше за жінок читають духовну літературу або слухають програми про духовність (19,4% проти 14,8%), дотримуються духовних ритуалів (14,8% проти 11,1%). Чоловіків також більше і серед тих, хто не вірить у духовність або вважає, що їй не місце під час війни (2,3% чоловіків і 1,8% жінок). Загалом, 7,6% опитаних не звертаються до духовних практик підтримання психологічного здоров'я в умовах війни. Натомість понад 90% респондентів в умовах руйнування базового відчуття безпеки, втрати сенсів, зв'язків, звичного середовища проживання звертаються до духовних практик підтримання власного психологічного здоров'я.

Вітчизняні і закордонні дослідники звертають увагу на позитивне значення молитви для життя людини, її психологічного добробуту. Наприклад, М. Levine (2008) називає молитву копінгом, який позитивно впливає на фізичне і ментальне здоров'я, сприяє полегшенню страждань людини, яка звертається до молитви. Молитва може зменшувати переживання ізоляції, тривоги і страху, породжувати відчуття контакту, чи то з вищою силою, чи то з тим, що людина вважає важливим у житті, чи то з власними цінностями (Bremner, Koole, & Bushman, 2011). Молитва може допомогти людині змінити чи розширити погляд: побачити ситуації «в новому світлі» або «під іншим кутом зору» (Bremner, Koole, & Bushman, 2011). Тривале практикування молитви сприяє поліпшенню самоконтролю (Frieze, 2014). Ж. Філіп (2015) зазначає, що молитва є чудовим «об'єднавчим центром» життя людини, допомагає осмислювати різні події та обставини. Молитва, її зміст стають відображенням внутрішнього світу людини. У предметі саморефлексії молитва стає своєрідним дзеркалом, демонструючи людині її саму з усіма її переживаннями, цінностями, прагненнями. Отже, вона допомагає людині заземлитись, пізнати себе,

структурувати своє життя і, як результат, послабити відчуття стресу, розслабитись. Завдяки молитві можна отримати необхідний для формування фундаментальної довіри, як зазначає М. Чернявська, «психологічний захист», який стоїть за «стійким станом «можу бути» в цьому світі» (Титаренко, 2019). Під час таких розмов людина є «гранично щирою» і «чесною». За В. Франклом (2023), для нерелігійної особи такі розмови є монологами, розмовами із собою, а людина релігійна вбачає у них спілкування з кимось іншим, ніж вона сама.

Наші емпіричні дані підтверджують результати згаданих вище досліджень. Так, респонденти, які відмітили молитву як духовну практику, маючи статистичну перевагу обох показників інтолерантності до невизначеності (гнітюча тривога: $m=13,14$, $\sigma=4,4$ та $12,74$, $\sigma=4,35$, $p=0,001$ й прогностична тривога: $m=22,02$ $\sigma=5,6$ і $m=21,41$ $\sigma=5,4$, $p=0,000$), статистично значуще відрізняються перевагою щодо показників внутрішньої стійкості, а саме особистісної сили ($m=1,83$, $\sigma=0,6$ і $m=1,78$, $\sigma=0,61$, статистична значущість на рівні $p=0,001$) та визнання життя ($m=2,1$, $\sigma=0,75$ і $m=1,92$, $\sigma=0,75$, статистична значущість на рівні $p=0,000$). Отже, особи, що практикують молитву, характеризуються вищою мірою усвідомленням очікувань та переконань, а також тілесно-емоційних реакцій щодо невизначеності в майбутньому і несподіваних подій, проте в умовах війни відчують більшу впевненість у собі, свою силу і спроможність подолати виклики, більше цінують кожен день свого життя.

Тому молитва може стати найбільш природним і найбільш доступним для людини способом приведення своїх внутрішніх резервів у відповідність до ситуації через реальне і щире бачення своїх переживань; зменшення емоційного навантаження через визнання, прийняття, розуміння свого стану; плекання відчуття захищеності через приєднання до сили, вищої за людину; зміни свого емоційного стану завдяки тому, що людина ділиться своїми переживання з цієї силою, тощо. Молитва стає найбільш доступним способом активації духовного потенціалу.

На другому місці за поширеністю – практики читання духовної літератури чи слухання/перегляду програм про духовність. На сьогодні це так само доступна духовна практика. О. Липка (2017), зокрема, зазначає, що «Біблію чи іншу релігійну літературу без проблем можна «закачати» в смартфон, є найрізноманітніші сайти і безліч записів на ютубі з проповідями, богослужіннями, піснеспівами – усе це добрі осучаснені способи розширення і поглиблення релігійних знань чи емоційних переживань». Слухання і перегляд програм про духовність є способом підтримання духовного потенціалу, оскільки особистість не сама створює сенси, а розширює їх за допомогою сенсів, які є у соціумі.

Третіми в рейтингу застосувань були ритуали. Загалом, ритуали виконують заспокійливу функцію. Вони «відволікають розум, який інакше міг би піти в одну з тих кролячих нір марних хвилювань, і вони дають нам відчуття впливу або контролю над чимось, що, можливо, не піддається контролю» (Bremner et al., 2011). Що ж до відвідування церкви, то R. Bremner підкреслює значущість групової форми молитви. У такий спосіб людина залучається до

об'єднань, члени яких найчастіше мають схожі переконання, цінності, а тому набуває досвіду єднання, долучення до ресурсної для неї спільноти.

Розгляньмо відтак *практики саморозвитку*, до переліку яких було включено такі: будує плани, ставлю цілі; розширюю свої знання (наприклад, читаю спеціалізовану літературу); удосконалюю вміння/навички (приміром, граю на музичному інструменті); веду щоденник особистого досвіду; займаюся тілесними практиками; застосовую вправи на візуалізацію; використовую дихальні практики; медитую; практикую майндфулнес. Як і з духовними практиками, досліджувані могли обрати кілька варіантів відповіді, а також зазначити свій варіант.

Виявилося, що абсолютна більшість опитаних практикують саморозвиток для підтримання свого здоров'я (99%), утім сприймають його насамперед як когнітивну практику, адже серед варіантів помітно домінує відповідь «будую плани, ставлю цілі» (80,4%) (Дворник та ін., 2024). Ще 30,3% респондентів реалізують саморозвиток через розширення своїх знань, а 13,2% – удосконалюють свої вміння та навички. Близько 4-5% респондентів звертаються до некогнітивних практик саморозвитку, зокрема тілесних (4,8%), дихальних (4,6%), медитації (4,5%), вправ на візуалізацію (3,9%), дещо менше – до ведення щоденника особистого досвіду (2,3%), майндфулнес (1,4%).

Чоловіки трохи частіше за жінок використовують когнітивні практики побудови планів, постановки цілей (81,4% проти 77,6%). Натомість жінки частіше за чоловіків звертаються до практики розширення знань (38,2% проти 27,8%), займаються тілесними практиками (6,9% проти 4,6%), використовують дихальні практики (8,4% проти 3%), медитують (7,9% проти 3,1%), практикують майндфулнес (2,3% проти 1%). Майже однаково чоловіки і жінки практикують удосконалення вмінь та навичок (13,5% чоловіків і 15,4% жінок), ведуть щоденник особистого досвіду (2,4% чоловіків і 2,9% жінок).

Ми також брали до уваги загальну кількість обраних практик, що розглядали як широту, пластичність духовності та саморозвитку. За допомогою t-критерію Стюдента виявлено переважання жінок щодо кількості практик духовності та саморозвитку (статистично значуща різниця на рівні $p=0,000$). Це можна пояснити тим, що для жінок характерні більш розвинена рефлексивність, краще усвідомлення власних проблем і потреб найближчого оточення та навичка ділитися власними переживаннями з іншими (Титаренко, 2024).

За допомогою таблиць сполучення і коефіцієнта χ^2 виявлено статистично значуще співвідношення в розподілі обрання духовних практик і практик саморозвитку в осіб різних вікових груп.

Так, для духовного зростання осіб вікової групи 16-24 роки найбільше значення мають читання духовної літератури (23%) і комунікація зі своїм наставником (9,1%). Разом з тим саме серед молоді найбільша частка осіб, які відмовилися відповідати на питання щодо духовних практик (4,3%), і частка тих, хто зізнався, що нічого не робить для свого духовного зростання (9%); а ще найвища частка осіб, які назвали свій варіант практик (а не тих, які було запропоновано в переліку) (3%). Загалом, молодь зазвичай схильна

використовувати кілька духовних практик одночасно. Цілком імовірно, що проявлення власної духовної культури молодोї особистості є для неї новим досвідом, який вимагає ще тестування, усвідомлення і який наразі не готовий для презентації.

Вікова група 25-44 роки має лише одну особливість: представники цієї групи найменше порівняно з іншими спілкуються зі своїм наставником (частка таких респондентів становить 4,7%).

Респонденти, що належать до вікової групи 45-64 роки, помітно частіше, ніж представники інших груп, дотримуються духовних ритуалів (15,3%) і звертаються до молитви (42,1%). Саме представники цієї вікової групи в цілому максимально розкрили свої духовні практики (97%). Така «доросла» група віддає перевагу перегляду чи прослуховуванню програм про духовне (24,3%), але найменше читає духовну літературу (13,5%), дотримується духовних ритуалів (8,1%). Прикметно також, що саме серед представників цієї вікової групи найбільше людей, які зазначили, що вони не вірять у Бога, духовність тощо.

Отже, коли йдеться про практики саморозвитку, то представники вікової групи 16-24 роки найчастіше використовують практику ведення щоденника особистого досвіду (7,1%), займаються тілесними практиками (10,7%), використовують практики на візуалізацію (11,9%) і практикують майндфулнес (2,2%). Друга вікова група (25-44 роки) найменше звертається до розширення своїх знань (29,6%), тілесних практик (4,5%), вправ на візуалізацію (3,4%), дихальних вправ (4%), медитацій (4,3%). Ця група, загалом, найменше практикує техніки, які стосуються тілесного досвіду. Натомість вікова група 45-64 роки найменше порівняно з іншими звертається до ведення щоденників особистого досвіду (1,8%). А найстарша група найчастіше застосовує практики розширення знань (48,6%), дихальні практики (13,5%) і медитації (10,8%); досить часто її представники звертаються також до тілесних практик (8,1%) і ведуть щоденники особистого досвіду (5,4%).

У середньому лише близько 1% представників кожної вікової групи зазначили, що нічого не застосовують як практики саморозвитку, і ще менше – у середньому 0,2% – назвали інші практики саморозвитку. З'ясувалося, що молодші вікові групи використовують зазвичай більшу кількість практик саморозвитку.

Отже, коли йдеться про розроблення заходів щодо застосування екзистенційних практик підтримання психологічного здоров'я особистості в умовах війни, обов'язково треба враховувати вік цільової групи.

Значною мірою на використання духовних практик впливає і освітній рівень респондентів. За допомогою коефіцієнта χ^2 встановлено, що освіта має значення для реалізації таких духовних практик, як-от «комунікую зі своїм духовним наставником», «беру участь у житті духовних громад (наприклад, відвідаю церкву)», «молюсь», «наставляю інших» та інші варіанти. Це може свідчити про те, що під час навчання людина зазвичай ознайомлюється з різноманітними варіантами саморозвитку завдяки розширенню своїх уявлень про себе, про життя, про інших людей, а також завдяки розширенню кола

спілкування з людьми, яким ці практики відомі. Кореляційний зв'язок між рівнем освіти і узагальненим показником пластичності саморозвитку підтверджує це: чим більше людина навчається, тим ширшим стає її арсенал практик саморозвитку.

З'ясувалося, що майже половина (48%) тих, хто не вірить у духовність, – це люди з вищою освітою; ще понад чверть (26%) тих, хто обрав варіант «не вірю в духовність», є особами з неповною вищою освітою. Досить схожим виявився і розподіл тих, хто обрав відповідь «нічого не роблю для розвитку духовності»: найбільше таких було серед осіб з вищою освітою – понад половину (56%), більш як удвічі менше – серед осіб з неповною вищою освітою (23%).

Завданням наступного етапу дослідження було перевірити, як пов'язані між собою рівень доходу і реалізація описаних вище практик підтримання психологічного здоров'я. За допомогою коефіцієнта χ^2 виявлено, що для чоловіків суб'єктивна оцінка величини доходу не має значення щодо таких духовних практик, як-от читання духовної літератури, перегляд/слухання програм про духовність, наставництво. У жінок з рівнем доходу пов'язані практики читання духовної літератури і молитви. Скажімо, жінки з вищим рівнем доходу більше читають духовну літературу, але менше моляться.

Незалежно від рівня доходу чоловіки можуть застосовувати побудову планів / постановку цілей, удосконалення вмінь, вправи на візуалізацію, майндфулнес. Також незалежно від рівня доходу чоловіки могли зазначати, що нічого не роблять для саморозвитку або роблять щось інше. Тобто дохід для чоловіків пов'язаний з практиками розширення знань, медитації, застосування тілесних і дихальних практик, ведення щоденника особистого досвіду.

У жінок набір технік саморозвитку, незалежних від рівня доходу, стосується постановки цілей / побудови планів, удосконалення вмінь, реалізації тілесних практик, вправ на візуалізацію, дихальних практик, медитації. Так само, як і чоловіки, жінки незалежно від рівня доходів могли зазначати, що ніяк не розвивають себе або здійснюють якісь інші практики, крім перелічених в інструкції. Пов'язаними з доходом у жінок виявилися практики розширення знань, ведення особистих щоденників, майндфулнес.

Представники обох груп пов'язують практику розширення знань з доходом. Дуже часто, уточнюючи таку відповідь, досліджувані зазначали, що вони вступали в навчальні заклади чи брали участь у навчальних програмах, які передбачали матеріальні витрати.

Отже, підсумовуючи отримані результати, можемо зробити висновок, що найбільш часто у своєму духовному розвитку українці спираються на молитву, читання і перегляд духовної літератури, дотримання духовних ритуалів. Найбільш поширеними практиками саморозвитку є планування, цілепокладання, пошук нових знань і вдосконалення навичок. На відміну від когнітивних технік, застосування тілесно-орієнтованих практик саморозвитку є низьким. Особливу увагу в промоції практик здорового способу життя слід звернути на чоловіків вікової групи 25-44 роки, які найменше включають у свій арсенал саморозвитку тілесно-орієнтовані практики. Результати опитування

показали, що жінки зазвичай мають дещо ширший набір практик духовності і саморозвитку.

Серед уточнювальних факторів ми також розглянули освіту і рівень доходу. Ще раз було підтверджено, що, здобуваючи певний рівень освіти, особистість прямо та опосередковано (за допомогою спілкування з іншими людьми) розширює арсенал практик саморозвитку. Рівень доходу найчастіше пов'язується з доступом до знань, а точніше – з обмеженнями доступу до них у разі низького рівня доходу.

3.2.3. Екзистенційні техніки психорегуляції та самодопомоги в промоції психологічного здоров'я особистості, що переживає війну

В. Франкл, розкриваючи природу людини, запропонував аналогію з літаком. Він зазначав, що людина певним чином схожа на літак: літак може переміщатися по землі, але, щоб довести, що він літак, має піднятися в повітря. Так само і людина: якщо не підніметься над собою, ніхто й не запідозрить, що вона вміє літати, що має саме відповідну силу. Розглядаючи інші психотерапевтичні напрямки свого часу, дослідник зазначав, що вони часто дивляться на людину як на літак, що використовується як наземний транспорт. Але, підкреслює Франкл, літак зроблений не для цього. Тому і людину варто розглядати не лише як психофізичний організм, а як істоту, наділену духовністю. Отож, розвиваючи духовність людини, ми розвиваємо її здатність піднятися на собою, над обставинами, нарощуємо її спроможності до подолання.

На думку Франкла, людей за їхнім ставленням до життя можна розділити на два типи: перший тип людей вважає, що життя не варте того, щоб жити, а другий – це ті, хто, незважаючи ні на що, продовжують жити життя і бачити в ньому сенс (Франкл, 2023). Відкриття сенсу і побудова перспектив – це те, що допомагає людині перейти від першого типу людей до другого. Працюючи з пацієнтами із суїцидальними схильностями, Франкл, щоб оцінити міру готовності людини вийти з клініки, запитував її, чому не варто вчиняти суїцид, зміщуючи в такий спосіб фокус уваги людини на те, що триматиме її в житті. Пізніше, зосередившись на профілактиці суїцидів, він пропонував трансформацію питання «Чого я хочу від життя?» в питання «Чого життя хоче від мене?». І радив там, де важко бачити мету, шукати сенс, зазначаючи, що дії не завжди мають чітке розуміння мети, але загальне розуміння сенсу допоможе «підніматися» над щоденними викликами. Як і належить ставитися до викликів, що постають перед українцями під час війни.

Першорядну роль у трансляванні сенсів відіграють засоби масової інформації. Саме тому такими важливими сьогодні є перемоги на інформаційному фронті. Величезне значення має і «народна» інформаційна війна: наприклад, створення і поширення мемів на актуальні теми (креативи

щодо танків, які тягнуть трактори; скляні банки, які збивають дрони, тощо). Це теж єднання і ресурсування прямої дії.

Наше дослідження показало, що найбільш відчутною війна стала для першої фундаментальної мотивації – фундаментальної довіри. А. Ленгле з цією мотивацією пов'язує запитання: «Чи можу я бути тим, хто здійснює вільний вибір?». Тому для українців найбільш складними в умовах війни стають прийняття умов світу, узгодженість з реальністю; здатність адаптуватися до змін, знаходити власну спроможність та реалізовувати власні здібності; уміння розпізнавати позитивні аспекти життя і витримувати негативні; уміння змінювати умови і навколишній світ, утілювати власні прагнення. Ресурсами для підсилення прояву цієї мотивації можуть стати психологічна захищеність та опора. Відчуття належності до спільноти, співпереживання з іншими людьми, саморозвиток, усвідомлення своїх знань, переконань є тим, що може стати вагомим ресурсом для особистості в умовах війни. Важливими можуть стати навіть історії про зв'язок людини і природи, ресурсність землеробства, садівництва тощо і про перемогу природи над законами війни (наприклад, вирощування городини військовими в окопах чи танк, який обріс капустою). Закордонні дослідження доводять, що споглядання реальних природних пейзажів сприяє відновленню уваги (Berman et al., 2008), швидшому одужанню хворих (Ulrich, 1984) та знижує рівень стресу (Kahn et al., 2008).

О. Невмержицька рекомендує в процесі формування в учнівської молоді потреби в здоровому способі життя використовувати можливості природних чинників (Невмержицька & Бориславський, 2022). На нашу думку, перегляд фотозображень природи в мережі, фотознімків зміни пір року, перебування на природі, медитації-візуалізації з використанням образів улюбленого куточка природи, відповідно, є теж техніками підтримання психічного здоров'я в умовах війни. Спілкування з природою може проявлятися і через спілкування з тваринами. Терапевтичний ефект такої взаємодії дуже потужний. А. Кучинська (2020) зауважує, що цей ефект досягається саме завдяки позитивним емоціям, які виникають під час взаємодії з твариною.

Надзвичайно важливим ресурсом є застосування патріотичних практик (Титаренко, 2024). «Люди відновлюють власну цілісність, яскраво переживаючи національну єдність, згуртованість, віру в перемогу, гордість за мужніх воїнів» (Титаренко, 2023). Важливими і часто неусвідомленими є співпереживання себе як українця, створення різноманітних мемів, які підкреслюють різницю між українцями і росіянами, тощо.

Г. Католик і М. Миколайчук (2015) серед засобів, які сприяють самопізнанню та саморозвитку для формування духовності (Я-духовного) особистості, називають: регулярне самопізнання, самоаналіз своїх особистісних і поведінкових особливостей для усвідомлення життєвого призначення, самооцінки; регулярну рефлексію власних зразків стосунків і ставлення до оточення, а також власних внутрішніх переживань і психічних процесів; створення умов для розширення власних переживань, умінь саморегуляції емоцій, дій та думок; гармонійну організовану творчість; екологічне системне

ведення справ з реалістичним плануванням, відмовою від нереалістичних цілей та конструктивний саморозвиток і самовиховання.

Одну з конкретних практик під назвою «Проблемне коло», до якої варто, на нашу думку, періодично звертатись і яка сприятиме самопізнанню, запропонував Е. Помиткін (2005). Намалювавши коло, розбивши його на кілька секторів, які відображають різні аспекти власного життя, й оцінивши їх щодо успішності реалізації за допомогою лінійки від нуля до десяти, можна візуально побачити і реально усвідомити психологічні проблеми клієнта в його особистому і соціальному житті.

Ще одна практика, теж запропонована Е. Помиткіним, допомагає підвищенню особистісного ресурсного потенціалу через повторну актуалізацію у свідомості особистості важливого емоційно навантаженого першого враження. Для реалізації мети клієнту пропонується пригадати, як він щось зробив уперше в житті. Другим етапом завдання є складання списку цікавих дій і справ, які хотілось би спробувати втілити, але які досі не були реалізовані. І, звісно, реалізація виписаних дій і справ у міру можливості. Важливим є фіксування для себе і в подальшому враження від виконання чогось нового. Практику можна використовувати щодня і в такий спосіб щодня поповнювати свою «схрещовку» нового досвіду.

Гармонійна організована творчість може бути представлена різноманітними методами арттерапії, оскільки саме цей метод психотерапії дає змогу за допомогою творчості переживати внутрішні конфлікти, тривоги, страхи, пропрацьовувати психотравматичний досвід. Серед арсеналу класичних видів арттерапії є і арттерапевтичні технології, засновані на українській народній творчості, – вишивання, писанкарство, створення ляльок-мотанок, новорічних прикрас із соломи, прикрас із бурштину, українські музика та пісні тощо. До цілющого ефекту самої арттерапії додається ще помітний ресурс української народної культури.

В умовах війни особистість як ніколи усвідомлює власну смертність. Смерть стала реальністю для багатьох сімей, і це спричинює не лише особисте горе, а й колективну жалобу. Війна – це постійний страх за власне життя і життя близьких. Невизначеність щодо майбутнього також посилює тривогу. Для усвідомлення і прийняття кінечності життя як «будівельного матеріалу для подальшої життєбудови особистості» (Мирончак, 2020) корисною буде практика інтеграції ідеї смертності в повсякденність під назвою «інвестування». Загалом, практика сприятиме усвідомленому зануренню в проблематику індивідуальної скінченності і дасть змогу відновити втрачені зв'язки із собою та навколишнім світом (Мирончак, 2020).

Для людини, яка застосовує практику інвестування, усвідомлення своєї смертності стимулює до створення максимально продуктивного проживання свого життєвого часу. Невизначеність майбутнього не лякає таку людину, а орієнтує на теперішнє і максимально повне його проживання. Хтось обирає шлях стати на захист держави, хтось займається волонтерською діяльністю, для когось важливим є максимально ефективно виконання своїх професійних завдань тощо. Багато людей відчують відповідальність за пам'ять загиблих і

донесення історії їхнього життя та героїзму. Це є ще одним варіантом проживання власного життя більш змістовно, продуктивно й усвідомлено.

В умовах війни досить складно залишатися постійно в тонусі, не бути вразливим, приймати себе з помилками та недоліками. Дослідження М. Kitano і колег (2024) на вибірці людей з травматичним дитячим досвідом довели, що співчуття до себе є захисним фактором проти симптомів посттравматичного стресового розладу, викликаного цим типом досвіду. Під час метааналізу досліджень зв'язку співчуття до себе і психопатології особистості А. MacBeth і А. Gumley (2012) виявили значний ефект для зворотного зв'язку між співчуттям і психопатологією $r = -0,54$ (95% ДІ = $-0,57$ до $-0,51$; $Z = -34,02$; $p < 0,0001$) і підтвердили, що співчуття є важливою пояснювальною змінною в розумінні психічного здоров'я та стійкості. Тому співчутливе, неосудливе ставлення до себе можна рекомендувати як практику підтримання психічного здоров'я особистості.

Р. Gilbert (2014) і К. Neff (2003) обґрунтували ідею, яка загалом має на меті допомогти людям розвинути вміння неосудливого реагування на власні дії, вчинки, потреби тощо. Люди не мають і не можуть бути досконалими. На думку К. Neff, це дуже по-людськи: робити помилки, стикатися зі своїми обмеженнями, не досягати своїх ідеалів, Відкритість до цієї реальності, а не осуд і постійна боротьба якраз і є турботою про себе. Виділені компоненти доповнюють розуміння ідеї співчуття до себе: це доброта до себе (протилежним є осуд себе), відчуття належності до людської спільноти (протилежний полюс – ізоляція) та усвідомленість, сфокусованість (протилежним є надмірне ототожнення зі складними думками і почуттями). Співчуття до іншого розпочинається з помічання того, що інший зіткнувся з труднощами, відчувається недобре. Співчуття (а не жалість) можливе, якщо є розуміння, що недосконалість – це невід'ємна частина людського досвіду. Співчуття до себе базується на тих же принципах, що й до іншого, але стосовно себе. Отже, насамперед важливо помітити, усвідомити і прийняти, а не витіснити свій стан і ті проблеми, з якими довелося зіткнутися, а потім бути добрим до себе і подбати про себе настільки, наскільки в цьому є потреба в конкретний момент. Серед конкретних способів рекомендується, зокрема, ведення щоденників емоцій, переживань та думок без критики; створення списку підтримувальних фраз і звернення до них у ситуаціях труднощів; практикування вдячності щоранку чи щовечора (помітити і назвати три-п'ять ситуацій, речей чи подій, за які людина реально відчуває вдячність) і таким чином зосередження на позитиві; практикування улюбленої фізичної активності (прогулянки, танці, біг тощо).

Отже, екзистенційні практики психорегуляції та самопомоги в умовах війни мають на меті створити умови для знаходження особистістю власних сенсів, які дадуть їй змогу витримувати екзистенційні виклики війни. Ці практики загалом спрямовані на краще розуміння себе, своїх цінностей; консолідацію особистості з найближчим оточенням, нацією в цілому; збільшення її резильєнтності до наслідків війни через прийняття кінечності життя та розвиток практик самоспівчуття і самотурботи.

Висновки

Досвід особистості в умовах війни – це щоденний досвід проживання на межі життя і смерті. Дослідженням питань життя і смерті в психології займалися представники екзистенційної психології. Особистість в умовах війни має не лише вижити, а й зберегти себе, своє здоров'я. Збереження себе передбачає саморозвиток, постійне розширення своїх адаптаційних можливостей. Тому, вивчаючи проблему промоції здорового способу життя особистості в умовах війни, надзвичайно важливо якнайбільш ефективно використовувати наявні стратегії підтримання, збереження та поглиблення духовності особистості.

Результати нашого емпіричного дослідження показали, що найбільш поширеною практикою духовного розвитку є молитва як спосіб рефлексії, ефективний копінг, ресурс саморегуляції. Другим за поширеністю способом духовного розвитку є прослуховування чи перегляд передач духовного змісту, читання відповідної літератури. Цей спосіб дає змогу осмислити чи переосмислити життєві події. І ще одним ресурсним способом є дотримання духовних ритуалів та участь у житті релігійних громад, адже в українському суспільстві дотримання релігійних ритуалів навіть у вигляді спільного святкування релігійних свят виконує декілька функцій: єднання з родиною і спільнотою, підтримання відчуття психологічної безпеки, а також побудова планів та цілей на майбутнє.

Серед практик саморозвитку впевнено домінує практика планування, постановки цілей. Це також одна з особливостей українців: у ситуаціях екстремальної невизначеності вони не розгублюються, а ставлять цілі і працюють заради їх досягнення. Якщо на шляху виникають перешкоди, то прагнуть розширити свої знання (друга за пріоритетністю практика) і відточують навички та вміння (третя в списку виборів). Проте привертає увагу дуже низький рівень застосування тілесно залучених практик, зокрема в осіб вікової групи від 25 до 44 років, особливо у чоловіків. Брак таких практик може значно знизити фізичний потенціал людини в подальші вікові періоди.

Задача екзистенційних практик самопомогі і саморегуляції полягає в досягненні повноти відчуття життя навіть у тих умовах, які за всіма ознаками досить часто викликають відчай. Для цього ми описали і представили кілька технік самопізнання, мета яких – віднайти себе, побачити ймовірні напрямки саморозвитку, зуміти підтримати себе в разі невдач, знайти підтримку в історії через єднання з народом і його культурними надбаннями.

3.3. Практики психогігієни як підтримання здорового способу життя особистості в умовах війни

3.3.1. Практики психогігієни як фундамент соціально-психологічного супроводу здорового способу життя особистості

Повномасштабна війна стала для українського народу колективною травмою, усе населення проживає наразі травматичні події. Проте переживання травматичних подій не завжди призводить до *психологічної травми* – індивідуальної реакції на трагічні або надзвичайно значущі для особистості події, що викликає надмірне психічне напруження і подальші негативні переживання, які не можуть бути подолані самотійно і зумовлюють стійкі зміни стану і поведінки. Участь (чи роль спостерігача) у тій чи іншій руйнівній події є необхідною, але *недостатньою умовою для виникнення психічної травми* в окремої людини.

Травматичний стрес на індивідуальному рівні може мати три шляхи розвитку. Нормалізація стану людини за допомогою звичних і нових стратегій відновлення від травматичного стресу є найбільш поширеним варіантом розвитку подій. Негативний полюс – розвиток посттравматичних розладів. Позитивний полюс – становлення процесу посттравматичного зростання. Реагування особи на надзвичайні події залежить від багатьох факторів – біологічних, соціальних, психологічних, і саме останні є тією територією, за рахунок якої можна поступово рухатися до посттравматичного зростання (Титаренко, 2019). Окрім фізичного виживання, перед нами також постає питання збереження психологічного здоров'я особистості, яке підтримується насамперед практиками здорового способу життя.

Одним з дієвих способів підтримання здорового способу життя у воєнних умовах є практики психогігієни – завдяки реалізації щоденної рутини людині зазвичай легше відновити відчуття стабільності й певного контролю над життям. Психогігієна – це рутинні практики самообслуговування і тренування мозку, що сприяють формуванню та підтриманню здорових когнітивних моделей особистісного добробуту. Психогігієна охоплює також превентивні програми, психологічну підтримку і психологічну реабілітацію людей у разі виникнення психологічних проблем.

Концепцію психічної гігієни впроваджено на початку ХХ століття – спочатку для профілактики психічних захворювань, надання підтримки хворим і людям з легкими формами психічних розладів. Зокрема, у США (1908 р.) і Канаді (1922 р.) було створено Національні ради з психічної гігієни. Тобто спочатку основними напрямками психічної гігієни були дослідження у сфері медицини. В Україні перші фундаментальні та прикладні психогігієнічні дослідження провів психолог, педагог і лікар І. О. Сікорський. Так, у 1887 році він підготував доповідь «Задачі нервово-психічної гігієни і профілактики», де

означив напрямки психогігієнічних досліджень та їх значення для здоров'я нації.

Надалі питання психогігієни активно розробляли переважно у сфері психології праці, у корпоративній площині як спосіб збереження і підвищення продуктивності працівника; сьогодні ж ці питання досліджують у контексті профілактики вигорання та зниження стресу на робочому місці, підтримання добробуту особистості (Vaníčková et al., 2021). Сплеск інтересу до психогігієни спостерігався і за часів пандемії COVID-19 (Рибалка, 2020).

Психогігієна має на меті сприяння психічному добробуту особистості через вплив на загальну діяльність мозку. Наприклад, надмірне «блукання» розуму і гнітючі роздуми, згідно з дослідженнями, можуть призводити до виникнення тривоги і депресії (Anderson et al., 2008; Hong., 2007; Seli et al., 2015). Загалом, сьогодні чимало науковців різних дисциплін досліджують ті чи ті практики психогігієни та їх вплив на здоров'я і добробут особистості.

Ми пропонуємо теоретичну модель практик психогігієни, які знижують вплив травматичного стресу і його негативних наслідків на психічне здоров'я та формують підґрунтя для посттравматичного зростання (рис. 3.4).

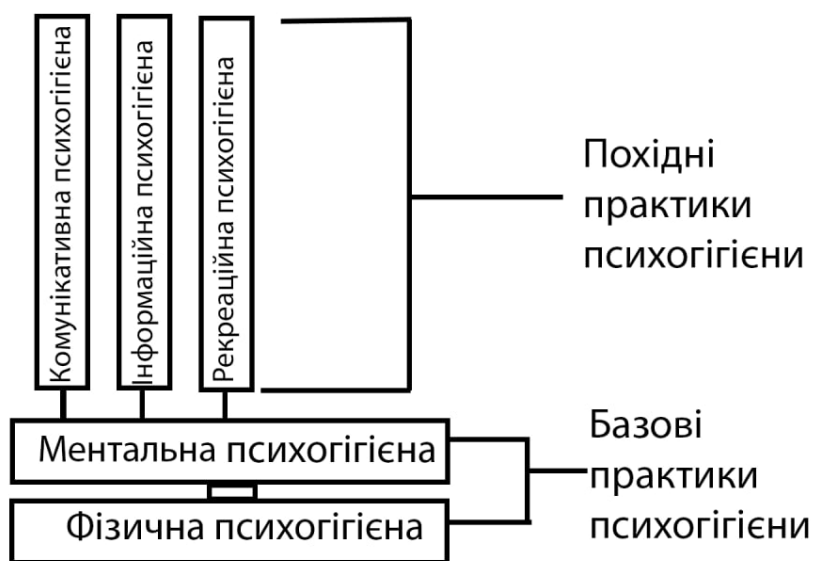


Рис. 3.4. Модель практик психогігієни

Створюючи нашу модель, ми спиралися на біопсихосоціальну модель психічного здоров'я. Згідно з цією моделлю людина є цілісним організмом, у якому біологічні, психологічні та соціальні фактори перебувають у постійному взаємозв'язку (Karamushka, 2021).

Ми виділили дві базові групи практик. Основою підтримання добробуту людини в сьогоднішніх травматичних умовах є *стабілізація емоційного стану*, на чому наголошують практики роботи з травмою (Герман, 2015). Отже, до базових ми віднесли фізичну і ментальну психогігієни.

Біологічною основою психічного здоров'я є фізичний добробут. Його підтримують практики фізичної психогігієни – сукупність практик гігієни,

знайомих нам з дитинства, а саме здоровий сон, збалансоване харчування, водні процедури, рухова активність. Хоча вся ця щоденна рутинна нам добре відома, у складні часи люди часом нехтують цими практиками, бо не вважають їх ключовими. Однак ці практики фізичної психогієни є визначальними в підтриманні здоров'я особистості в цілому і психічного зокрема. Жодні інші практики не можуть бути сповна реалізованими, якщо людина відчуває сонливість чи фізичний дискомфорт.

Окремим питанням у цьому ряду стоїть рухова активність. Як зазначає Бесел ван дер Колк (2023), західна цивілізація втратила культуру рухової активності, але східні народи щедро діляться системами фізичної самопідтримки, зокрема прийомами йоги. Дослідження показують чудові результати застосування йоги для подолання наслідків психологічної травми.

В Україні також є великі проблеми, пов'язані з руховою культурою: зміна традиційного способу життя призвела до обмеження фізичної активності населення, плюс наявна інфраструктура – від будівельних рішень до спортивних закладів і парків – не задовольняє потреби людей. Окремо стоїть також шкільна дисципліна «Фізична культура», яка ні за змістом, ні за наповненням не відповідає своїй назві, а є простором змагань і нормативів.

Друга базова практика – ментальна психогієна: молитви, медитації, візуалізації, дихальні практики, наративні практики, які сприяють відновленню психічної рівноваги. З цими практиками тісно пов'язаний феномен стресу. Стрес (з англ. *stress* – напруження, тиск) – це неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже інтенсивний зовнішній подразник, що перевищує норму, відповідна реакція нервової системи (McEwen & Huda, 2020). Біологічною функцією стресу є адаптація до навколишнього середовища. Тобто, по суті, стрес є реакцією напруження і мобілізації всього організму для формування нової стратегії поведінки в новочасних умовах.

Однак в організаціях, які займаються питаннями підтримання психічного здоров'я, надання психосоціальної підтримки, дуже поширена теза «боротьби зі стресом» (Товариство Червоного Хреста України, б. д.) (рис. 3.5).

До пошукового запиту «Боротьба зі стресом» Google видає 1 220 000 джерел, хоча, по суті, ця фраза є абсурдною з погляду біологічної науки. Сотні тисяч авторів пропонують людині боротися зі своєю нервовою системою. Безперечно, понятійна мішанина вкрай заплутує пересічну людину, яка переживає складні почуття: перед нею постає завдання боротися не дуже зрозуміло з чим.

Відповідно до біологічних механізмів, після напруження має настати етап розслаблення і відновлення стану психологічної рівноваги. Якщо людина змогла знайти тактику адаптації до нових умов, цей процес відбувається автоматично, якщо ні – вона й далі перебуватиме в стані нервово-психологічного напруження. Оскільки ми живемо в складноорганізованій реальності, завершення адаптаційного процесу може займати тривалий час, іноді – роки (наприклад, здобуття професії відповідно до потреб ринку праці). Отже, для підтримання психологічного добробуту сучасна людина потребує

спеціальних практик саморегуляції, застосування яких дасть змогу відновлювати стан спокою за допомогою психологічних механізмів.

СПОСОБИ ПІКЛУВАННЯ ПРО СЕБЕ:

1. Щоденна рутина: сон, їжа, фізичні вправи (режим дня)

2. Ваша улюблена та звична соціальна активність (чим займаєтесь, з ким спілкуєтесь)

3. Уникнення шкідливих способів боротьби зі стресом (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами)

4. Створення нової рутини (розпорядок дня, техніка повільного дихання, кола контролю, релаксація і т. д.)



Рис. 3.5. Боротьба зі стресом за версією Товариства Червоного Хреста України

Згадана вище «боротьба зі стресом» є невдалим фразеологізмом, який, за логікою, мав би бути замінений на словосполучення «практики саморегуляції» і допомагав зрозуміти простим людям своє завдання в разі виникнення стресових ситуацій. Якщо говорити по суті, то головним шляхом збереження психологічного здоров'я на тлі різноманітних стресів є застосування практик ментальної психогієни, а саме індивідуальних практик, які допомагають *розслабитися і відновити психологічний гомеостаз*.

Східні культури, на відміну від західних, з дитинства пропонують особистості широкий спектр практик саморегуляції, як-от дихальні вправи, масаж і точковий масаж, візуалізації, статичні і динамічні медитації тощо. Для західних культур традиційною практикою є молитва, як і в Україні зокрема.

Часто дорослі вимагають від дітей, наприклад, щоб ті заспокоїлися, але ніхто не пояснює докладно конкретні техніки. Багато людей спонтанно використовують для саморегуляції візуалізації чи дихальні вправи, однак є особи, які користуються тим, що простіше і що пропонує нинішня споживацька культура – деструктивні практики саморегуляції.

Деструктивні практики саморегуляції – це практики, які допомагають розслабитися, однак негативно впливають на здоров'я особистості. Ідеться, зокрема, про вживання психоактивних речовин, куріння, зловживання їжею чи цифровими продуктами, селфхарм тощо. Наприклад, станом на 1 січня 2017 року 694 928 жителів України перебували на обліку у зв'язку з розладами психіки, пов'язаними із вживанням алкоголю і наркотиків (Верховна Рада України, б. д.). Поширення конструктивних практик ментальної психогігієни сприятиме профілактиці психічних розладів, що виникають унаслідок звернення до деструктивних способів релаксації. Особливо важливим стає це завдання під час війни, адже кількість напружених ситуацій, з якими доводиться стикатися людині, зростає в геометричній прогресії.

Практики ментальної психогігієни ми також віднесли до базових, адже людина в напруженому емоційному стані не здатна ефективно організувати інші практики, і тільки стан психічної рівноваги дає простір для більш складної діяльності. Сьогодні практики ментальної психогігієни вже використовують у школах і садочках, в офісах глобальних корпорацій і вишах. Мабуть, у наш час складником загальної культури обов'язково має стати також і культура уваги: навички концентрації уваги, зосередження, довільне переведення уваги.

Похідні практики можуть бути ефективно організовані лише за умови систематичного практикування базових. До групи похідних ми віднесли інформаційні, комунікативні та рекреаційні практики.

Інформаційна психогігієна має на меті самообмеження в інформаційному просторі та свідомий вибір контенту. Психіка людина здатна опрацювати обмежену кількість переживань, тому важливо інформацію дозувати, ознайомлюватися з новинами, наприклад, у текстовому форматі, уникати перегляду сцен жорстокості. Завдяки впровадженню медіаосвіти в освітній і суспільний дискурс цей напрям турботи про себе є вже добре освоєним українцями.

Комунікативна психогігієна – це самообмеження в комунікації, як онлайн, так і офлайн. Усім відомо, що поруч з нами є люди, які нас виснажують у процесі спілкування, і люди, які нас надихають, додають сил. Комунікації з першими варто уникати чи мінімізувати, натомість надавати час і простір для спілкування з представниками другої групи.

Рекреаційна психогігієна, зокрема ігрові активності, творчість, розваги, гумор, зокрема чорний гумор, на нашу думку, є неодмінним складником життя кожного українця. Сміх розслабляє м'язи тіла, дає змогу побачити події з несподіваного боку, розширити тунельне сприйняття, характерне для травматичного стресу. Невід'ємною частиною нинішнього воєнного часу є чорний гумор, який проявляється в сотнях мемів і нових фразеологізмів.

Практики психогігієни, комплексно введені в щоденну рутину, допомагають людям керувати своїм емоційним станом і настроєм, зберігати свою продуктивність, бути соціально активними.

3.3.2. Особливості практикування психогігієни українців в умовах війни

Вивчення теми здорового способу життя українців, зокрема практик психогігієни, має на меті визначити поширеність певних груп відповідних практик і виявити необхідні напрямки промоції для різних груп населення, запропонувати тематику навчальних курсів, спецкурсів для системи освіти і підвищення кваліфікації, а також для освіти протягом життя та забезпечення психогігієни на робочому місці.

Практикування психогігієни ми вивчали за допомогою прямих запитань. Респонденти могли вибрати як одну групу, так і довільну кількість практик. Питання стосовно щоденних практик були розміщені в різних блоках (відповідно до логіки дослідження), відповіді аналізувалися шляхом присвоєння їм категорій «так» і «ні».

Статистичний аналіз отриманих результатів дав змогу побачити реальну картину практикування українцями психогігієни під час війни. Для нас як дослідників інтерес становили також гендерні відмінності в практиках психогігієни. Згідно з нашою гіпотезою, є суттєві відмінності в повсякденній рутині чоловіків і жінок. Статистичну значущість відмінностей ми визначали за допомогою порівняльного аналізу на основі критерію узгодженості χ^2 (Хі квадрат), адже обидві шкали були номінальні.

Статеві (біологічні) відмінності в цьому контексті не є суттєвими, оскільки практики є соціокультурним феноменом, що, відповідно, потребує звертання до поняття гендеру. Ми зупинилися на аналізі гендерних відмінностей для того, щоб зосередитися на найбільш широкому фокусі для формування стратегій промоції ЗСЖ. Інші соціодемографічні показники можуть бути основою для визначення тактики промоції ЗСЖ, що не є завданням нашого дослідження.

Дослідження практик фізичної психогігієни. Запорукою психологічного здоров'я громадян є систематичне використання практик фізичної психогігієни, тобто забезпечення базових тілесних потреб (табл. 3.15). Згідно з нашою гіпотезою, українці здебільшого використовують ці практики завдяки широкомасштабним і довголітнім зусиллям промоції з боку медичних установ та реалізації навчальних програм у системі освіти.

Як показали результати опитування, 38,6% респондентів нехтують навіть звичайними гігієнічними звичками, що є вкрай загрозливим показником, зокрема з погляду санітарно-епідеміологічної ситуації. Виявлено також гендерні відмінності щодо цього аспекту, адже сучасна культура очікує від жінок набагато більше, та й, власне, гігієнічна/косметична продукція орієнтована саме на них, тож 69,8% жінок надають цьому аспекту значну увагу.

Так само, з огляду на перспективу виникнення вже медичних проблем, є велика частка громадян (62,5%), які не приділяють належної уваги харчуванню і водному балансу. Причому практикування, як було виявлено, має гендерні відмінності. Ми вбачаємо тут соціально-культурні особливості: часто хлопців не вчать готувати, а жінки (44,6%) мають більше опікуватися дітою як через материнство, так і через прагнення відповідати культурним нормам тілесності.

Розподіл відповідей за практиками фізичної психогігієни

№	Практики	Загальна вибірка, %	Чоловіки, %	Жінки, %	Статистична значущість гендерних відмінностей
1	Приділяю увагу гігієні, зовнішньому вигляду	61,4	55,9	69,8	виявлено $\chi^2 = 119,117$ $p < 0,001$
2	Приділяю увагу харчуванню/ водному балансу	37,5	33,3	44,6	виявлено $\chi^2 = 79,571$ $p < 0,001$
3	Приділяю увагу фізичній активності	30,9	31,3	30,8	не виявлено $\chi^2 = 2,133$ $p = 0,344$
4	Приділяю увагу режиму дня	20,4	19,3	22,3	виявлено $\chi^2 = 7,872$ $p = 0,020$
5	Приділяю увагу сну	27,7	24,0	33,7	виявлено $\chi^2 = 67,770$ $p < 0,001$
6	Роблю необхідні медичні обстеження / дотримуюся необхідних схем лікування	15,5	10,7	23,0	виявлено $\chi^2 = 167,306$ $p < 0,001$

Особливу увагу ми звернули і на фізичну активність осіб – у нашій вибірці це менше ніж третина (30,9%), причому гендерної різниці не виявлено. Рухова активність хоча й пропагується, але ще потребує значної підтримки як у навчальних закладах і на робочих місцях, так і з погляду розбудови відповідної інфраструктури. Тут можна ще проводити уточнювальні дослідження, бо, імовірно, стандартне визначення фізичної активності (прогулянки і спорт) не зовсім відповідає нашим реаліям – людям під час війни доводиться набагато частіше ходити пішки. Якщо брати матерів дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, то їхні домашні обов'язки, які вони найчастіше виконують самотужки, теж можна вважати руховою активністю.

Дуже складною є ситуація з режимом дня – його дотримуються лише 20,4% респондентів, причому серед жінок таких осіб більше (22,3% проти 19,3% чоловіків, бачимо статистично значущу різницю). Сон є в полі уваги 27,7% осіб, і теж – більше у жінок (33,7% від кількості респонденток, виявлена статистично значуща гендерна різниця). Такі результати, на нашу думку, пов'язані з реаліями воєнного часу – тривогами, епізодичними перебоями з електроенергією і транспортом. Імовірно, жінки демонструють вищі показники, адже саме вони здебільшого турбуються про дітей і пенсіонерів, де режим і сон є вкрай важливими елементами повсякденності.

Необхідні медичні обстеження та лікування також набрали критично малий відсоток (15,5%), чоловіки ж продемонстрували ще більш низькі показники – 10,7%, що порушує питання про необхідність системного

вкладання ресурсів у розвиток профілактичної медицини, щоб знизити рівень хронічних захворювань і зберегти людський капітал держави. Також означена ситуація свідчить про те, що треба більш активно працювати у сфері культурних стереотипів, які, імовірно, впливають на практики психогігієни.

Дослідження ментальної психогігієни. Найбільш поширеною ментальною практикою, як і очікувалося, виявилася молитва (37,4%); помітно більша її поширеність – серед жінок (48,8%). Такий результат, мабуть, свідчить про те, що соціально-культурне середовище в Україні підтримує цю практику (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Розподіл відповідей за практиками ментальної психогігієни

№	Практики	Загальна вибірка, %	Чоловіки, %	Жінки, %	Статистична значущість гендерних відмінностей
1	Молюся	37,4	29,8	48,8	виявлено $\chi^2 = 222,633$ $p < 0,001$
2	Веду щоденник особистого досвіду	2,3	2,4	2,9%	не виявлено $\chi^2 = 1,405$ $p = 0,495$
3	Займаюся тілесними практиками	4,8	4,6	6,9%	виявлено $\chi^2 = 14,520$ $p = 0,001$
4	Застосовую вправи на візуалізацію	3,9	3,1	6,3%	виявлено $\chi^2 = 36,192$ $p < 0,001$
5	Використовую дихальні практики	4,6	3,0	8,4	виявлено $\chi^2 = 87,512$ $p < 0,001$
6	Медитую	4,5	3,1	7,9	виявлено $\chi^2 = 68,698$ $p < 0,001$
7	Практикую майндфулнес	1,4	1,0	2,3	виявлено $\chi^2 = 26,099$ $p < 0,001$
8	Намагаюся позбутися шкідливих звичок	21,5	25,3	16,0	виявлено $\chi^2 = 75,140$ $p < 0,001$

Порівняно нові для нас практики, які прийшли з інших культур, як-от: тілесні практики, візуалізації, дихальні практики, медитації, майндфулнес і серед них щоденник особистого досвіду, – як виявилось, є дуже малопоширеними (від 1,5% до 4,8%), здебільшого їх практикують жінки (від 2,3% до 8,4%).

Деструктивні практики саморегуляції (куріння, вживання психоактивних речовин) ми окремо не вивчали, однак учасникам опитування було запропоновано твердження «намагаюся позбутися шкідливих звичок», з яким погодилися загалом 21,5% респондентів. Більше це підтвердили чоловіки (25,3%), адже такі деструктивні практики традиційно притаманні саме їм.

Дослідження комунікативної психогігієни. До цієї категорії ми віднесли такі твердження з опитування: довірливо спілкуюся з найближчим оточенням; організовую зустрічі з приємними для мене людьми; зустрічаюся з приємними для мене людьми віртуально; обмежую реальне/віртуальне спілкування з неприємними для мене людьми (табл. 3.17).

Вивчення комунікативних практик українців показало, що довірливе спілкування з найближчим оточенням характерне для 64,5% респондентів. Значущих гендерних відмінностей, загалом, не виявлено, утім зауважено диференціацію за такою практикою, як організація зустрічей з приємними людьми: 23,6% змішаної вибірки користуються нею, тоді як у вибірці жінок цей показник сягає 27%.

Таблиця 3.17

Розподіл відповідей за практиками комунікативної психогігієни

№	Практики	Загальна вибірка, %	Чоловіки, %	Жінки, %	Статистична значущість гендерних відмінностей
1	Довірливо спілкуюся з найближчим оточенням	64,5	65,5	63,0	не виявлено $\chi^2 = 4,127$ $p=0,042$
2	Організую зустрічі з приємними для мене людьми	23,6	21,4	27,0	виявлено $\chi^2 = 25,447$ $p<0,001$
3	Зустрічаюся з приємними для мене людьми віртуально	10	8,8	11,8	виявлено $\chi^2 = 14,519$ $p=0,001$
4	Обмежую реальне/віртуальне спілкування з неприємними для мене людьми	27,1	21,0	36,4	виявлено $\chi^2 = 171,609$ $p<0,001$

Віртуальне спілкування використовують лише 10% осіб, частіше – жінки (11,8%). У нашому опитуванні малися на увазі саме відеозустрічі, і жінки користуються цією практикою частіше, оскільки в наших реаліях саме вони дбають про підтримання родинних і соціальних контактів.

З'ясувалося, що обмежують реальне/віртуальне спілкування з неприємними людьми 27,1% українців, також частіше – жінки (36,4%). Це може бути пов'язано з тим, що жінки більш усвідомлено сприймають своє спілкування, тому намагаються ефективно його регулювати.

Дослідження інформаційної психогігієни. Інформаційна психогігієна – досить новий вид активності людини, який з’явився буквально 10-15 років тому. Глобальний цифровий розвиток і поява високотехнологічних індивідуальних гаджетів призвели до того, що кожного дня людина стикається з величезними потоками різної текстової/візуальної інформації: новини, економіка, дослідження, реклама тощо. Тому постала потреба *керувати процесом споживання інформації*, застосовуючи як практики контролю використання комп’ютерів/телефонів, так і медіаграмотності. Українці у зв’язку з воєнним станом змушені нині щоденно переглядати новини, стежити за повітряними тривогами та змінами ситуації на фронті (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Розподіл відповідей за практиками інформаційної психогігієни

№	Практики	Загальна вибірка, %	Чоловіки, %	Жінки, %	Статистична значущість гендерних відмінностей
1	Дізнаюся про новини від найближчого оточення	56	57,6	53,7	виявлено $\chi^2 = 11,818$ $p = 0,003$
2	Помірно (до 1 год за добу) звертаюся до експертних (перевіраних/офіційних) джерел	49,8	47,4	53,4	виявлено $\chi^2 = 22,465$ $p < 0,001$
3	Отримую інформацію з гумористичного контенту	8,2	9,2	6,6	виявлено $\chi^2 = 13,215$ $p = 0,001$
4	Отримую інформацію з інтернету, соцмереж, ТБ та інших ЗМІ	2,3	2,3	2,4	не виявлено $\chi^2 = 0,293$ $p = 0,864$

Один із способів дізнаватися про новини – отримувати їх від найближчого оточення – використовують 56% респондентів, частіше – чоловіки (47,4%). Звертаються до експертних (перевіраних/офіційних) джерел інформації 49,8% респондентів, і жінки роблять це порівняно частіше (53,4%). До гумористичного контенту звертаються 8,2% українців, причому чоловіки це роблять більш часто (9,2%). Отримують інформацію з інтернету, соцмереж, ТБ та інших ЗМІ лише 2,3% респондентів, гендерних відмінностей за цією шкалою немає. Відповіді на питання про використання інформаційних практик показують, що респонденти більше довіряють особистим джерелам, аніж будь-яким повідомленням в інфопросторі. Зниження довіри до ЗМІ у 2024 році, особливо до телебачення (20%) і радіо (22%), підтвердило і дослідження «Медіаспоживання українців: третій рік повномасштабної війни» (ОПОРА, б. д.).

Дослідження рекреаційної психогігієни. Рекреаційна психогігієна, а саме практики, які додають сил, заряджають позитивними емоціями, привносять у

життя новий досвід, є особливо актуальною у воєнний період. Сьогодні сотні тисяч українських жінок змушені самотужки матеріально забезпечувати родину і щодня турбуватися про своїх близьких, а чоловіки – захищати країну. Отож ми намагалися завдяки нашому опитуванню дістати відповідь на питання, а як же відновлюються нині українці (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Розподіл відповідей за практиками рекреаційної психогігієни

№	Практики	Загальна вибірка, %	Чоловіки, %	Жінки, %	Статистична значущість гендерних відмінностей
1	Усамітнююся	19,3	13,4	28,1	виявлено $\chi^2 = 210,420$ $p < 0,001$
2	Займаюся творчістю (наприклад, хобі)	20,8	15,7	28,3	виявлено $\chi^2 = 150,742$ $p = 0,000$
3	Прогулююся місцевістю, де мешкаю	43,3	41,7	45,7	виявлено $\chi^2 = 9,877$ $p = 0,007$
4	Читаю художню літературу	18,7	13,5	26,4	виявлено $\chi^2 = 159,587$ $p = 0,000$
5	Переглядаю фільми/серіали	53,3	49,0	60,0	виявлено $\chi^2 = 70,593$ $p = 0,000$

З'ясувалося, що перегляди фільмів/серіалів практикують 53,3% респондентів, частіше – жінки (60,0%). Прогулянки допомагають 43,3% опитаних, і більш активно це практикують жінки (45,7%). До усамітнення загалом вдаються 19,3% осіб, жінки – значно частіше (28,1%). Заняття творчістю і хобі є способом відновлення для 20,8% респондентів, більшою мірою – для жінок (28,3%). Про читання художньої літератури згадують 18,7% осіб, і знову жінки – суттєво частіше (26,4%).

На нашу думку, таке переважання жіночого практикування за різними рекреаційними практиками зумовлено тим, що жінки суттєво більше втомлюються через буденні клопоти. Дослідження UNFPA Україна 2021 року показало, що 61% шлюбів розпадається частково через нерівномірність навантаження хатніми справами і турботою про родину між чоловіком і жінкою: жінки працюють удома вдвічі більше, ніж чоловіки (*Пресреліз з нагоди Дня батька в Україні, 2021*). Тобто жінкам потрібно більше часу, щоб відновити свій ресурсний психоемоційний стан.

Отже, статистичний аналіз отриманих даних показав, що поширеність більшості практик психогігієни статистично залежить від гендерної належності респондентів. Це дає підстави стверджувати, що повсякденна рутина чоловіків і

жінок щодо підтримання психологічного здоров'я суттєво відрізняється і потребує спеціальної уваги з погляду промоції ЗСЖ.

Дефіцитарність практик психогігієни. Одним із завдань дослідження було визначення стратегій промоції практик психогігієни в системі громадського здоров'я України. Аналізуючи емпіричні дані щодо частки осіб, які використовують у щоденному житті ті чи ті практики психогігієни, за критерієм поширеності ми виділили три групи практик (усього 27 практик) (табл. 3.20).

Практики, якими послуговуються 60% і більше українців, ми відносимо до групи слабодefіцитарних. На нашу думку, такі практики достатньо укорінені в культурі та повсякденності і не потребують додаткових заходів щодо промоції в умовах воєнного стану.

Практики, якими послуговуються від 30% до 60% українців, ми відносимо до групи середньодefіцитарних. Такі практики частково поширені в культурі та буденності українців і потребують окремих заходів щодо промоції.

Наступна група – критично дефіцитарні практики психогігієни, які використовують менше ніж 30% людей. Ця група потребує особливої уваги спільноти, спеціалізованих програм промоції.

Таблиця 3.20

Кількісний розподіл груп дефіцитарних практик психогігієни українців

№	Групи практик	Слабодefіцитарні	Середньодefіцитарні	Критично дефіцитарні
1	Фізична психогігієна	1	2	3
2	Ментальна психогігієна	0	1	7
3	Комунікативна психогігієна	1	0	3
4	Інформаційна психогігієна	0	2	2
5	Рекреаційна психогігієна	0	2	3
Загалом:		2	7	18
У відсотках:		7,41%	25,93%	66,7%

Розподіл за кількістю практикуючих осіб виявив, що понад 66,7% практик психогігієни є критично дефіцитарними, що дає нам підстави стверджувати, що промоція в цій сфері є вкрай важливою для підтримання ЗСЖ. Найбільш складна ситуація з ментальною психогігієною: навички, що рятують психологічне і соматичне здоров'я, запобігають панічним атакам і тривожним розладам, практикує дуже мало респондентів (від 1,4% до 4,8%).

3.3.3. Перспективи промоції практик психогігієни в системі громадського здоров'я України

Одним із завдань системи громадського здоров'я України є інформаційно-роз'яснювальна робота з населенням для профілактики захворювань та поширення ЗСЖ (Медична справа, б. д.).

Отже, промоція практик психогігієни як важливого складника ЗСЖ має спиратися насамперед на ресурси системи, залучаючи також інші заклади, установи та спільноти.

Проведене емпіричне дослідження засвідчило наявність суттєвої дефіцитарності в практиках психогігієни та істотну частку практик, що мають статистично значущі гендерні відмінності, тому промоція має бути комплексною, гендерночутливою, а з огляду на воєнний стан – і травмочутливою.

Ми пропонуємо три основні стратегії подолання дефіцитарності практик психогігієни.

Перша стратегія – *культурно-організаційна* – має зосередитися на поширенні знань і практик психогігієни в цілому по країні, через створення цілої низки психоедукаційних програм для різних груп населення (дітей, молоді, зрілих осіб, людей похилого віку) як офлайн, так і онлайн у різноманітних за формою заходах: онлайн-іграх, ретритах, мандрівках, клубах тощо. До цієї діяльності доречно було б залучити всі медичні та навчальні заклади, зокрема зі спеціалізованим навчанням і підтримкою для педагогів, медиків, соціальних працівників.

Дуже важлива і співпраця з культурними діячами. Дефіцитарність практик психогігієни часто зумовлена культурним контекстом. Наприклад, дихальні практики є маловідомими для нашого населення, епізоди їх застосування практично не представлені в текстах/фільмах/серіалах / соціальних мережах, тому поширеність є дуже незначною (4,6%) і тому так важливо донести представникам культури вагомість органічного включення таких наративів до мистецьких творів. Важливо також вибудовувати логіку промоції відповідно до гендерних особливостей, яка буде ґрунтуватися на реальних потребах людей. Наприклад, усі матері хочуть стати найкращими матерями, і програми турботи про психологічне здоров'я можуть надати простір цій потребі, залучаючи жінок до психогігієнічних практик. Наявність у нашому соціумі людей з різним травматичним досвідом вимагає також постійно тримати у фокусі уваги травмочутливість промоції, ретельно планувати і перевіряти щодо цього всі кампанії.

Ми пропонуємо також долучати до групи реципієнтів промоції керівників центральних державних органів і депутатів Верховної Ради, провідних менеджерів великих державних підприємств та інфлюенсерів. Психоедукація і власний досвід, на нашу думку, можуть спонукати керівництво надалі активно підтримувати поширення практик психогігієни серед своїх працівників, а блогерів – стати дієвим прикладом практикування психогігієни для великих аудиторій.

Наступна стратегія – *територіально-громадська* – спрямована на промоцію в місцевих громадах і громадських організаціях за рахунок активації горизонтальних зв'язків. Поширення практик психогігієни, на нашу думку, має передбачати залучення місцевих авторитетних осіб, до яких прислухаються, – керівників, священників, громадських лідерів, «старожилів». Організація низки психоедукаційних заходів, гейміфікація, групи «рівний–рівному», родинні заходи можуть стати елементами системи поширення конструктивних звичок. Тактичним прийомом може також стати запрошення до співпраці місцевих громадських організацій, включно з тими, що захищають гендерну рівність чи інклюзивні позиції. На цьому рівні також важливо організувати сервіси постійної підтримки практикуючих, як-от групові зустрічі, ретрити, фестивалі. Упровадження в рутину багатьох людей нових практик потребує значних зусиль спільноти, і потрібен значний час, щоб перетворити їх на традиції, які вже далі будуть передаватися наступним поколінням. Промоція психогігієни серед школярів має шанс подолати спротив, який часто виникає в такій ситуації, бо молодь легше сприймає і використовує інновації. Молоді люди можуть стати агентами змін як у своїх сім'ях, так і в спільнотах у цілому.

Рутинно-особистісна стратегія промоції спрямована на впровадження практик психогігієни в життя конкретних людей і поступову трансформацію їх у звичну рутину. На цьому рівні мають працювати психологи, психотерапевти, соціальні працівники і медичні працівники, педагоги, параспеціалісти. Спільно з клієнтом фахівець поступово конструює індивідуальну архітектуру практик, виявляє і долає бар'єри практикування (Гундертайло, 2022). Завдяки цьому вибудовується щоденна/щотижнева рутинна турбота про психічне здоров'я людини, яка з часом може змінюватися відповідно до нових умов/обставин та зміни інтересів.

У цій площині винятково важливо застосовувати гендерночутливий і травмоchутливий підходи, адже саме жінки стикаються з такими явищами, як «скляна стеля», «липка підлога» чи «пропущена сходинка», адже саме на їхні плечі падають репродуктивна праця і неоплачувана домашня робота. Так само наразі багато людей, які набули травматичного досвіду в умовах воєнного стану, тож взаємодія з ними в цьому контексті має бути делікатною і сповненою поваги.

Власне, усі спеціалісти мають у процесі професійної освіти/підвищення кваліфікації отримати протоколи первинної психологічної підтримки, тобто знати, як саме допомогти клієнтові напрацювати послідовність рутини, що одразу поліпшить його психологічний стан.

Приклад. Клієнтка внаслідок обстрілу ворогом мирних кварталів втратила рідну сестру, переживала складний процес горювання. На одній із сесій почала скаржитися на поганий сон. Причиною виявився котик, який їй залишився у спадок від загиблої: удень він спав, а вночі завзято бігав по квартирі. Проживаючи власні емоції, вона не помітила, що котику не вистачає звичних для нього рухових активностей. Після обговорення ситуації вона ввела у розпорядок дня щоденні ігри з домашнім улюбленцем. Так у її життя додалося

кілька десятків хвилин приємної турботи, жвавих фізичних вправ, і кожен день став трошки легшим, а сон налагодився.

Упровадження нових звичок у контекст життя особистості іноді може стикатися з труднощами: наче людина і хоче це зробити, але чомусь не вдається досягти поставлених цілей. Причиною може бути внутрішній конфлікт. Одним з ефективних способів виявити, зрозуміти та подолати цю ситуацію є IFS-психотерапія.

IFS (Internal Family System Therapy) – терапія внутрішніх сімейних систем, напрям психотерапії, розроблений з науково обґрунтованою ефективністю американським психологом Річардом Шварцом (Schwartz & Sweezy, 2019). Модель IFS розглядає психіку як систему із сукупності частинок (субособистостей) і ядра особистості (SELF). SELF як центральна частина психіки є лідером, носієм таких усталених якостей, як-от спокій, ясність, співчуття, цікавість, креативність, сміливість, упевненість. У кожної людини є багато різних частинок, тому здорова людина може одночасно хотіти в кіно і спати – це прагнення двох внутрішніх частин. Розглядаючи внутрішній світ особистості як певну сімейну систему, IFS застосовує таку ж логіку роботи з частинками особистості, яку використовують у сімейній системній терапії в роботі з родинами – з усіма розмовляють, домовляються, помічають і задовольняють потреби частинок. Завдяки такому погляду внутрішній конфлікт легше описати й зрозуміти, а тому і набагато простіше вирішити.

Наприклад, людина розуміє, що для здоров'я їй треба займатися спортом, однак одна частинка боїться хейту в спортзалі, тому справа довгий час не рухається з місця. Завдяки взаємодії з цією частинкою можна пояснити страх і заспокоїти цю частинку, підключивши контакт з SELF, – додати впевненості. Метою цього напрямку психотерапії є налагодження комунікації всіх частинок особистості із SELF, що дає людині змогу свідомо запобігати внутрішнім конфліктам або ефективно їх вирішувати.

Нові звички вимагають значних психологічних ресурсів, тому регулярна взаємодія зі спеціалістами сфери психічного здоров'я може забезпечити людині необхідну їй психологічну підтримку на час трансформації режиму дня.

Отже, розглянуті напрями промоції практик психогігієни в Україні є системним і комплексним способом подолання дефіцитарності, яку було виявлено в процесі дослідження.

Висновки

Щоденні практики психогігієни є важливими кроками для підтримання психологічного здоров'я особистості завдяки систематичному виконанню рутини. Практики психогігієни складаються з базових практик (фізична і ментальна психогігієна) та похідних (комунікативна, інформаційна, рекреаційна). Деструктивні практики саморегуляції (зокрема серед практик ментальної психогігієни) допомагають зняти психоемоційне напруження, проте конструктивні практики є здоровою альтернативою (дихальні практики, візуалізація, медитація).

Статистичний аналіз виявив, що поширеність більшості практик психогієни має статистично значущі гендерні відмінності. Найбільш поширеними серед практик фізичної психогієни є гігієнічні навички, ментальної – молитва. Лідером серед комунікативних практик психогієни стало довірливе спілкування з близькими, в інформаційних – отримання новин від близького оточення. У рекреаційних практиках психогієни найбільш поширеною виявилася практика перегляду фільмів/серіалів. Встановлено, що більша частина практик психогієни є критично дефіцитарними, що дає нам підстави стверджувати, що промоція в цій сфері є вкрай важливою.

Інформаційно-роз'яснювальна робота з населенням для поширення ЗСЖ є важливим завданням системи громадського здоров'я України. Стратегії промоції (культурно-організаційна, територіально-громадська, рутинно-особистісна) сприятимуть подоланню дефіцитарності практик психогієни, підтриманню добробуту і психологічного здоров'я населення в складні часи.

3.4. Плейбек-театр як соціально-психологічний засіб промоції здорового способу життя особистості

Соціально важливі цінності відтворюються разом із відтворенням самого соціуму – більше того, суспільство й існує в цивілізованому вигляді завдяки наявності та функціонуванню певної системи людських цінностей. Але, на жаль, деякі цінності можуть «попутно» втрачатися або замінюватися на інші, аж до протилежних чи ворожих до ключових принципів існування людства. Тому система цінностей та окремі з них, зокрема здоровий спосіб життя, потребують цілеспрямованої промоції.

Досліджені та описані в попередніх розділах принципи, засоби, канали, методи, прийоми промоції здоров'я можуть бути суттєво доповненими, якщо будуть враховувати царину мистецтва, яке нехай і не так цілеспрямовано, але теж здійснює цю соціальну функцію. Адже використання мистецтва з метою освіти, пропаганди, соціальної реклами, промоції загалом має досить багаті традиції. І театр плейбек як вид сучасного мистецтва теж може ставати прикладним, слугуючи певним ідеалам та цінностям.

3.4.1. Психологічні переваги театральнo-драматичних мистецтв у промоції соціально важливих цінностей

Під кутом зору найбільш загальної соціальної моделі промоції «HE SI AD» (Дворник, 2023, с. 60), що складається з трьох компонентів: просвітницького; компонента удосконалення сервісів й адвокаційного – мистецтво робить свій внесок не лише в перший з них. Тобто хоча *просвітництво* – це одна з функцій мистецтва, але є окремі його напрямки, де воно може бути спрямоване й на інші компоненти промоції. Наприклад, школа Баугаус (і загалом напрям функціоналізму) з його практичністю, поєднанням

мистецтва з ремеслами і буденним життям або напрям попарт з його переінтерпретацією продуктів вжитку, стилістичним обіграванням реклами є своєрідними розробками удосконалення *сервісів*. Чи принаймні його мистецькими рефлексіями. *Адвокаційним* компонентом промоції може бути, наприклад, концепція «соціальної скульптури» (і «мистецтво соціальної практики» в цілому), яка опікується потенціалом мистецтва для перетворення суспільства, вирішення проблем дискримінації, нерівності, насильства, екології, політики тощо. Так само і театр як вид мистецтва може бути частиною і просвітницького, і компонента удосконалення *сервісів*, і адвокаційного компонента цієї моделі промоції.

З погляду психологічної науки театральне мистецтво серед інших мистецтв посідає особливе місце. Психологія дослідила його досить щільно, іноді ототожнюючи театр з практичною психологією як такою – правда, естетизованою (Клименко, 2009). Звісно, у цьому випадку мається на увазі найбільш поширена форма втілення психологічних ідей, що психологія «оживає» саме в театрі, адже емоції, переживання, стосунки, мотивація поведінки та інші особистісні феномени становлять основний зміст театральних постановок. Саме в театрі відбувається їх мистецька, практична рефлексія, як у психології – рефлексія наукова.

Організаційно театр теж часто буває залучений до вирішення певних соціальних проблем чи завдань. Наприклад, австралійські дослідники К. Сінклер і А. Гріндрод (Sinclair & Grindrod, 2007), досліджуючи використання драми для навчання, розглядають театр як основний метод у програмах з промоції здоров'я на місцевому, «низовому» рівні, адже театр має потужний потенціал для поліпшення здоров'я громади, оскільки він:

- просто підвищує обізнаність щодо проблем здоров'я в громадах завдяки дотриманню «парадигми драми здоров'я» (там само, с. 4);
- дає змогу учасникам взаємодіяти з темами здоров'я в більш інтерактивний спосіб, що сприяє глибшому розумінню і змінам у поведінці;
- організовує співпрацю між фахівцями в галузі охорони здоров'я і театру, що дає ефект кофасилітації, допомагаючи забезпечити баланс між обома дисциплінами, що робить навчання більш ефективним і сприяє змінам у поведінці учасників;
- дає змогу переживати емоції персонажів, сприяючи розвитку емпатії та емоційного залучення в цілому, що змінює ставлення учасників до проблем ЗСЖ, а також усвідомлення важливості взаємопідтримки в цьому;
- допомагає учасникам розвивати комунікативні та інші соціальні навички, що відображається на формуванні відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточення;
- загалом сприяє активному рефлексуванню, обговоренню і роздумам учасників над своїм досвідом і внесенню коректив у процес навчання, власну поведінку та способи поліпшення свого здоров'я.

Канадська дослідниця Дж. Грей (Gray, 2009), аналізуючи взаємозв'язок між театальною практикою і сферою охорони здоров'я, дійшла висновку про високу продуктивність взаємодії театру і науки, адже театральна практика може

бути засобом поширення знань, зокрема про нові дослідження. На прикладі постановки театральної вистави «After the Crash» (англ. – «*Після аварії*»), створеної на основі досліджень про травми голови, показано, як театр може стати інструментом для передавання наукових знань широкій аудиторії, зокрема медичним працівникам. Дослідниця описала процес створення вистави з використанням емпіричного підходу на основі даних, отриманих від фокус-груп за участі людей, які пережили травми голови, їхніх родин і медичних працівників. Ця інформація «з перших вуст» стала основою для створення драматургії на цю дуже вузьку тему.

Отже, театр як форму діяльності можна досить ефективно використовувати для навчання, передавання досвіду та промоції здоров'я в цілому, але що робить його привабливим у цій сфері під кутом зору власне психологічної науки? Нас цікавлять передусім не художні чи організаційні особливості театру, тобто не всі видові і родові його відмінності, а саме ті, які мають психологічний сенс для промоції ідей та цінностей, і те, у чому цей сенс полягає.

Як показали наші попередні розвідки, основні психологічні переваги театралізації полягають у таких чотирьох основних характеристиках, які впливають просто з її специфіки: початково ігровий характер, образність, життєподібність і комплексність (Савінов, 2020, с. 46). Розкривши ці особливості в умовах арттерапії (там само), спробуймо їх проаналізувати і в умовах промоції соціально важливих цінностей.

Початково ігровий характер полягає в умовності всього, що відбувається на сцені. Навіть у театрі документальному відчувається певна конвенція з глядачем, що ми прямо або непрямо домовляємося про реалістичність усього, що тут відбувається, хоча насправді це вимисел, нехай і заснований на реальних подіях. Це умовний та ігровий світ, який цікавий і виконавцям, і глядачам не так своєю серйозністю, як радше її протилежністю – легкістю і фантазійністю «вигаданих» сцен.

Оскільки мистецтво театру базується на мистецтві гри (Шахрай, 2016, с. 109), а актор ставиться до об'єктів своєї уваги зовсім інакше, ніж у життєвій ситуації (там само), цей ігровий характер знімає певні психологічні бар'єри щодо сприйняття і у глядачів. Уявна реальність театру дає змогу пофантазувати, тимчасово відсторонитися від тяжкої повсякденності, іноді навіть викликати певний трансний стан, що допомагає переключенню клієнтів на творче переосмислення і свого життя на основі закладених у театрі ідей. Тобто завдяки цій умовності, несправжності полегшується сприйняття нової інформації, про ЗСЖ зокрема. Статус такої фентезі-реальності нібито має знижувати вплив театру на свідомість, бо «це ж вигадка», але сам зміст події легше засвоюється завдяки несерйозному ставленню, адже якщо домовилися вірити в цілому, то автоматично починаєш вірити і в деталях. Так, особистісне ставлення стає менш критичним, що дає змогу акторам виходити за обрії «справжньої» реальності, опрацьовуючи тим самим нові горизонти міркувань.

Образність робить театр більш наочним, зрозумілим, яскравим. Театр не описує прямим текстом пропоновану ситуацію і не вдається до її логічного

аналізу, а будується на актах створення художнього образу. Така форма дає змогу передавати ідеї в неабстрактному вигляді, передбачає «пробудження» несвідомих процесів, нерerefлексованих частин досвіду глядача, які могли бути досі витісненими, забутими, важкими для вербалізації. Такий доступ до несвідомого якраз і дає змогу зробити спілкування з аудиторією більш глибоким.

При цьому образ, на відміну від слова, є цілісним, завершеним, свого роду тотальним утворенням психіки. Образ також зазвичай є символічним, тож актуалізація важливих символів, а разом з ними і травматичних переживань, покладає велику відповідальність на театр. Тому полегшене *сприйняття* ідей в образному вигляді теж є чинником впливу театру на особистість.

Життєподібністю ми охарактеризували театр, порівнюючи його з іншими видами мистецтва, при цьому маючи на увазі не реалізм як метод чи стиль, тобто не прагнення до точного та об'єктивного передавання дійсності, а радше основний матеріал для створення художніх образів – дію. Так, якщо живопис виражається через лінії і кольори, поезія – через слова, танцювальне мистецтво – через рухи, музика – через звуки і т. ін., то в театрі це передусім дії за повноцінних життєвих обставин, нехай і умовних. Дії людини як комплексні патерни, з яких складається звичайна поведінка, діяльність, життя як таке. Як зазначає М. Говард, виокремлюючи специфіку мистецтва актора порівняно з іншими артистами і виконавцями, якщо останні намагаються змусити глядачів захоплюватися ними, то актори – нами самими! «Щоб ми, глядачі, побачили в них, наче у дзеркалі, наші сподівання, і сміливість, і глупоту» (Говард, 2017, с. 40). Фраза «Не вірю!» К. Станіславського також передусім про те, наскільки актор зміг «змусити» глядача ідентифікуватися із самим собою (Савінов, 2020, с. 49), занурившись у театральні обставини у всій повноті наче свого існування. Іншими словами, театр не виокремлює якусь площину життя, а моделює його в повному обсязі – просто за вимогами жанру. Життєподібністю театр запрошує глядачів зануритись у цю модель як у свій особистий повсякденний простір, що допомагає *знижити критичність сприйняття*, знімає опір, обходячи різні психологічні механізми захисту. А те, що театр часто має амбівалентний характер, зовсім не стає на заваді, а, на нашу думку, навпаки, додає правдоподібності у відображенні життя.

Комплексність, або синтетична природа, яку в театрознавстві визнають як найпершу особливість театру (Шахрай, 2016, с. 107), полягає в охопленні спектаклем чи іншим театральним твором майже всіх видів мистецтва, які тут втрачають самостійність і об'єднуються в одному – образі вистави (там само, с. 108). Та й саме втілення ролі є обов'язково інтегративним, полімодальним, а театр стає цікавим не лише завдяки словам, а через дії та події, у яких спрацьовує все: голос і звуки, пластика тіла і декорації, пряма інтерпретація і непряма інтонація, саме мізансценування, розміщення в сценічному просторі тощо. «Причому не лише предмети, образи і звуки, а й фрази чи окремі слова також можуть стати подіями за умови якісної акторської гри – від першої особи або чітко обраної іншої фокалізації» (Савінов, 2020, с. 52), тобто жорстко фіксованої однієї позиції. Отже, сценічні події завдяки своїй синтетичності,

комплексності залучають кілька сенсорних систем глядача, активізуючи не лише фантазію, а й органи відчуття, через неї або напряму.

Тому оскільки в театрі задіяні майже всі сенсорні системи, то він і діє на різні органи відчуття – передусім на зір і слух, а іноді на дотик, нюх і навіть смак, що допомагає і *повніше відчутти*, і *краще запам'ятати* все, що там відбувалося, зокрема людям з домінуванням різних сенсорних модальностей.

Крім того, видовою особливістю театрального мистецтва є *колективна природа* творчого процесу (Шахрай, 2016, с. 108), але це не так стосується психологічних особливостей його впливу. Хоча під час утілення, якщо не брати до уваги досить рідкісний жанр моноспектаклю, завжди передбачається існування іншої людини – прямо або опосередковано, дія на сцені найчастіше групова. Це дає змогу театру краще змодельовати, а глядачам, відповідно, *сприйняти справжнє соціальне життя*, стосунки, соціально-психологічний простір особистості в його ключових і таких знайомих моментах.

Усі перераховані переваги театру можуть обернутися і своєю зворотною стороною, якщо їх використовувати невміло, грубо, занадто поверхово або, навпаки, занадто зухвало. Так, *ігрова природа* театралізації межує з несерйозністю і демонстративністю (Савінов, 2020, с. 47). *Образність* може становити ризик «гіперідентифікації, Perezagliblennia» (там само, с. 49) через трансгресію особистості, вихід за межі запропонованих образів, бо невдалий, неточний символ чи метафора можуть призвести або до недовіри, або стати тригером ретравматизації. Через *життєподібність* ми сприймаємо як пересторогу переплетення контекстів (там само, с. 52), адже в театралізованій реальності є багато інтерпретацій, домислених позицій, які можуть бути неадекватно перенесеними на інші життєві контексти глядачів. А *комплексність* театру, залученість у ньому багатьох сенсорних систем одночасно можуть призвести до легкого трансу, а то й ступору (там само, с. 54), ризикованого підживлення негативних емоцій чи до тієї ж ретравматизації.

Колективна природа мистецтва театру, як умова його комплексності, синтетичності, дає змогу посилити драматичне напруження дії, створити емоційне тло вистави, але зворотною стороною може стати ще спільна ідентичність самої трупи. Наприклад, коли в плейбек-театрі порушуються соціально чутливі теми або планується виступ для специфічних аудиторій, то навряд чи буде нормально, якщо в команді театру більшість мають протилежну чи неприйнятну позицію щодо майбутнього змісту. Скажімо, під час війни не може бути плідної співпраці з російською аудиторією. Також внутрішні проблеми чи особливості соціально-психологічного клімату групи можуть ненавмисно випинатися назовні, впливаючи як на якість гри, так і на сприйняття навіть стороннім глядачем самої театральної трупи.

Отже, мистецтво театру може бути ефективним засобом промоції соціально важливих цінностей, маючи як психологічні переваги, так і пов'язані з ними ж перестороги. Плейбек-театр має не лише ті самі риси і відповідні ефекти, а й додаткові особливості: як театр сучасний, з його перформативністю і партиципаторністю, а також власні, оригінальні, пов'язані передусім з

практикою розповідання глядачами історій у режимі реального часу як обов'язкової частини дійства. Про що йтиметься вже в наступному параграфі.

3.4.2. Особливості плейбек-театральної події як освітньо-промоційної практики під час війни

Плейбек-театральна подія – це передусім «перформанс», хоча, звісно, плейбек-театр практикується і на своїх репетиціях, і на спеціалізованих тренінгах під час навчання самого плейбек-театру, і в межах інших групових занять, де використовуються його елементи або окремі вправи. Перформанс як цілісна форма плейбек-театру, правда, не є перформансом у чистому вигляді в розумінні сучасного театрального мистецтва. Адже плейбек-театр – це не лише дії акторів-імпровізаторів, а також повноцінна діяльність самих глядачів, історії яких розкриваються і ніби «позичаються» трупю для створення власне плейбек-театральної події. Поняття «аутсорсинг справжності» і «делегований перформанс» (Bishop, 2012) дуже вдало і відверто пояснюють, як присутні глядачі є джерелом змісту, а актори – його втілювачами. Ці дві дії, практики розповідання історій і практики їх інсценізації, мають бути комплементарними, взаємодоповнювальними – і тільки тоді можна говорити про повноцінний плейбек-театр, а не окремі його елементи.

Зазначені в попередньому параграфі переваги театрального мистецтва, звісно, спрацьовуватимуть і в театрі плейбек, але передусім у його театралізованій частині. А частина перформативна, оповідальна також має свою специфіку, яку ми і досліджували з погляду можливостей промоції здорового способу життя.

Сам по собі плейбек-театр його засновники розглядали, зокрема, як спосіб передавання життєвого досвіду і знань – правда, досить архаїчний. Адже набагато зручніше і швидше передавати знання у вигляді структур і схем, ефективніше «упаковувати» їх у таблиці і моделі, аніж відтворювати цілісні, але значно менше структуровані і менш інформаційні наративи. При цьому мистецтво театру, як і художня література, усе одно досі існує і виконує просвітницьку функцію, маючи тут, порівняно із системою традиційної освіти, певні переваги, описані в параграфі 3.4.1.

У широкому соціальному сенсі будь-які театри – це, скажімо так, «треті місця», де люди спілкуються поза роботою чи домом (Theatre Therapy, 2024). Звісно, будь-які хобі, позитивні розважальні та рекреаційні заходи підпадають під це означення. Усі такі «треті місця» є життєво важливими для побудови спільноти, але доведено, що саме театри на *психофізіологічному рівні* посилюють викид релаксаційних хімічних речовин у мозку і знижують тривогу й депресію. На *рівні особистісному* вони допомагають долати «епідемію самотності», зменшуючи відчуття ізоляції та сприяючи розвитку почуття причетності, що виникає на перформансах (там само). Також люди обирають драму, тому що вона ніби дає їм нове місце в житті: з гнучкими правилами і відчуттям реальності, де вони можуть ризикувати своїм існуванням як

особистості і своєю ідентичністю, – те, що дає їм сенс і відчуття, що вони живі. Причому роблять це добровільно, стикаючись із «поглядом інших», якого вони жадають і водночас відчувають огиду (Grammatopoulos & Reynolds, 2013). Тобто театр стає певним викликом, приводом для експериментів особистісного розвитку, причому не через символічні зображення в суворо і назавжди зафіксованій формі, як, наприклад, кіно, а в реально і неповторно втілюваній іншими людьми моделі життя.

Отже, до соціального інституту театру люди ходять за чимось іншим, відмінним від сім'ї і роботи, які посідають «перше» і «друге» місця. Вочевидь, за новим досвідом, а отже, за знаннями і певною соціалізацією. А значить, приємні почуття і задоволення від театру поєднуються з певною просвітницькою функцією самого по собі театрального середовища. У театрі плейбек додана перформативна, розмовна частина самих глядачів полягає у створеній можливості для висловлення своїх думок і почуттів, її передбачає сама процедура здійснення плейбек-театру, не нав'язуючи свого змісту гри, а сприймаючи і розвиваючи зміст присутніх. Тобто знання і досвід тут не фіксовані й тверді, а перебувають у «розплавленому» вигляді, набуваються особистістю не просто у співпереживанні готовому дійству, а формуючись тут і тепер у процесі активної рефлексії, спостереження і специфічного, хоча й не цілеспрямованого, але зворотного зв'язку.

Плейбек-театр далеко не є театром у класичному розумінні, але він досить близький до сучасного театрального мистецтва, маючи більшість його характеристик: перформативність, партиципаторність, а разом з ними інтерактивність, імпровізацію, часткову імерсивність. Хіба що крім концептуалізму, характерного для авангардних і деяких експериментальних театрів, адже у плейбек-театрі немає орієнтації на ідеї та концепції в опозицію самим діям, а радше на актуалізацію і рефлексію дій та почуттів. І то не своїх власних, а глядацьких, за вдалим висловом британського мистецтвознавця Клер Бішоп, «аутсорсингу справжності» за допомогою «делегованого перформансу» (Bishop, 2012), що великою мірою і є варіантом партиципаторності театру.

Отже, **перформативність** як зміщення акценту з представлення дії на саму дію і процес її реалізації в плейбек-театрі втілюється завдяки інтерактивності задля самовираження, перформансу самих глядачів! Адже дію реалізують передусім вони, власноруч руйнуючи уявний бар'єр між сценою і глядачами («четверту стіну»): присутність, рішення відкритись, вихід у публічний простір та внесення у спільний дискурс власного наративу, причому особистого.

Партиципаторність театру означає таку участь глядачів у процесі творення вистави, яка не описується просто активністю чи інтерактивністю, а коли від кожних нових дій учасників залежить розгортання подальших подій, від окремої історії змінюється, іноді кардинально, усе плейбек-театральне дійство. Тобто партиципаторність полягає в активному співавторстві плейбек-театру з аудиторією, яка стає необхідною частиною перформансу, а окремі оповідачі з неї – не просто оповідачами, а діячами, свого роду перформерами.

Промоційний аспект партиципаторності плейбек-театру полягає в сприянні розвитку емпатії, соціальної взаємодії та критичного мислення. Створюваний простір потенційно провокує діалог та обговорення важливих соціальних питань у соціально позитивному річизі, активізується залучення людини до зовнішніх соціальних процесів завдяки підвищенню зацікавленості та сприйняття соціальних проблем. А імерсивні елементи як різновид партиципаторності (наприклад, взаємодія глядачів один з одним) сприяють більш глибокому емоційному досвіду, більшій відкритості та відчуттю співучасті, що може ставати засобом соціальної освіти, виховання, зцілення. Також плейбек-театр іноді інтегрується в реальні соціально важливі ритуали, наприклад комеморації загиблих на фронті в Україні.

Але чому плейбек-театр пов'язаний не з деструкцією, а з конструкцією, відновленням, а не, наприклад, з виснаженням задля іншої мети? Джо Салас, одна із засновниць плейбек-театру, зазначає, що цілительство і мистецтво нероздільно інтегровані в завдання плейбеку (Salas, 2013, p. 113). Причини такого поєднання вона пояснює саме... терапевтичним середовищем, за К. Роджерсом (там само, p. 114). Але ж атмосфера плейбек-театру ніяк не дорівнює атмосфері психотерапії, навіть групової і недирективної. Вона досить далека також від усіляких груп підтримки, хоча дещо нагадує атмосферу «енкаунтер-групи» (групи зустрічей, спілкування) у центрованій на особистості психотерапії. Адже метою цього спеціалізованого формату є просто «побачити одне одного, почути, відчувати, обмінятися враженнями, думками, емоціями. Можливо, поділитися якоюсь інформацією...». А плейбек-театр, на відміну від «енкаунтеру», щонайменше має за мету театралізувати історії, а не лише їх актуалізувати у присутніх. Крім того, у плейбек-театрі відбувається спеціалізоване інтерв'ю як уточнювальний діалог з метою означити необхідні елементи історії, спостерігається червона нитка тем і фабул, реалізується продуманий ритуал дій тощо, не кажучи вже про зовнішні відмінності організації простору і послідовності дійства.

Досить вдалим є використання плейбек-театру як прикладного, тобто як інструменту соціально-психологічного супроводу, психосоціальної підтримки, адже ефективність соціально-психологічного супроводу забезпечується такими векторами специфічної супроводжувальної взаємодії агента і реципієнта (Як допомогти..., с. 34), як пряма, безпосередня допомога, а також і опосередкована, непряма. Саме непряму допомогу можна пояснити через аналіз психологічної атмосфери, соціально-психологічних умов і плейбек-театрального соціального простору.

Специфіку такого простору на найбільш широкому соціокультурному рівні розкрила український соціолог Л. Бевзенко через критерії індивідуалістично-холістичного переживання людиною відносин «Я – Світ» поряд з такими явищами, як волонтерський рух, інтернет та ін. (Бевзенко, 2018, с. 100). Це критерії, ключові слова: «Гра, занурення, єдність і свобода» (там само, с. 107). І справді, ці характеристики сучасної, а то й майбутньої соціальної організації є основами соціально-психологічної атмосфери плейбек-театру. Таке практикування є відповідним тренду взаємодії сучасної

особистості з метамодерним світом, що сприятиме гармонізації її стилю життя. Тут відбувається морально-психологічна рекреація, відновлення особистості паралельно і просвітництвом, промоцією цінностей, зокрема ЗСЖ, у такий сучасний спосіб, що дає підстави сподіватися на його високу ефективність серед інших, типових освітніх практик.

Так, *гра* є основною причиною і формою дійства, адже актори, втілюючи історії, грають у театральному сенсі, перекодовуючи розповідь, наратив у театральні мізансцени і цілісне дійство.

Історії мають бути особистими, тому *занурення* відбувається під час їх пригадування і розповідання.

Єдність виникає і сама по собі, оскільки люди слухають одне одного, а також завдяки акцентам кондактора (ведучого) на червоній нитці перформансу, що поступово «виплітається».

Справді, має місце парадоксальна різноспрямованість особистісних процесів і, відповідно, переживань учасників на плейбек-театральному перформансі, а саме виникнення почуття спільності, глибинної єдності і (водночас!) утвердження права на інакшість, індивідуальність, унікальність особистості (Савінов, 2022, с. 122-123), тобто цінність *свободи*. Ця особливість, помічена також Л. Бевзенко, поєднання єдності і свободи, дає змогу людині опановувати хаос. Що цілком збігається, до речі, з метою мистецтва загалом – освоїти життя, опанувати його складність, непередбачуваність, жорстокість.

Ще однією перевагою саме плейбек-театру є, за аналогією із психологічним ефектом «господаря», відчуття, що перформанс перебуває під контролем і владою глядачів, оскільки, за ритуалом, саме вони задають зміст усього того, що відбуватиметься на сцені... (Савінов, 2018, с. 57). Це підвищує довіру і дає змогу досягти більш глибоких, справжніх переживань учасників. І теж є підґрунтям для свободи.

Отже, ці одночасно актуалізовані на плейбек-театрі феномени створюють психологічні умови для більш повного розкриття особистості в умовах, як то кажуть, «наближених до справжніх». А це, власне, органічно наближає її до сучасної соціальної реальності, ніби реставруючи необхідні особистісні функції, зокрема здоровий спосіб життя.

3.4.3. Специфіка цільової аудиторії і безпосередніх учасників плейбек-театру в промоції їхнього здорового способу життя

Особливого значення впровадження різноманітних психологічних інтервенцій набуває в кризових ситуаціях, зумовлених війною, стихійними лихами чи іншими травматичними подіями. Адже в таких умовах порушуються базові відчуття безпеки, стабільності та контролю над власним життям. За таких обставин зростає потреба не лише в медичній чи соціальній підтримці, а й у психологічних практиках, які сприяють емоційній регуляції, інтеграції травматичного досвіду та відновленню почуття суб'єктності. Тому під час війни в плейбек-театрі навряд можна очікувати на аудиторію, що страждає від

нудьги, прагне пустих розваг або насолоджування естетикою. Радше це буде аудиторія, умотивована зростанням означених потреб, не розвиткових, а більше дефіцитарних, породжених війною і загострених її щоденними стресорами.

Плейбек-театр як форма психосоціальної інтервенції може стати потужним інструментом і в цьому контексті. Його унікальність полягає не лише в психологічних перевагах театралізації, перформативному досвіді учасників і простору сучасної соціальності, що було обґрунтовано вище, а й у створенні простору, де особисті історії набувають символічного втілення через театральну імпровізацію. Такий формат дає учасникам змогу не лише вербалізувати власні переживання, а й побачити їх у художньо-емоційній інтерпретації, що сприяє катарсису, емоційному звільненню та формуванню нових значень завдяки насиченню і переосмисленню автонаративу.

Про наявність певного досвіду застосування плейбек-театру в умовах соціальних криз свідчить і аналіз наукової та публіцистичної літератури.

Так, плейбек-театр використовувався передусім як прикладний арттерапевтичний інструмент у соціально-психологічній роботі з екскомбатантами, тобто колишніми учасниками бойових дій, наприклад: залучення організацією «Fighters for Peace», Ліван, 2011, Бейрут, 2016 (Playback Theater: War Stories, 2024); ініціатива «Автобус свободи», Палестина, 2014 (Rivers, 2015); у програмі «EnActing Dialogue», Непал, 2015 (Tag: excombatants..., 2023); проєкти «Peace Building in Lebanon», Лівія, 2018 (Stories/Frontlines Inside Our Minds..., 2023) та ін.; за його допомогою через театральний діалог, зокрема «деконструюючи ідентичності, пов'язані з війною», намагаються примирити повоєнні спільноти (Dirnstorfer & Saud, 2020, p. 122).

У наших попередніх публікаціях проаналізовано, зокрема, позитивний досвід залучення до участі в плейбек-театрі військовослужбовців ЗСУ. Ми показали, що прикладний плейбек-театр як арттерапевтичний інструмент психосоціальної роботи з бійцями можна застосовувати і для поліпшення показників бойової підготовки, і для психологічного відновлення комбатантів. Стандартні плейбек-театральні процедури не потребують модифікації, хоча для мінімізації зазначених ризиків, окрім поважного ставлення до аудиторії, історій та почуттів, необхідними є: утримання від розширення контекстів розповідей; мінімізація спрямування уваги комбатанта на почуття і на інтерпретацію травматичних подій; мінімізація сценічної уваги до зовнішнього антагоніста; наголошування на авторстві розповіді; відмова від спонукання до дій (Савінов, 2023, с. 40).

Загалом, сучасна психологічна практика накопичила достатньо доказів психотерапевтичного впливу плейбек-театру в різних контекстах, зокрема в контексті забезпечення психічного здоров'я, наприклад: Haneji, 1998, Rowe, 2007, Salas, 2007. Ці дослідження плейбеку в галузі психічного здоров'я містили описи конкретних практичних випадків. Згадані автори пропонують кілька внесків плейбек-театру з погляду створення сенсу поціновування інших після травми, самоактуалізації та розвитку. Такі дослідження розширюють

перспективи напрацювання інструментів і підходів до вивчення плейбек-театру, щоб краще зрозуміти його вплив на психічне здоров'я.

Пізніше G. Moran і U. Alon (2011) провели емпіричне дослідження, яке показало, що плейбек-театр є перспективним підходом, який сприяє одужанню людей із психічними захворюваннями. Десятитижневий курс плейбеку дав змогу почути особисті історії і створити середовище, у якому їх можна почути, реагувати на них з емпатією, а також пов'язати їх з історіями інших.

Дослідники вважають, що терапевтичний ефект плейбек-театру полягає в поєднанні трьох аспектів: *естетичної події*, у якій естетична форма допомагає виразити ідентифікацію аудиторії; *соціальної події*, чутливої до контексту групи тут і зараз, та *ритуальної події*, у якій диригент і актори переносять аудиторію «через поріг» і безпечно повертають її назад, маючи фіксовану структуру, що підтримує імпровізований контент. Отже, плейбек-театр об'єднує аспекти, корисні для зцілення: мистецтво, розповідь історій і соціальні зв'язки – у межах змістовної ритуальної структури (Moran & Alon, 2011).

S. Munjuluri et al. (2020) дослідили вплив плейбек-театру на психічне здоров'я мешканців Х'юстона, які пережили ураган «Гарві». На відміну від G. Moran і U. Alon (2011), які використовували лише самозвітні методи дослідження, S. Munjuluri et al. (2020) провели дослідження з використанням нейровізуалізаційного аналізу біомаркерів. Дослідники довели, що плейбек є цілком можливою терапевтичною допомогою для груп людей, які пережили спільний травматичний досвід. Автори не лише показали, що плейбек зменшує тривожність і симптоми посттравматичного стресового розладу, а й виявили можливий механізм цього ефекту в мозку. У підсумку дослідники пропонують ідеї щодо того, як плейбек-театр може посприяти одужанню своєї аудиторії: побачити свою позицію крізь призму бачення когось іншого; переосмислити свою особисту історію; позбутися своєї поточної ідентичності і натомість прийняти нову ідентичність з різноманітними ролями (наприклад, мати або батько, дружина або чоловік, друг). При цьому дуже важливим, на їхню думку, є відчуття спільності людського досвіду, тому для терапевтичного ефекту важливо, щоб глядачі ділилися травматичним досвідом, що може поліпшити комунікацію (у цьому випадку будинки всіх учасників було затоплено під час урагану «Гарві») (Munjuluri et al., 2020).

Такі результати відкривають для нас широкі перспективи для застосування плейбек-театру як терапевтичного засобу в умовах війни і повоєнного відновлення України щодо таких категорій осіб, як-от переселенці, біженці, військовослужбовці, люди з деокупованих територій та ін.

L. Yuanzhi (2023) пояснює причину терапевтичного ефекту плейбек-театру під кутом зору драматерапії, психодрами і нарративної терапії. На його думку, плейбек-театр створює театральне дистанціювання, що дає пацієнтам змогу відчувати зміну перспективи. Плейбек-театр також здатний перенести пацієнтів у драматичну реальність, де учасники можуть відчувати різницю між нею і своїм реальним буттям, а відтак повернути її у свій повсякденний світ. Ця зміна несподіваного факту створюється, коли учасники грають парадоксальні ролі, що сприяє інтеграції особистості. Крім того, як зазначає дослідник,

плейбек-театр також відповідає чотирьом елементам класичної психодрами Я. Морено: 1) пацієнти можуть зіткнутися з власною історією в театрі відтворення; 2) пацієнти можуть бути творчими в імпровізації та розіграванні історій; 3) пацієнти також можуть бути спонтанними, коли вони розповідають свою особисту історію і грають на сцені без заздалегідь обдуманих дій; 4) соціометрія пацієнтів може бути виявлена під час розповідання історій, що допомагає побудувати почуття спільності. До того ж плейбек-театр містить елементи наративної терапії: 1) він може допомогти пацієнтам екстерналізувати свої проблеми і пролити нове світло на їхній минулий досвід, і 2) він може допомогти пацієнтам переписати свою історію, оскільки плейбек-театр заохочує учасників визначати позитивні аспекти їхньої історії (Yuanzhi, 2023).

Базуючись на цих розробках, А. J. Gonzalez разом зі співавторами (2024) упроваджують у науковий ужиток новий термін – «психотерапевтичний плейбек-театр». Це новий психотерапевтичний формат, натхненний плейбек-театром і кількома терапіями. Відтак завдяки своїй розвідці дослідники доводять позитивний вплив психотерапевтичного плейбек-театру на психологічний добробут і психологічний дистрес учасників експериментальної групи (Gonzalez et al., 2024). Крім того, практики плейбек-театру починають активно використовувати для різних категорій населення, наприклад для людей похилого віку (Chung et al., 2018; Keisari et al., 2020; Keisari et al., 2022).

Широкий систематичний огляд літератури, присвяченої практичному застосуванню плейбек-театру, наведено в статті Gonzalez et al. (2024). Разом з тим нам не трапилися, на жаль, закордонні дослідження, безпосередньо пов'язані з використанням плейбек-театру в контексті промоції ЗСЖ, що стало відтак змістовим предиктором проведення власної розвідки цієї проблеми.

Так, у межах опитування «Здоровий спосіб життя українців під час війни» (див. підрозділ 2.1) ми проаналізували відповіді на питання «Чи відвідували Ви перформанс плейбек-театру за час повномасштабного вторгнення?» і «Чи хотіли б Ви, щоб про подію/ситуацію з Вашого життя поставили театральну сцену?». Аналіз отриманих даних (рис. 3.6) показав, що плейбек-театр як соціокультурна і психосоціальна практика залишається в період повномасштабного вторгнення загалом малопоширеним явищем серед українців. Абсолютна більшість респондентів (76,8%) зазначили, що не знають про таку практику; це свідчить про низьку поінформованість суспільства щодо можливостей плейбек-театру.

Ще 19,6% опитаних повідомили, що чули про плейбек-театр, але не брали в ньому участі. Це демонструє певний рівень ознайомлення з феноменом, однак без практичного досвіду. Лише 2,9% респондентів відвідували плейбек-театр як глядачі чи слухачі, що свідчить про дуже обмежене охоплення аудиторії. Водночас тільки 0,6% брали участь у плейбек-театральному дійстві як оповідачі власних історій, що відображає мінімальну готовність суспільства інтегрувати особистий досвід у такий формат.

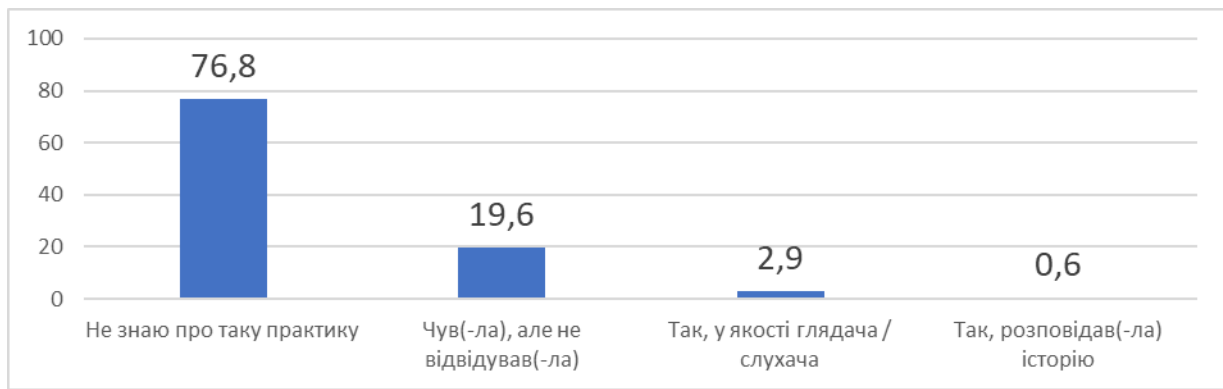


Рис. 3.6. Відвідування плейбек-театру за час повномасштабного вторгнення

Отже, отримані результати відображають критично низький рівень залучення українців до плейбек-театру за час війни. Це можна пояснити як відсутністю систематизованої інформаційної кампанії, так і обмеженістю інституційних можливостей для проведення таких заходів у кризовому соціально-політичному контексті. Проте наявність майже п'ятої частини населення, яка вже чула про цю практику, відкриває перспективи для її подальшої популяризації та інтеграції в стратегії психосоціальної підтримки та промоції здорового способу життя.

Що ж стосується другого питання, то, як бачимо з рисунка 3.7, більшість українців не виявили готовності безпосередньо переносити власні життєві події у формат плейбек-театру. Так, 62,9% респондентів відповіли «ні», а ще 15,9% – «радше ні», що в сукупності становить понад три чверті вибірки. Це свідчить про виражену обережність або навіть скептицизм щодо можливості винесення особистого досвіду в публічний театральний простір.

Водночас позитивно налаштованих учасників виявилось значно менше: 5,4% респондентів однозначно висловили бажання побачити власну ситуацію на сцені, а 4,3% – «радше так». Загалом, майже кожен десятий учасник дослідження виявив готовність до такої форми самопрезентації і рефлексії.

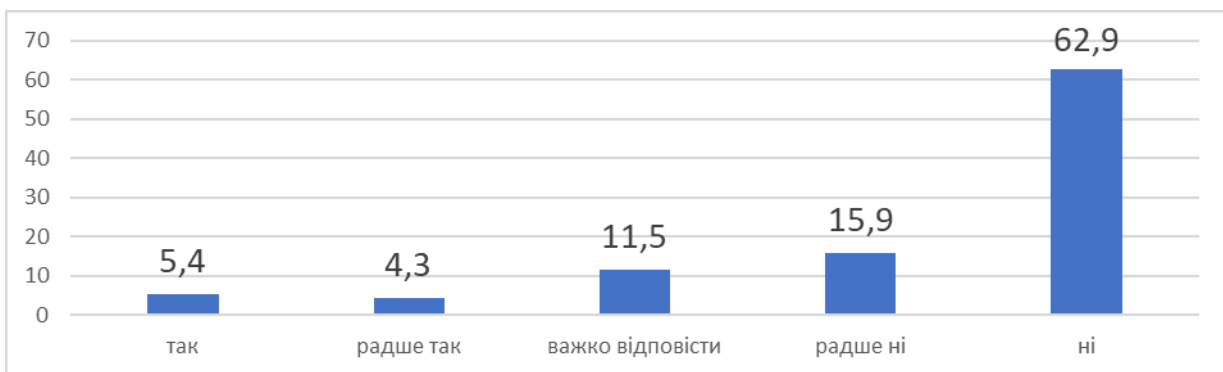


Рис. 3.7. Бажання українців поставити театральну сцену щодо їхньої ситуації (події)

Важливою з погляду аналізу є також частка невизначених відповідей – «важко відповісти» (11,5%). Вона свідчить про наявність «прихованого резерву» аудиторії, яка за певних умов (створення психологічно безпечної атмосфери, пояснення терапевтичного ефекту, попередній досвід участі) може змінити свою позицію на більш прихильну.

Отже, отримані результати вказують на те, що плейбек-театр українці наразі сприймають радше як цікаве, але незвичне явище, до якого вони ставляться з обережністю. Висока частка негативних відповідей пояснюється як культурно-психологічними чинниками (традиційна закритість щодо особистих переживань, страх публічного осуду), так і недостатньою обізнаністю з можливостями плейбек-театру як інструменту психоемоційної підтримки та соціальної інтеграції.

Разом з тим наявність певної частки позитивних і невизначених відповідей свідчить про потенціал для розвитку плейбек-театральних практик у суспільстві, особливо в поєднанні з просвітницькими й адвокаційними заходами, спрямованими на формування довіри до цього виду соціально-психологічних інтервенцій.

Далі за допомогою критерію χ^2 ми проаналізували розподіл відповідей респондентів на питання залежно від їхніх соціально-демографічних та освітньо-професійних характеристик.

Аналіз *соціально-демографічних відмінностей* показав, що поінформованість і залученість у практику плейбек-театру в Україні під час повномасштабного вторгнення значною мірою залежить від статі, віку та місця проживання респондентів (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

**Відвідування плейбек-театру респондентами
з різними соціально-демографічними характеристиками (у %)**

Соціально-демографічні характеристики		Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи відвідували Ви перформанс плейбек-театру за час повномасштабного вторгнення?»				p
		Не знаю про таку практику (n=4642)	Чув, але не відвідував (n=1187)	Так, у ролі глядача (n=178)	Так, розповідав історію (n=34)	
Стать	чоловік	61,7	54,6	61,2	52,9	p <0,001
	жінка	38,2	45,4	38,8	47,1	
	визначаюсь інакше	0,1	0	0	0	
Вік	16-24	8,2	8,3	7,3	0	p =0,047
	25-35	31	30,1	33,1	17,6	
	36-59	59	58,6	56,2	76,5	
	60-89	1,8	2,9	3,4	5,9	
Місце проживання	не визначено	0,5	1,6	1,7	2,9	p <0,001
	прифронтові зони/окупація	22,1	18,4	14,6	14,7	
	інші частини України	58,0	57,1	54,5	38,2	
	Київ та область	6,8	9,9	16,3	23,5	
	захід України	11,5	11,2	11,8	14,7	
	за кордоном	1	1,7	1,1	5,9	

Статеві відмінності виявилися статистично значущими ($p < 0,001$). Серед тих, хто не знає про плейбек-театр, переважають чоловіки (61,7%), тоді як жінки становлять 38,2%. Схожа тенденція простежується і серед відвідувачів: серед глядачів більшість становили чоловіки (61,2%), тоді як жінки – 38,8%. Водночас серед тих, хто брав участь у виставі як оповідачі, відсоток жінок був вищим (47,1%), ніж в інших категоріях, що може свідчити про більшу готовність жінок ділитися особистими історіями в публічному просторі.

Вікові особливості також увиразнили певні закономірності ($p = 0,047$), хоча й з «межовою» статистичною значущістю. Основну частину респондентів у всіх категоріях становили особи середнього віку (36–59 років), разом з тим серед оповідачів їх частка була найбільшою (76,5%). Молодь 16–24 років і 25–35 років проявляла найнижчу активність, і жоден представник першої групи не розповідав історій. Це може свідчити як про вікові відмінності в психологічній готовності до публічного самовираження, так і про культурні чинники, пов'язані з досвідом життя різних поколінь.

Як бачимо з таблиці 3.21, *місце проживання* виявилось вагомим чинником ($p < 0,001$). Найвищий рівень необізнаності з плейбек-театром характерний для респондентів з прифронтових і окупованих територій (22,1%) та інших частин України (58%). Водночас мешканці Києва та області частіше ставали як глядачами (16,3%), так і оповідачами (23,5%). Серед представників західних областей також спостерігалася дещо більша частка активних учасників (14,7% серед оповідачів). Ці дані свідчать про те, що саме в столиці та західному регіоні зосереджено більше можливостей для проведення плейбек-театральних подій, а також більшу готовність населення брати в них участь. Цікавим є факт, що серед респондентів, які перебували за кордоном, хоч і невеликий відсоток, але вищий рівень активності: 5,9% брали участь у плейбек-театрі як оповідачі.

Узагальнюючи, можна сказати, що чоловіки переважають серед тих, хто лише спостерігає, тоді як жінки частіше стають активними оповідачами; найбільш активна група оповідачів – особи середнього віку (36–59 років); мешканці Києва, західних регіонів і українці за кордоном мають вищу ймовірність участі в плейбек-театральних подіях, ніж жителі прифронтових зон чи інших частин України. Ці результати, на нашу думку, свідчать, що розвиток плейбек-театру в Україні потребує регіонального розширення і додаткових просвітницьких заходів, орієнтованих на молодь і жителів прифронтових територій.

Аналіз відмінностей за *освітньо-професійними характеристиками* (табл. 3.22) свідчить про суттєвий вплив освіти, працевлаштованості та рівня доходу на рівень обізнаності й практичної залученості до плейбек-театру в Україні під час повномасштабного вторгнення.

Освітній рівень виявився ключовим чинником ($p < 0,001$). Серед тих, хто не знає про плейбек-театр, майже половину становлять респонденти з повною вищою освітою (49,1%), що відображає загальний розподіл освітнього рівня вибірки. Водночас у групі тих, хто хоча б раз відвідував плейбек-театр, частка

осіб з вищою освітою є ще вищою: 61,8% серед глядачів і 67,6% серед оповідачів історій. Це відображає позитивну кореляцію між рівнем освіти і готовністю долучатися до культурних і психосоціальних практик. Натомість респонденти з неповною чи повною середньою освітою та із середньою спеціальною/незакінченою вищою були менш представлені серед тих, хто активно відвідував або брав участь у плейбек-театрі. Що цілком підтверджує результати наших попередніх досліджень, де саме місце проживання і рівень освіти (Tytarenko et al., 2021, p. 2759) були найкращими критеріями «демографічного портрета» потенційного глядача, типового учасника плейбек-театру.

Працевлаштованість також виявилася значущим чинником ($p < 0,001$). Серед учасників, які відвідували плейбек-театр у будь-якій ролі, переважна більшість були працевлаштованими (93,3–100%). Натомість серед непрацевлаштованих виявлено лише 2,4–6,7% представників, причому жоден із них не долучався до плейбек-театру як оповідач. Це може свідчити про більшу соціальну активність і зацікавленість у нових формах культурної взаємодії серед працюючих громадян.

Таблиця 3.22

**Відвідування плейбек-театру респондентами
з різними освітньо-професійними характеристиками (у %)**

Освітньо-професійні характеристики		Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи відвідували Ви перформанс плейбек-театру за час повномасштабного вторгнення?»				p
		Не знаю про таку практику (n=4642)	Чув, але не відвідував (n=1187)	Так, у якості глядача (n=178)	Так, розповідав історію (n=34)	
Освіта	неповна середня	2,6	2,1	4,5	2,9	p < 0,001
	повна середня	22,6	19,2	16,3	17,6	
	незакінчена вища/середня спеціальна	25,7	21,8	17,4	11,8	
	повна вища	49,1	56,9	61,8	67,6	
Працевлаштованість	не працевлаштовані	2,4	3,5	6,7	0	p < 0,001
	працевлаштовані	97,6	96,5	93,3	100	
Рівень доходу за місяць	дуже низький	33,9	29,7	30,9	26,5	p < 0,001
	низький	27,4	25,8	24,7	23,5	
	середній	31,2	31,6	32,0	41,2	
	високий	6,3	10,6	11,2	5,9	
	дуже високий	1,2	2,4	1,1	2,9	

Рівень доходів продемонстрував ще одну важливу тенденцію ($p < 0,001$). У групі респондентів з дуже низьким і низьким доходом переважає необізнаність із плейбек-театром (відповідно 33,9% і 27,4%). Натомість серед учасників, які брали участь у плейбек-театрі як оповідачі, зростає частка респондентів із середнім доходом (41,2%). Водночас частка осіб з високим і дуже високим рівнем доходу залишається відносно невеликою, проте серед тих, хто чув про плейбек-театр чи відвідував його як глядач, вона дещо вища (10,6–11,2%). Це свідчить про те, що економічна забезпеченість може створювати

додаткові умови для культурної активності, проте ключовим «ядром» аудиторії залишаються респонденти із середнім рівнем доходу.

Отже, результати демонструють, що вища освіта є вагомим предиктором готовності долучатися до плейбек-театральних практик; працевлаштованість виступає фактором соціальної активності, тоді як непрацевлаштовані респонденти практично не представлені серед учасників плейбек-театру; середній рівень доходу виявляється найбільш пов'язаним з безпосередньою участю в плейбек-театрі, тоді як дуже низькі доходи корелюють з необізнаністю щодо цієї практики. Отримані дані підкреслюють важливість урахування освітньо-професійних характеристик під час розроблення програм популяризації плейбек-театру як соціально-психологічного інструменту, зокрема з акцентом на залученні малозабезпечених груп та осіб з нижчим рівнем освіти.

Аналіз результатів показав, що готовність українців ділитися власним досвідом через театральну інсценізацію також має певні соціально-демографічні відмінності (табл. 3.23).

Таблиця 3.23

**Бажання українців поставити театральну сцену
щодо їхньої ситуації (події) (у %)**

Соціально-демографічні характеристики		Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи хотіли б Ви, щоб про подію/ситуацію з Вашого життя поставили театральну сцену?»					p
		ні (%; n=3802)	радіше ні (%; n=961)	важко відповісти (%; n=692)	радіше так (%; n=258)	так (%; n=328)	
Стать	чоловік	61,3	58,2	57,8	57,8	61,3	p =0,205
	жінка	38,6	41,7	42,2	41,9	38,7	
	визначаюся інакше	0,1	0,1	0	0,4	0	
Вік	16-24	6	8,1	13	15,9	17,1	p =0,001
	25-35	29,3	34,3	32,5	33,7	32	
	36-59	62,5	55,6	52,6	47,3	50	
	60-89	2,2	2	1,9	3,1	0,9	
Місце проживання	не визначено	0,4	0,3	1,6	3,9	2,4	p <0,001
	прифронтові зони/окупація	21,8	20,6	21,2	15,9	19,5	
	інші частини України	60	55,4	53,2	46,9	54	
	Київ та область	5,9	9,2	11	17,1	11,9	
	захід України	11,4	13,2	11,1	12,4	7,6	
	за кордоном	0,5	1,4	1,9	3,9	4,6	

За *статевою* ознакою статистично значущих відмінностей не виявлено ($p = 0,205$). Частки чоловіків і жінок у кожній групі відповідей розподілені майже пропорційно, що свідчить про те, що стать не впливає на бажання брати участь у плейбек-театральних практиках.

Віковий показник виявився більш вагомим ($p = 0,001$). Молодші респонденти частіше висловлюють зацікавленість у театралізації власного досвіду: у віковій групі 16–24 роки позитивні відповіді («так» і «радіше так») становлять понад 30%, тоді як серед респондентів старшого віку (36–59 років і

60+) переважають негативні настановлення. Це може свідчити про більшу відкритість молодших поколінь до творчих та інноваційних форм рефлексії травматичного досвіду.

Значущими є й відмінності за місцем проживання ($p < 0,001$). Найнижчу готовність до театралізації продемонстрували мешканці прифронтових територій та зон окупації, що може бути пов'язано з високим рівнем стресу і небезпеки, а також з обмеженістю культурних практик у цих регіонах. Натомість найбільший інтерес до плейбек-театру виявляють також, як і в ситуації відвідання театру, мешканці Києва та області (понад 17% у категорії «радше так»), а також респонденти, які перебувають за кордоном (до 4,6% відповіли «так»). Це можна пояснити більшою інтегрованістю в культурне середовище, наявністю можливостей для участі в таких подіях і прагненням до осмислення власного досвіду в більш безпечних умовах.

Отже, отримані результати свідчать, що бажання українців ставити театральну сцену про власні події залишається досить низьким загалом, однак воно виразніше проявляється серед молоді, мешканців великих міст і закордонних спільнот. Це підкреслює потенціал плейбек-театру як інструменту культурної і психологічної рефлексії для окремих соціальних груп, водночас окреслюючи виклики в його поширенні серед широкої аудиторії в Україні.

Аналіз *освітньо-професійних характеристик* українців (табл. 3.24), які висловили бажання або небажання бачити власні життєві події в театральній постановці, виявив також статистично значущі відмінності ($p < 0,001$) за всіма показниками.

Таблиця 3.24

**Бажання українців поставити театральну сцену
щодо їхньої ситуації (події) (у %)**

Освітньо-професійні характеристики		Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи хотіли б Ви, щоб про подію/ситуацію з Вашого життя поставили театральну сцену?»					p
		ні (n=3802)	радше ні (n=961)	важко відповісти (n=692)	радше так (n=258)	так (n=328)	
Освіта	неповна середня	2,5	1,9	2,3	5,8	3,7	p < 0,001
	повна середня	23,3	18,2	20,8	19,4	17,4	
	незакінчена вища/середня спеціальна	25,3	22,5	24,1	21,7	26,5	
	повна вища	48,9	57,4	52,7	53,1	52,4	
Працевлаштованість	не працевлаштовані	2,2	1,9	3,9	7,8	5,2	p < 0,001
	працевлаштовані	97,8	98,1	96,1	92,2	94,8	
Рівень доходу за місяць	дуже низький	35,2	25,9	29,6	23,3	41,2	p < 0,001
	низький	27,7	28,2	25,9	22,9	21,6	
	середній	29,4	35,8	33,8	42,6	26,8	
	високий	6,5	8,8	8,7	8,1	7,6	
	дуже високий	1,1	1,2	2	3,1	2,7	

З'ясовано, що *рівень освіти* має певний вплив на ставлення до такої практики. Серед респондентів з неповною середньою освітою частка тих, хто хотів би бачити власну подію на сцені, є вищою (5,8% – «радше так», 3,7% – «так»), ніж серед інших груп. Натомість особи з повною середньою освітою виявили нижчий рівень готовності (лише 19,4% – «радше так» і 17,4% – «так»). Найбільшу представленість у групах «радше так» і «так» мають респонденти з повною вищою освітою (понад 52%), що може свідчити про більшу відкритість до культурних і психологічних практик серед освічених верств населення.

Що ж до *працевлаштованості*, то більшість учасників опитування у всіх категоріях були працевлаштованими. Проте серед тих, хто позитивно ставиться до ідеї театралізації власних подій («радше так» – 7,8%, «так» – 5,2%), дещо більше виявилось непрацевлаштованих, що може свідчити про їхню більшу потребу у вираженні власних переживань та соціальній підтримці.

Особливо значущими є відмінності за *рівнем доходу*. Серед тих, хто категорично відмовляється від ідеї театральної постановки, переважають респонденти з дуже низьким рівнем доходу (35,2%). Водночас у групі з вираженим бажанням бачити свою історію на сцені («так») цей показник ще вищий (41,2%). Це може свідчити про те, що саме соціально вразливі верстви населення, які відчувають брак ресурсів і можливостей, виявляють сильнішу потребу в символічному визнанні і трансформації власного досвіду через мистецькі практики. Респонденти із середнім рівнем доходу частіше обирали позицію «радше так» (42,6%), що відображає їхню відносно збалансовану відкритість до такого формату переживання досвіду.

Щоб перевірити визначені закономірності, ми застосували також *дисперсійний однофакторний аналіз за критерієм Крускала – Уолліса* (табл. 3.25). Як свідчать отримані дані, на обидва показники: і «відвідування плейбек-театру», і «бажання зробити перформанс про подію життя» – мають вплив на рівні статистичної значущості майже всі соціально-демографічні та освітньо-професійні характеристики респондентів. Винятком є вплив статі на «бажання зробити перформанс про подію життя» – тут ми не спостерігаємо статистично значущих відмінностей. Тобто можемо стверджувати, що залученість до плейбек-театру (як відвідування, так і бажання інсценізувати власний досвід) значною мірою залежить від соціально-демографічних та освітньо-професійних характеристик опитаних.

Проаналізуймо відтак результати дослідження щодо залучення до плейбек-театру в контексті дотримання *здорового способу життя*.

Так, отримані результати свідчать про наявність статистично значущих відмінностей у дотриманні здорового способу життя залежно від досвіду взаємодії з плейбек-театром ($p < 0,001$) (табл. 3.26). Серед тих, хто не знає про таку практику, частка респондентів, які цілком дотримуються здорового способу життя, становить 23,1%, тоді як серед глядачів плейбек-театру – уже 32,6%, а серед тих, хто розповідав власну історію, – 38,2%. Схожа тенденція простежується і щодо відповідей «радше так»: від 28,1% серед неознайомих до 35,4% серед глядачів.

Водночас найнижчі показники дотримання здорового способу життя фіксуються в групі, яка не знайома з практикою плейбек-театру («ні» – 5,7%).

Таблиця 3.25

**Результати дисперсійного однофакторного аналізу
за критерієм Краскела – Уолліса, χ^2**

Соціально-демографічні та освітньо-професійні характеристики	Відвідування перформанс плейбек-театру за час війни?	Бажання зробити перформанс про подію/ситуацію Вашого життя
Стать	16,93***	3,78
Вік	8,89*	107,71***
Місце проживання	60,9***	149,0***
Освіта	34,4***	19,5***
Працевлаштованість	9,53**	18,65***
Рівень доходу за місяць	41,5***	39,5***

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Таблиця 3.26

**Зв'язок між показниками «відвідування плейбек-театру»
і «дотримання здорового способу життя» (у %)**

Дотримання здорового способу життя	Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи відвідували Ви перформанс плейбек-театру за час повномасштабного вторгнення?»				p
	Не знаю про таку практику (n=4642)	Чув, але не відвідував (n=1187)	Так, у ролі глядача (n=178)	Так, розповідав історію (n=34)	
ні	5,7	3,8	0,6	5,9	p < 0,001
раніше ні	15,9	12,0	11,8	8,8	
важко відповісти	27,3	20,4	19,7	17,6	
раніше так	28,1	36,1	35,4	29,4	
так	23,1	27,6	32,6	38,2	

Виявлені закономірності підтверджуються й дисперсійним однофакторним аналізом за критерієм Краскала – Уолліса, результати якого також показують наявність статистично значущого зв'язку між залученістю до театру і дотриманням ЗСЖ ($\chi^2 = 79,1$; $p < 0,001$).

Це дає підстави вважати, що залучення до плейбек-театру – навіть у ролі пасивного спостерігача – може бути асоційованим з більшою орієнтацією на здоровий спосіб життя. Іншими словами, чим вищий рівень особистої залученості в плейбек-театр, тим частіше респонденти схильні дотримуватися здорового способу життя, що може свідчити про потенційний ресурс психосоціальної підтримки та формування здорових практик через культурну участь.

Окрім того, як свідчать дані таблиці 3.27, виявлено статистично значущі відмінності між бажанням українців поставити театральну сцену за власною життєвою подією і рівнем дотримання здорового способу життя ($p < 0,001$). Найбільш чітко простежується позитивна асоціація в групі, яка висловила однозначне бажання бачити власну подію на сцені: 41,5% таких респондентів зазначили, що вони повністю дотримуються здорового способу життя. Для порівняння, серед тих, хто відповів «ні», ця частка становила лише 25,6%. Натомість у групі з відповіддю «важко відповісти» частіше трапляється невизначеність у сфері здорових практик (32,4%), що може відображати певну внутрішню амбівалентність або менш сформовану мотивацію.

Таблиця 3.27

**Зв'язок між показниками «бажання поставити театральну сцену»
і «дотримання здорового способу життя» (у %)**

Дотримання здорового способу життя	Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи хотіли б Ви, щоб про подію/ситуацію з Вашого життя поставили театральну сцену?»					p
	ні (n=3802)	радіше ні (n=961)	важко відповісти (n=692)	радіше так (n=258)	так (n=328)	
ні	6,7	1,8	2	2,7	6,4	p < 0,001
радіше ні	14,1	22,5	10,3	15,9	12,2	
важко відповісти	26,8	20,6	32,4	21,3	16,5	
радіше так	26,9	38,6	33,2	40,7	23,5	
так	25,6	16,5	22,1	19,4	41,5	

Отже, відкритість до самовираження і символічної репрезентації власного досвіду в театральній формі пов'язана з більшою схильністю до підтримання здорових практик. Це може свідчити про те, що готовність до творчої інтерпретації власних подій та емоцій корелює з вищим рівнем саморегуляції і відповідального ставлення до здоров'я.

Підсумовуючи, слід зазначити, що більш висока залученість до плейбек-театру (як відвідування, так і бажання інсценізувати власний досвід) пов'язана з більш вираженим дотриманням здорового способу життя. Тобто можемо припустити, що учасники, схильні до рефлексії, самовираження та соціальної взаємодії, також більше спрямовані на турботу про власне здоров'я і добробут.

На основі теоретичного аналізу проблеми, результатів емпіричного дослідження і нашого власного практичного досвіду роботи ми сформулювали основні закономірності та принципи плейбек-театру, які, на нашу думку, можуть сприяти промоції ЗСЖ:

– *Емоційна валідація*: плейбек-театр забезпечує безпечний простір для людей, щоб вони могли поділитися своїм досвідом щодо ЗСЖ та отримати його валідацію, що може мати терапевтичний і наснажливий ефект у цьому контексті.

– *Особистісне зростання*: завдяки роздумам над особистими історіями і їх театральним представленням учасники можуть дістати нове розуміння себе,

свого тіла і своїх стосунків зі своїм здоров'ям завдяки відповідним психотерапевтичним ефектам, як-от готовність до відкритості, самовизначення в наративі та його насичення тощо (Савінов, 2015, с. 133), що підтверджує результати нашого попереднього дослідження.

– *Отримання ресурсу, зниження стресу*: імпровізаційна і творча природа плейбек-театру може бути цікавим і захопливим способом відновлення, зняття стресу й тривоги, тим самим бути в більшому ресурсі щодо застосування здорових практик.

– *Поліпшена комунікація і розбудова спільноти*: під час вистави учасники розвивають свої комунікативні навички, як вербальні, так і невербальні, навчаючись висловлюватися і слухати інших, а отже, удосконалюють наявні навички щодо отримання та надання соціальної підтримки як важливої і необхідної практики ЗСЖ. Крім того, у цьому аспекті важливо, що плейбек-театр може зміцнювати зв'язки в спільноті, заохочуючи спільний досвід і сприяючи посиленню відчуття належності.

– *Відновлення психічного здоров'я*: згідно з результатами дослідження, плейбек-театр може бути корисним для людей, які вже стали на шлях психічного одужання, сприяючи підвищенню самооцінки, розвитку соціальних зв'язків та відчуття мети, що буде безпосередньо впливати й на фізичне здоров'я людини.

– *Творче самовираження*: він пропонує творчий вихід для людей, щоб дослідити своє фізичне і психічне здоров'я в неупередженому та підтримувальному середовищі.

Отже, можемо говорити, що плейбек-театр завдяки його зорієнтованості на взаємодію зі звичайними людьми, окремими особами, родинами і громадами може: допомагати в підвищенні рівня усвідомленості та обізнаності щодо ЗСЖ; працювати з переконаннями, ставленнями й розширенням можливостей; певним чином впливати на індивідуальну і групову активність та поведінкові зміни; брати участь у житті спільноти, певним чином просуваючи ідеї та культивуацію ЗСЖ. А також що під час війни зростає затребуваність такого формату, причому у більш функціональному (а не розважальному) його значенні, коли потреба в психологічному зціленні, відновленні та підтримці, на жаль, максимально зростає.

Висновки

Мистецтво театру може бути ефективним засобом промоції соціально важливих цінностей, маючи як психологічні переваги, так і пов'язані з ними ж перестороги. Плейбек-театр має не лише ті самі риси і відповідні ефекти, а й додаткові особливості: як театр сучасний, з його перформативністю і партиципаторністю, а також власні оригінальні, пов'язані передусім з практикою розповідання глядачами історій у режимі реального часу як обов'язкової частини дійства.

Плейбек-театр як мистецтво сучасного театру може бути інструментом промоції ЗСЖ в її просвітницькій частині завдяки таким складникам:

1) здоров'язберігальній загальній атмосфері, 2) психотерапевтичним механізмам і 3) фокусуванню на позитивному змісті розповідей.

Проведене дослідження дало змогу окреслити специфіку плейбек-театру як соціально-психологічної інтервенції, що має значний потенціал у промоції здорового способу життя особистості і громади. Емпіричні дані продемонстрували, що рівень обізнаності українців про плейбек-театр загалом є низьким, проте наявність частини респондентів, які виявляють інтерес до цієї практики, свідчить про можливість для її подальшої популяризації.

Встановлено, що залучення до плейбек-театру, навіть у ролі пасивного глядача, корелює з більш вираженою спрямованістю на дотримання здорового способу життя. Респонденти, які брали активну участь у розповіданні власних історій, виявляють ще вищі показники прихильності до здорових практик. Це дає підстави розглядати плейбек-театр як засіб не лише культурної комунікації, а і як чинник розвитку психологічної резильєнтності, усвідомленості та суб'єктності.

Соціально-демографічний та освітньо-професійний аналіз показав, що більшу відкритість до театралізації власних подій демонструють молодь, особи з вищою освітою і середнім рівнем доходів, а також мешканці великих міст і закордонних спільнот. Водночас соціально вразливі групи, попри загальну обережність, виражають більш глибоку потребу в символічному визнанні і трансформації власного досвіду.

Отже, результати дослідження підтверджують доцільність використання плейбек-театру як інноваційного формату психосоціальних інтервенцій, особливо в кризових умовах, спричинених війною чи іншими травматичними подіями. Плейбек-театр сприяє підвищенню обізнаності щодо здорового способу життя, формуванню позитивних переконань і настановлень, розвитку групової активності та соціальної інтеграції. Його можна розглядати як ефективний інструмент просвітницької, удосконалювальної та адвокаційної роботи у сфері збереження і зміцнення здоров'я населення.

Ефективність плейбек-театру в промоції цінностей здорового способу життя зумовлена передусім психологічною атмосферою плейбек-театральних подій: поєднанням феноменів гри, занурення, єдності та свободи; прикладним застосуванням для соціально-психологічного супроводу: спрямованістю на опосередковану допомогу через активізацію роботи спільнот, підживленням комунікативних ресурсів особистості тощо.

ПІСЛЯМОВА

Відображені в монографії результати наукового дослідження відділу соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, виконуваного протягом 2022–2024 років, охопило теоретичні, методологічні й емпіричні виміри соціально-психологічної проблематики здорового способу життя. Представлені напрацювання доповнюють, переосмислюють, удосконалюють, а подекуди й перевершують уже наявні в досліджуваній площині наукові знахідки.

Зокрема, у роботі читачеві вперше представлено концепцію формування та відновлення (промоції) здорового способу життя особистості в умовах війни, у межах якої визначено особливості суб'єктів, на яких спрямовано здоров'язберігальні інтервенції; середовище, де проводяться відповідні заходи, і мішені та прийоми впливу на особистість. На відміну від традиційних підходів до здорового способу життя, ця концепція відображає соціально-психологічну сутність стратегічного підходу і контекст невизначеності воєнного часу.

Розроблено також концепцію забезпечення ЗСЖ та психологічного добробуту комбатантів і волонтерів зі складниками психологічного добробуту, деструктивними чинниками впливу на добробут, чинниками трансформації цього впливу та стратегіями збереження і зростання в умовах війни, а також емпіричну модель взаємодії її складників. Ця концепція інтегрує й переінтерпретовує класичні підходи до розуміння психологічного добробуту і ресурсного стресодолавання з урахуванням воєнного контексту і значної кількості втрат.

Представлений комплекс соціально-психологічних стратегій (ландшафтні стратегії воєнного життєтворення, стратегії збереження і зростання в умовах війни, стратегії промоції цифрового добробуту, стратегії промоції майндфулнес, стратегії підтримання здорового способу життя українцями з різним ставленням до невизначеності, стратегії промоції практик психогігієни) спрямований на активізацію особистісних і соціальних ресурсів промоції здорового способу життя в умовах війни, що осучаснює ідеї закордонних колег з урахуванням української сучасності.

Важливими здобутками колективу дослідників є і побудова типології практик самозбереження і відновлення у воєнних умовах, і з'ясування специфіки самооздоровчого практикування мирних мешканців і військових, і презентування стратегіальної моделі характерних для вікових субкультур практик самовідновлення, що перевершує закордонні аналоги.

Крім того, на основі даних всеукраїнського опитування відповідно до соціодемографічних характеристик, ставлення до здоров'я та досвіду українців, набутого за час повномасштабного вторгнення, з'ясовано особливості прояву компонентів цифрового добробуту (більш диференційований погляд на конструкт цифрового добробуту порівняно із закордонними підходами), майндфулнес-стратегій турботи про власне здоров'я (оновлено сучасні

дослідження щодо майндфулнес як чинника буферизації травматичних реакцій на COVID-19 і набуття стійкості особистості), здоров'язберігальних практик у респондентів з різним ставленням до невизначеності (додано український контекст екстремальної воєнної невизначеності), екзистенційно-орієнтованого соціально-психологічного супроводу особистості (закордонні дослідження доповнено розумінням значення молитви як екзистенційної практики в умовах війни), бажання втілення власної історії в театральній сцені (порівняно з роботами закордонних науковців оновлено в контексті інтервенцій не лише після, а під час війни).

Сподіваємося, що на прикладному рівні застосування розроблених соціально-психологічних стратегій формування здорового способу життя, стійких до умов суспільної нестабільності, сприятиме поширенню відповідних оптимальних практик серед різних вікових субкультур, серед військовослужбовців і мирних мешканців, ветеранів і волонтерів, фахівців соціально значущих галузей, переселенців і місцевих мешканців, більш чутливих і більш стійких громадян. А впровадження стратегій ЗСЖ в загальну систему соціально-психологічної підтримки населення підвищуватиме готовність практичних, клінічних, військових психологів, педагогів, реабілітологів, соціальних працівників, ерготерапевтів, медичних працівників, менеджерів з персоналу, параспеціалістів, а також громадських активістів до ефективного супроводу своїх підопічних в складних умовах воєнної реальності та посилення їхньої життєстійкості.

ЛІТЕРАТУРА

- Балалаєва, О. Ю. (2022). Аналіз понятійного апарату дослідження проблеми популяризації здорового способу життя. *Актуальні питання у сучасній науці*, 1(1), 348–358.
- Бевзенко, Л. Д. (2018). Криза освіти, сучасні соціокультурні трансформації та зміна повсякденних освітніх практик. *Філософія освіти*, 2, 100–117.
- Бойко, О. В., Литвиненко, Е. С., & Страшко, С. В. (уклад.). (2009). *Розвиток мотивації до здорового способу життя: Інформаційно-методичний посібник для офіцерів та сержантів*. Київ: Програма розвитку ООН.
- Бондарчук, О., & Пінчук, Н. (2023). Психологічне здоров'я особистості: сутність, індикатори, умови підтримки та відновлення під час війни і в повоєнний час. *Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць Серія: Соціальні та поведінкові науки. Серія: Управління та адміністрування*, 25(54), 28–43. [https://doi.org/10.58442/2522-9931-2023-25\(54\)-28-43](https://doi.org/10.58442/2522-9931-2023-25(54)-28-43).
- Бринзюк, М., & Басюк, Н. (2018). Формування здорового способу життя підлітків: проблеми і перспективи. В *Інноваційні процеси в розвитку дошкільної та початкової освіти*. Житомир: ЖДУ ім. Івана Франка.
- Брюховецька, О. В. (2021). Особливості впливу толерантності до невизначеності на професійно важливі якості керівників освітніх організацій. *Вчені записки університету «КРОК»*, 2(62), 176–184.
- Верховна Рада України (б. д.). *Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#n8>.
- Вознюк, М. Г., Єрмоменко, Е. А., & Кіблицький, Р. В. (2018). Компоненти здорового способу життя юних спортсменів хортингу. *Теорія і методика хортингу*, 1(2), 471–485.
- Всесвітня організація охорони здоров'я. (2023). *Priorities for health system recovery in Ukraine*. <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>.
- Всесвітня організація охорони здоров'я. (2024). War in Ukraine: situation report from WHO Country Office in Ukraine. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-5319-45083-75040>.
- Герман, Дж. (2015). *Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань в сім'ї до політичного терору*. Львів: Вид-во Старого Лева.
- Горбунова, В. (2016). Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах. *Наука і освіта*, 5, 40–45.
- Гридковець, Л. (заг. ред.) (2018). *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник*. Т. 3. Київ: ОБСЄ.
- Громова, Г. М. (2022). *Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості*. (Дис. ... д-ра філос. з психології). Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Київ. https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2022/07/hromova-dis_07_2022.pdf.
- Громова, Г. М., (2021). Інструменти вимірювання толерантності до невизначеності. Адаптація тесту «Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 47(50), 115–130.
- Гундєртайло, Ю. Д. (2022). Практики психогієни як частина здорового способу життя особистості під час війни. *Проблеми політичної психології*, 12(26), 151–161.

Гусєв, А. І. (2007). Проблематика толерантності до невизначеності в аспекті розвитку ідентичності особистості. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*, 9(2), 93–99.

Дворник, М. С. (2019). Використання смартфон-застосунків в умовах психотравматизації населення. *Інформаційні технології і засоби навчання*, 5(73), 236–248.

Дворник, М. С. (2020). Психологічне благополуччя особистості під час переходу від війни до миру. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 45(48), 79–87.

Дворник, М. С. (2021). Соціодемографічна специфіка одержання громадянами електронної соціально-психологічної підтримки під час пандемії COVID-19 в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 4, 142–147.

Дворник, М. С. (2023). Групи підтримки й адаптація українських воєнних мігранток у Каталонії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2, 11–18.

Дворник, М. С. (Наук. ред.). (2024). *Соціально-психологічні інструменти промоції здорового способу життя: методичні рекомендації*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740523>.

Дворник, М. С., & Мирончак, К. В. (2021). *Інноваційні засоби психологічної допомоги особистості в умовах гібридної війни*. Опис наукової роботи М13, нагородженої Премією Президента України для молодих учених. Київ: ІСПП НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/728210>.

Дворник, М. С., Лазоренко, Б. П., Ларіна, Т. О., Громова, Г. М., Погорільська, Н. І., Савінов, В. В., & Гундєртайло, Ю. Д. (2024). Здоровий спосіб життя українців під час війни: первинний аналіз даних опитування. *Psychological Prospects Journal*, 43, 80–102. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741630>.

Дорожкін, В. Р., & Лазоренко, Б. П. (2024). Посттравматичні стресові стани та психологічне благополуччя працівниць освіти прифронтових та деокупованих територій в умовах війни. *Журнал сучасної психології*, 1(32), 61–69.

Злишков, В., & Лукомська, С. (пер.). (2021). *Терапія горя* (R. A. Neimeyer). Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Зубовський, Д. С. (2018). Адаптація та апробація україномовної версії методики «Опитувальник посттравматичного зростання». *Психологічний часопис*, 4(7), 121–135.

Карамушка, Л. М. (2022). *Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати*. Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Каргіна, Н. В. (2015). Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*, 3, 48–55.

Карсканова, С. В. (2011a). Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. *Практична психологія та соціальна робота*, 1, 1–10.

Карсканова, С. В. (2011b). Фахове зростання та психологічне благополуччя: емпіричне дослідження. В *Матеріали Третьої Міжнародної науково-практичної конференції «Культурно-історичний та соціально-психологічний потенціал особистості в умовах трансформаційних змін у суспільстві» 16–17 вересня 2011 року, м. Одеса* (с. 59–66). Одеса: Принтмастер.

Католик Г., & Миколайчук, М. (2015). Системний підхід до розуміння формування Я-духовного як складової Я-концепції в освітньо-професійному просторі. В Л. М. Гридковець (ред). *Духовно-психологічні основи християнської психології. Колективна монографія*. Львів: Скриня.

Кирпенко, Т. М. Сучасний стан та перспективи вивчення взаємозв'язку здоров'я та суб'єктивного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології*, 7(47), 166–176.

Климчук, В. О. (2021). *Психологія посттравматичного зростання*. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Коун, О. М., & Мельничук, Т. І. (2023). Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Колк ван дер, Б. (2023). *Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому*. Київ: Vivat.

Кучинська, А. (2020). Методи арттерапії в роботі з травмою війни і в умовах бойового стресу. В *Простір арттерапії: творчість як задзеркалля реальності: матеріали XVII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції* (м. Київ, 27–29 лютого 2020 р.) (с. 42–44). Київ: ФОП Назаренко Т. В.

Лазоренко, Б. П. (2022a). Парадоксальна інтенція: європейський та український досвід опанування посттравматичних стресових станів в умовах російсько-української війни. У В. Л. Зливков (відп. ред.). *Збірник тез методологічного семінару лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України «Виклики сучасної психологічної науки країн ЄС: перспективи інтеграції українського досвіду»* (с. 37–40). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Лазоренко, Б. П. (2022b). Стратегії здорового способу життя комбатантів і волонтерів в умовах війни. *Проблеми політичної психології*, 12(26), 162–172.

Лазоренко, Б. П. (2024a). Волонтерство як практика здорового способу життя українців в умовах протидії повномасштабній російській агресії: результати емпіричного дослідження. У *Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи*, 29 берез. 2024 р.: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. (с. 120–123). Київ: Компринт.

Лазоренко, Б. П. (2024b). Стратегії забезпечення психологічного добробуту курсанток –військових психологів в умовах війни. У *Відновлення ментального здоров'я військовослужбовців: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тисовець, 12–14 червня 2024 року)* (с. 31–36). Київ: НДЦ ГП ЗС України.

Лазоренко, Б. П., & Дубровинський, Г. Р. (2024). Психологічний добробут курсантів військових психологів: рівні травмівного ураження та стратегії забезпечення в умовах російсько української війни. *Вісник Національного університету оборони України*, 4(80), 77–87.

Лазос, Г. П. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія*, 14(3), 26–64.

Ларіна, Т. О. (2019). Технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій. В *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник* (с. 95–112). Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Ларіна, Т.О. (2023). Визначення емпіричних критеріїв дослідження майндфулнес–стратегій формування здорового способу життя особистості під час війни. У *Виміри особистісних трансформацій: ресурси відновлення в умовах війни: матеріали VI Всеукр. наук.-практ. семінару 20 жовт. 2023 р.* Київ: ІСПП НАПН України.

Ларіна, Т.О. (2024). Емпіричне вимірювання майндфулнес практик у контексті збереження здорового способу життя українців в умовах війни. *Габітус*, 62, 244–247.

Липка, О. (2017). Про молитву в сучасному ритмі життя. Духовність. Культура. Виклики сьогодення. В *Матеріали Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною*

участю (м. Львів, 21–22 квітня 2017 р.). Львів: Львівський національний університет імені Івана Франка.

Литвин, С. В. (2020) *Нейропсихологічні чинники толерантності до невизначеності в осіб з психічною травмою*. (Дис. ... д-ра філос. з психології). Сумський державний університет. Суми. <https://uacademic.info/ua/document/0821U100302>.

Мазур, О., Ткаченко, І., & Чепурна, В. (2023). Посттравматичний стресовий розлад в умовах військового стану. *Наукові перспективи*, 5(35), 825–835.

Малімон, Л., Пашкіна, А., & Максимчук О. (2023). Суб'єктивне благополуччя як чинник соціально-психологічної адаптації особистості в умовах війни. *Психологічні перспективи*, 42, 113–126.

Медична справа (б. д.). *Закон про систему громадського здоров'я: аналіз*. <https://medplatforma.com.ua/article/16548-shcho-peredbachae-noviy-zakon-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovya-analiz-zmin>.

Мирончак, К. В. (2020). *Зустріч зі смертю: способи організації життєвого досвіду: монографія*. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Мирончак, К. В. (2022). Функціонування принципів майндфулнес-підходу в умовах війни. У *Виміри особистісних трансформацій: матеріали V Всеукраїнського науковопрактичного семінару (м. Чернівці, 3 листопада 2022 року)* (с. 28–33). Чернівці: Чернівець. нац. Ун-т ім. Ю. Федьковича.

Мілютіна, К. Л. (2022). Вплив сімейного виховання на рівень толерантності до невизначеності підлітків. In Г. А. Приба, Є. М. Калюжна (ред.). *Особистість у сучасному соціопсихологічному вимірі: монографія* (с. 124–137). Київ: Олді+.

Міляєва, В. Р., & Бреус, Ю. В. (2012). Формування компетентності саморозвитку особистості в умовах реалізації компетентнісного підходу у фаховій освіті. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*, 9(11), 208–214.

Невмержицька О., & Бориславський А. (2022). Шляхи формування в учнівської молоді потреби у здоровому способі життя. *Молодь і ринок*, 1(199), 67–71.

Нестайко І. (2021). Вплив воєнних конфліктів на психіку людини (польський досвід). У *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: Збірник тез I Міжнародної наукової конференції присвяченої 35 роковинам аварії на ЧАЕС, 22–23 квітня 2021 р.* (с. 44–45). Тернопіль: ФОП Паляниця В. А.

Нікітенко, В. О., Олексенко, Р. І., & Кивлюк, О. П. (2022). Формування цінностей цифрової освіти і цифрової людини у діджиталізованому суспільстві. *Humanities Studies*, 10(87), 53–63.

ОПОРА (б. д.). *Медіаспоживання українців: другий рік повномасштабної війни. Опитування ОПОРИ*. https://www.oporaua.org/polit_ad/mediaspozivannia-ukrayintsiv-drugii-rik-povnomasshtabnoyi-viini-24796.

Осуховська, О. С., Хаустова, О. О., Синіцька, Т. В., Салдень, В. І., & Здорик, І. Ф. (2022). Актуальні питання психічного здоров'я населення України в умовах воєнних дій. *Modern scientific strategies of development*, 157–169. <https://doi.org/10.51587/9781-7364-13395-2022-008-157-169>.

Павленко, Г. В. (2019). Толерантність до невизначеності як ресурс психологічного благополуччя студентів. *Актуальні проблеми психології*, 7(47), 208–219.

Петухова, І., Заушнікова, М., & Каськов, І. (2023). Психологічне благополуччя особистості в умовах війни. *Вісник Національного університету оборони України*, 73(3), 124–129.

Помиткін, Е. О. (2005). *Психологія духовного розвитку особистості. Монографія*. Київ: Наш час.

Представництво UNFPA в Україні (2021). *Пресреліз з нагоди Дня батька в Україні*. <https://ukraine.unfpa.org/uk/node/9365839568>.

Прокопович, Л. В. (2018). Вплив інтерактивних арт-об'єктів на театралізацію сучасного міста: соціально-філософський аналіз. *Scientific Journal Virtus*, 29, 15–18.

Ресурсна психологія та психотерапія (2024). *Ресурсорієнтована модель стресодолатання BASIC Ph*. <https://arpp.com.ua/articles/resursooriyentovana-model-stresodolannya-basic-ph>.

Рибак, О. С. (2022). Поняття посттравматичного зростання в позитивній психології. *Психологічний часопис*, 8(4), 69–78.

Рибалка, В. В. (Ред.) (2020). *Психологічна профілактика і гігієна особистості у протидії пандемії COVID-19. Методичний посібник*. Київ: Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України.

Романчук, О. І. (2012). Майндфулнес-орієнтована КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 3(38), 40–45.

Савінов, В. В. (2015). Вплив плейбек-театру на особистість, що переживає наслідки травматичних подій. В *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей за матер. укр.-пол. наук. семінару (м. Київ, 20–21 червня 2015 р.)* (с. 133–143). Київ: ІСПП НАПНУ.

Савінов, В. В. (2018). Використання плейбек-театру в роботі з внутрішньо переміщеними особами. *Простір арт-терапії*, 1(23), 53–65. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/711967>.

Савінов, В. В. (2020). Зворотня сторона переваг театральнo-драматичних засобів арттерапії: ризики та обмеження. *Простір арт-терапії*, 1(27), 40–57. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/724107>.

Савінов, В. В. (2022). Базові переживання оповідача плейбек-театру для особистісних трансформацій: від справжності дійства до справжності дійсності. В О. Л. Вознесенська, О. М. Скар (наук. ред.). *Простір арттерапії: місце особистості в часи суспільних трансформацій: матеріали XIX Міжнар. міждисциплін. наук.-практ. конф. (м. Київ, 17–18 черв. 2022 р.)* (с. 116–123). Київ: ВГО «Арт-терапевтична асоціація». <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745696>.

Савінов, В. В. (2023). Особливості роботи цивільного плейбек-театру з військовими під час війни. *Простір арт-терапії*, 1(33), 27–42. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737822>.

Савчин, М. (2013). *Духовна парадигма психології: монографія*. Київ: Академвидав.

Сердюк, Л. З. (2017). Структура та функція психологічного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*, 17, 124–133.

Судаков, В. І., & Лапіна, В. В. (2021). Природні та культурні детермінанти соціальної напруженості в сучасних європейських суспільствах. *Український соціум*, 1, 60–68.

Титаренко, Т. М. (Наук. ред.) (2019). *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/717518>.

Титаренко, Т. М. (2006). *Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя: Методичні рекомендації*. Київ: Міленіум. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/8874>.

Титаренко, Т. М. (2017). Стратегії сприяння посттравматичному зростанню особистості. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*, 1(10), 217–232. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709888>.

Титаренко, Т. М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/711214>.

Титаренко, Т. М. (2022). *Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя*: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/724758>.

Титаренко, Т. М. (2023). Воєнна повсякденність мирних мешканців України: практики самовідновлення. У *Виміри особистісних трансформацій: ресурси відновлення в умовах війни*: матеріали VI Всеукраїнського науково-практичного семінару 20 жовтня 2023 року (с. 5–9). Київ: ІСПП НАПН України.

Титаренко, Т. М. (2024). *Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах*: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740719>.

Титаренко, Т. М. (2019). Посттравматичне життєтворення особистості: методи діагностики і відновлення. *Психологія особистості*, 1(10), 186–192.

Товариство Червоного Хреста України (б. д.). *Поради, як потурбуватися про психічне здоров'я*. <https://redcross.org.ua/news/2024/02/40667>.

Філіп, Ж. (2015). *Молитись, щоб любити*. Львів: Свічадо.

Франкл, В. (2023). *Лікар та душа. Основи логотерапії*. Харків: КСД.

Хілько, С. О. (2017). Психологічні кореляти формування толерантності до невизначеності у майбутніх психологів. *Проблеми сучасної психології*, 38, 421–437.

Ценко, М. Б., & Тузіков, С. А. (2021). Психологічний аспект саморозвитку особистості. У *Проблеми саморозвитку особистості в сучасному суспільстві: Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, 26–27 березня 2021 р. / НЮУ ім. Ярослава Мудрого* (с. 205–207). Харків: Друкарня Мадрид.

Шамбель, А. Б. (2022). *Здоровий спосіб життя як чинник психологічного благополуччя студентів ЗВО*: кваліфікаційна робота: спец. 053 – психологія. <https://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/47002>.

Шахрай, В. М. (2016). *Теоретико-методичні засади формування соціальної компетентності учнів основної і старшої школи засобами театрального мистецтва* (Дис. ... д-ра пед. наук). Інститут проблем виховання НАПН України. Київ.

Яременко, О. О., Балакірева, О. М., Вакуленко, О. В., Варбан, М. Ю., & Волинець, Л. С. (2000). *Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи*. Київ: Український ін-т соціальних досліджень.

Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology*, 27, 379–387.

Aimo, M. E. (2016). Il Playback Theatre: l'arte di essere se stessi. Uno strumento per l'empowerment ed il cambiamento autentico di individui e comunità. *Cuadernos de Trabajo Social*, 29(1), 33–41.

Anderson, B., Goldin, P. R., Kurita, K., & Gross, J. J. (2008). Self-representations in social anxiety disorder: Linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behaviour research and therapy*, 46(10), 119–1125.

Asanov, A. M., Asanov, I., & Buenstorf, G. (2023). Mental health and stress level of Ukrainians seeking psychological help online. *Heliyon*, 9(11). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21933>.

Attema, A. E., Brouwer, W. B., & I'Haridon, O. (2013). Prospect theory in the health domain: a quantitative assessment. *Journal of Health Economics*, 32(6), 1057–1065. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.08.006>.

Baecker, D. (2023). A sociological theory of media and digitalization. In *Symposium «Digitalization and Society: Do social transformations call for new theoretical paradigms»* (pp. 25–26). <https://bit.ly/4gigEXy>.

Barad, K. (2003). Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs: Journal of women in culture and society*, 28(3), 801–831.

Berman, M. G., Jonides, J., Kaplan, St. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological science*, 19(12), 1207–1212.

Berrigan, D., Dean Jr, D., Senft Everson, N., D'Angelo, H., Boyd, P., Klein, W. M., & Han, P. K. (2023). Uncertainty: A neglected determinant of health behavior? *Frontiers in Psychology*, 14, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1145879>.

Berry, D., Howell, E., & Ettekal, A. (2025). Examining subjective leisure experiences and well-being amongst university students during COVID-19. *World Leisure Journal*, 67(1), 166–183.

Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1(1), e010108–e010108. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>.

Bharti, T., Mishra, N., & Ojha, S. C. (2023). Mindfulness and subjective well-being of Indian university students: Role of resilience during COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 13(5), 353. <https://doi.org/10.3390/bs13050353>.

Bilewicz, M., Babińska, M., & Gromova, A. (2024). High rates of probable PTSD among Ukrainian war refugees: the role of intolerance of uncertainty, loss of control and subsequent discrimination. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2394296>.

Billieux, J., Maurage, P., Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports*, 2(2), 156–162.

Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine.

Bremner, R. H., Koole, S. L., & Bushman, B. J. (2011). «Pray for those who mistreat you»: Effects of prayer on anger and aggression. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 37(6), 830–837.

Brubaker, B. H. (1983). Health promotion: A linguistic analysis. *Advances in Nursing science*, 5(3), 1–14.

Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30(1), 29–50.

Burr, C., Taddeo, M., & Floridi, L. (2020). The ethics of digital well-being: A thematic review. *Science and engineering ethics*, 26(4), 2313–2343.

Camerer, C., & Weber, M. (1992). Recent developments in modeling preferences: Uncertainty and ambiguity. *Journal of risk and uncertainty*, 5(4), 325–370.

Carleton, R. N., Desgagné, G., Krakauer, R., & Hong, R. Y. (2019). Increasing intolerance of uncertainty over time: The potential influence of increasing connectivity. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(2), 121–136.

Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105–117.

Carney, P. A., Elmore, J. G., Abraham, L. A., Gerrity, M. S., Hendrick, R. E., Taplin, S. H., et al. (2004). Radiologist uncertainty and the interpretation of screening. *Medical Decision Making*, 24(3), 255–264.

Castells, M., Fernandez-Ardevol, M., Qiu, J. L., & Sey A. (2009). *Mobile communication and society: A global perspective*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Catherine, V., & Devi, A. (2023). Overcoming the student's speaking anxiety disorders through Playback Theatre therapy. *Journal Human Research in Rehabilitation*, 13(1), 110–119.
- Cavallini, M. C., Tirelli, V., & Derba, F. (2023). Virtual exposure to war in Ukraine: thoughts and emotions of Italian adolescents with emotional difficulties. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*, 5(1, 2, 3). <https://cab.unime.it/journals/index.php/JCDP/article/view/3776>.
- Cecchinato, M. E., Rooksby, J., Hiniker, A., Munson, S., Lukoff, K., Ciolfi, L., & Harrison, D. (2019). Designing for digital wellbeing: A research & practice agenda. In *Extended abstracts of the 2019 CHI conference on human factors in computing systems* (pp. 1–8). <https://doi.org/10.1145/3290607.329899>.
- Christensen, B. A. (2024). Mindfulness, Buddhist Modernity and Cultural Psychology. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 58(3), 869–877.
- Cockerham, W. C. (2023). Health Lifestyle Theory in a Changing Society: The Rise of Infectious Diseases and Digitalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 64(3), 437–451.
- Dahm, M. R., & Crock, C. (2022). Understanding and communicating uncertainty in achieving diagnostic excellence. *Jama*, 327(12), 1127–1128.
- Dennis, M. J. (2021). Towards a theory of digital well-being: Reimagining online life after lockdown. *Science and Engineering Ethics*, 27(3), 32.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Docherty, N., & Biega, A. J. (2022). (Re) Politicizing digital well-being: beyond user engagements. In *Proceedings of the 2022 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1–13). <https://doi.org/10.1145/3491102.3501857>.
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e2791. <https://www.jmir.org/2013/11/e247>.
- Edelman, C. L., & Kudzma, E. C. (2013). *Health promotion throughout the life span: e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Einhorn, H. J., & Hogarth, R. M. (1986). Decision making under ambiguity. *Journal of Business*, 59(4), 225–250. <https://www.jstor.org/stable/2352758>.
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 280–300.
- Ellis, E., Hazell, C., & Mason, O. (2024). The mental health of Ukrainian refugees: a narrative review. *Academia Medicine*, 1. <https://doi.org/10.20935/AcadMed6232>.
- Etingen, B., Amante, D. J., Martinez, R. N., Smith, B. M., Shimada, S. L., Richardson, L., & Hogan, T. P. (2020). Supporting the implementation of connected care technologies in the Veterans Health Administration: cross-sectional survey findings from the Veterans Engagement with Technology Collaborative (VET-C) cohort. *Journal of Participatory Medicine*, 12(3), e21214. <https://jopm.jmir.org/2020/3/e21214>.
- Farrand, P., Mullan, E., Rayson, K., Engelbrecht, A., Mead, K., & Greenberg, N. (2019). Adapting CBT to treat depression in Armed Forces Veterans: qualitative study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 530–540.
- Feldhendler, D. (2014). Playback Theatre, théâtre-récit, théâtre en miroirs: Une scène pour représenter nos récits et histoires de vie. *VST – Vie sociale et traitements*, 121(1), 72–78.
- Fircks von, E. (2024). Understanding the process of taoistic-informed mindfulness from a Meadian Perspective. *Integrative psychological and behavioral science*, 58(3), 787–806.

- Fischer, J., Farny, S., Abson, D. J., Zuin Zeidler, V., Salisch von, M., Schaltegger, S., & Kümmerer, K. (2024). Mainstreaming regenerative dynamics for sustainability. *Nature Sustainability*, 7(8), 964–972.
- Frankl, V. E. (2011). *The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. Simon and Schuster.
- Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of personality*, 18(1), 108–143.
- Frey, B. S. (2012). Well-being and war. *International Review of Economics*, 59, 363–375.
- Friese, M., Schweizer, L., Arnoux, A., Sutter, F., & Wänke, M. (2014). Personal prayer counteracts self-control depletion. *Consciousness and Cognition*, 29, 90–95.
- Gerrity, M. S., DeVellis, R. F., & Earp, J. A. (1990). Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Medical Care*, 28(8), 724–736.
- Gibson, B., Rosser, B. A., Schneider, J., & Forshaw, M. J. (2023). The role of uncertainty intolerance in adjusting to long-term physical health conditions: A systematic review. *PLoS One*, 18(6), e0286198. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286198>.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6–41.
- Górny, A., & Kaczmarczyk, P. (2023). Between Ukraine and Poland. Ukrainian migrants in Poland during the war. *CMR. Spotlight*, 2(48), 11–28.
- Grammatopoulos, I., & Reynolds, M. (2013). The experience of drama: Why do people become involved with it? A phenomenological investigation of individuals' involvement with drama and its meaning. *Applied Theatre Research*, 1(1), 107–124.
- Greenglass, E., Begic, P., Buchwald, P., Karkkola, P., & Hintsä, T. (2024). Anxiety and watching the war in Ukraine. *International journal of psychology*, 59(2), 340–352.
- Gregory, A. L., Quoidbach, J., Haase, C. M., & Piff, P. K. (2023). Be here now: perceptions of uncertainty enhance savoring. *Emotion*, 23, 30–40.
- Grosso, F., Volpato, E., & Pagnini, F. (2023). Mindfulness disposition as a protective factor against the psychological impact of the coronavirus pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cns0000381>.
- Gu, Y., Lin, X., Yu, W., & Liu, Y. (2024). Brief mindfulness intervention attenuates self-serving bias rather than boosts self-enhancement. *Current Psychology*, 43(30), 24960–24968.
- Guerra, P. (2020). Under-Connected: Youth subcultures, resistance and sociability in the Internet age. In *Hebdige and Subculture in the Twenty-First Century: Through the Subcultural Lens* (pp. 207–230). Cham: Springer International Publishing.
- Gupta, M., & Sharma, A. (2021). Fear of missing out: A brief overview of origin, theoretical underpinnings and relationship with mental health. *World journal of clinical cases*, 9(19), 4881–4889.
- Han, P. K. J., Reeve, B. B., Moser, R. P., & Klein, W. M. P. (2009). Aversion to ambiguity regarding medical tests and treatments: measurement, prevalence, and relationship to sociodemographic factors. *Journal of Health Communication*, 14(6), 556–572.
- Han, P. K., Klein, W. M., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 31(6), 828–838.
- Han, Paul K. J. (2021). *Uncertainty in medicine: a framework for tolerance*. New York: Oxford University Press.

- Hascher, T., & Waber, J. (2021). Teacher well-being: A systematic review of the research literature from the year 2000–2019. *Educational Research Review*, 34, 100411. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2021.100411>.
- Hebdige, D. (2002). *Subculture: The Meaning of Style (new accents)*. London: Routledge.
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>.
- Heshmati, R., Khoury, B., Azmoodeh, S., Zerang, M., & Sadowski, I. (2023). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotional Flexibility and Ambivalence Over Emotional Expression in Divorced Women: A Pilot Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(4), 298–305.
- Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M. A., & Han, P. K. J. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine*, 180, 62–75.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential association with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 277–290.
- Howard, M. (2017). *The Actor Uncovered*. New York: Allworth Press.
- Hubley, J., Copeman, J., & Woodall, J. (2021). Practical health promotion. John Wiley & Sons. <https://bit.ly/3stT3L3>.
- Iliffe, L. L., & Thompson, A. R. (2019). Investigating the beneficial experiences of online peer support for those affected by alopecia: an interpretative phenomenological analysis using online interviews. *British Journal of Dermatology*, 181(5), 992–998.
- Imber, J. B. (2017). How navigating uncertainty motivates trust in medicine. *AMA Journal of Ethics*, 19(4), 391–398.
- Interian, A., Miller, R., Dave, C., Latorre, M., Hill, L. S., King, A.,... & Chesin, M. S. (2024). Examining the occurrence and clinical impact of difficult experiences that emerge during a mindfulness-based intervention among individuals at high risk of suicide. *Mindfulness*, 15(7), 1701–1712.
- Jaques, D., & Salmon, G. (2007). *Learning in groups: A handbook for face-to-face and online environments*. Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Mindfulness meditation for everyday life*. London: Piatkus.
- Kahn Jr, P. H., Friedman, B., Gill, B., Hagman, J., Severson, R. L., Freier, N. G.,... & Stolyar, A. (2008). A plasma display window? – The shifting baseline problem in a technologically mediated natural world. *Journal of Environmental Psychology*, 28(2), 192–199.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science*, 185(4157), 1124–1131.
- Karamushka, L. (2021). Mental health: essence, main determinants, strategies and programs. *Psychological Journal*, 7(5), 26–37.
- Katerynych, P. (2024). *Digital Escapism: How War Influences Online Streaming Habits Among Ukrainian Youth*. <https://bit.ly/49FHkhq>.
- Kitano, M., van der Does, F. H., Saito, T., Giltay, E. J., Chiba, T., Edo, N.,... & Nagamine, M. (2024). Self-compassion as a protective factor against post-traumatic stress

symptoms induced by adverse childhood experiences: A cross-sectional study among Japan air self-defense force new recruits. *Journal of Psychiatric Research*, 180, 204–212.

Kokun, O. (2023). The Ukrainian population's war losses and their psychological and physical health. *Journal of Loss and Trauma*, 28(5), 434–447.

Kolawole, O. (2019). *Psychological impact of online support communities: can human participation in an online health community improve psychological well-being* (Master's thesis). <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/65018>.

Lahad, M., & Leykin, D. (2013). The Integrative Model of Resiliency: The «BASIC Ph» Model, Or What Do We Know About Survival?. In *Resiliency: Enhancing coping with crisis and terrorism* (pp. 71–91). <https://ebooks.iospress.nl/volumearticle/38838>.

Längle, A. (2002). Existential fundamental motivation. In 18th World Congress of Psychotherapy, Trondheim, Norway (August 16, 2002). Retrieved from <https://laengle.info/userfile/doc/Trondheim-paper-16-8-02-corr-Chris-14-6-03.pdf>.

Längle, A., & Eckhardt, P. (2001). Skalen zur Erfassung existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. *Existenzanalyse*, 18(1), 35–39.

Längle, A. (2004). The search for meaning in life and the existential fundamental motivations. *International Journal of Existential Positive Psychology*, 1(1). <https://www.meaning.ca/web/wp-content/uploads/2019/09/93-13-457-1-10-20171212.pdf>.

Larina, T. (2024). The role of mindfulness in coping with the experience of war: An analysis of empirical data. *Scientific Studies on Social and Political Psychology*, 2(30), 53–59.

Levine, M. (2008). Prayer as Coping: A Psychological Analysis. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 15(2), 80–98.

Lindström, N. B., Razmerita, L., Prokopenko, S., & Popovich, N. (2024). Building Digital Resilience in Major Shocks: How Ukrainian Organizations Enact Digital Transformation in Times of War. In *Proceedings of the 57th Hawaii International Conference on System Sciences* (pp. 6813–6822). Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS).

Liu, X., Wen, X., Zhang, Q., & Xu, W. (2023). Buffering traumatic reactions to COVID-19: Mindfulness moderates the relationship between the severity of the pandemic and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(3), 474–482.

Liu, Y., Liu, Y., & Wen, J. (2022). Does anime, idol culture bring depression? Structural analysis and deep learning on subcultural identity and various psychological outcomes. *Heliyon*, 8(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10567>.

López-Ramón, M. F., Moreno-Campos, V., Alonso-Esteban, Y., Navarro-Pardo, E., & Alcantud-Marín, F. (2023). Mindfulness interventions and surveys as tools for positive emotional regulation during COVID-19: A scoping review. *Mindfulness*, 14(11), 2583–2601.

Lorenzini, J. A., Wong-Parodi, G., & Garfin, D. R. (2023). Associations between mindfulness and mental health after collective trauma: results from a longitudinal, representative, probability-based survey. *Anxiety, Stress, & Coping*, 37(3), 361–378.

Lupton, D. (2014). Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health promotion international*, 30(1), 174–183.

Lyngs, U., Lukoff, K., Slovak, P., Binns, R., Slack, A., Inzlicht, M.,... & Shadbolt, N. (2019). Self-control in cyberspace: Applying dual systems theory to a review of digital self-control tools. In *proceedings of the 2019 CHI conference on human factors in computing systems* (pp. 1–18). <https://doi.org/10.1145/3290605.3300361>.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545–552.

MacDonald, H. Z., & Neville, T. (2022). Promoting college students' mindfulness, mental health, and self-compassion in the time of COVID-19: feasibility and efficacy of an online,

interactive mindfulness-based stress reduction randomized trial. *Journal of College Student Psychotherapy*, 37(3), 260–278.

Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A Transdiagnostic Examination of Intolerance of Uncertainty Across Anxiety and Depressive Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212–222.

Mansell, W. (2005). Control theory and psychopathology: An integrative approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(2), 141–178.

McEwen, S. B., & Huda, A. (2020). Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders. *Journal of Neuroscience*, 40(1), 12–21. <https://www.jneurosci.org/content/40/1/12.full>.

McLain, D. L. (1993). The MSTAT–I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and Psychological Measurement*, 53(1), 183–189.

McMahan, D. L. (2008). *The making of Buddhist Modernism*. Oxford University Press.

McMahan, D. L., & Braun, E. (2017). *Mediation, Buddhism and Science*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190495794.001.0001>.

Michel, R., DiFonte, M., Ruiz, E., Musella, K., & Flannery Schroeder, E. (2021). Mindfulness as a mediator in the relationship between trauma related to COVID-19 and social functioning in emerging adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(10). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.09.387>.

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W.,... & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*, 46(1), 81–95.

Mijas, M., Koziara, K., Galbarczyk, A., & Jasienska, G. (2020). Chubby, hairy and fearless. Subcultural identities and predictors of self-esteem in a sample of Polish members of bear community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4439. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124439>.

Mind Over Tech (2023). *Assessing your own digital wellbeing*. bit.ly/468o5Kj.

Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258–263.

Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349–364.

O'Malley, B., Linz, R., Engert, V., & Singer, T. (2024). Testing the monitor and acceptance theory: the role of training-induced changes in monitoring – and acceptance-related capacities after attention-based, socio-emotional, or socio-cognitive mental training in reducing cortisol stress reactivity. *Stress*, 27(1). <https://doi.org/10.1080/10253890.2024.2345906>.

Orlikowski, W. J. (2007). Sociomaterial practices: Exploring technology at work. *Organization studies*, 28(9), 1435–1448.

Oster, C., Morello, A., Venning, A., Redpath, P., & Lawn, S. (2017). The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review. *BMC psychiatry*, 17(1), 414.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519–543.

- Phong, C. T. (2024). Awakening from within: an exploration of self-healing through Buddhist approach. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 27(3), 329–357. <https://doi.org/10.1080/19349637.2024.2361666>.
- Prensky, M. (2009). H. sapiens digital: From digital immigrants and digital natives to digital wisdom. *Innovate: journal of online education*, 5(3). <https://www.learntechlib.org/p/104264>.
- Ross Arguedas, A. A. (2022). Diagnosis as subculture: Subversions of health and medical knowledges in the orthorexia recovery community on Instagram. *Qualitative Sociology*, 45(3), 327–351.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development and wellness*. New York: Guilford Press.
- Ryff, C. D. (2016). Eudaimonic well-being and education: Probing the connections. In *Well-being and higher education: A strategy for change and the realization of education's greater purposes* (pp. 37–48). Washington, D.C.: Association of American Colleges and Universities.
- Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. E., Satici, S. A., & Yilmaz, F. B. (2024). Mindfulness and Well-being: A Longitudinal Serial Mediation Model of Psychological Adjustment and COVID-19 Fear. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 42(4), 865–877.
- Savchenko, V., & Kharchenko, A. (2024). Digital Shield: How Information Technologies Ensure Passenger Safety In War Conditions in Ukraine. <https://bit.ly/42bRQKN>.
- Schmiedeler, S., Reichhardt, A., Schneider, L., & Niklas, F. (2023). Trait mindfulness, self-efficacy, and coping strategies during COVID-19. *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(6), 674–689.
- Schwartz, R. C., & Sweezy, M. (2019). *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Publications.
- Seli, P., Cheynem, J. A., Smilek, D., & Smallwood, J. (2015). On the relation of mind wander and ADHD symptomatology. *Psychonomic Bulletin & Review*, 22(3), 629–636.
- Senyk, O., Abramov, V., Bedan, V., Bunas, A., Hrechkosii, M., Lutsenko, O.,... & Wittmann, M. (2022). Differences in time perspectives measured under the dramatically changing socioeconomic conditions during the Ukrainian political crises in 2014/2015. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7465. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127465>.
- Shemyakina, O. N., & Plagnol, A. C. (2013). Subjective well-being and armed conflict: Evidence from Bosnia-Herzegovina. *Social indicators research*, 113(3), 1129–1152.
- Slyusarevskyy, M. M. (2020). Psychological security of a person in ontological and epistemological dimensions. An afterword to the work awarded to the State Prize of Ukraine in the field of science and technology. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*, 45(48), 7–26.
- Smith-MacDonald, L., Norris, J. M., Raffin-Bouchal, S., & Sinclair, S. (2017). Spirituality and mental well-being in combat veterans: A systematic review. *Military Medicine*, 182(11–12), e1920–e1940. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00099>.
- Spiegelhalter, D. J., & Riesch, H. (2011). Don't know, can't know: embracing deeper uncertainties when analysing risks. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 369(1956), 4730–4750.
- Stroebe, M.S., & Schut, M. S. H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197–224.
- Subudhi, R., Das, S., & Sahu, S. (2020). Digital escapism. *Horizon Journal of Journal of Humanities and Social Sciences Research*. <https://horizon-jhssr.com/view-issue.php?id=63>.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

Thompson, R. R., Jones, N. M., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2019). Media exposure to mass violence events can fuel a cycle of distress. *Science advances*, 5(4). <https://www.science.org/doi/full/10.1126/sciadv.aav3502>.

Thornton, S. (1997). The Sociologic of Subcultural Capital. In K. Geldner, & S. Thornton (eds). *The Subcultures Reader* (pp. 200–212). L.– N.Y: Routledge.

Tulloch, J. & Lupton, D. (2003). *Risk and Everyday Life* (London: Sage Publications). Zinn, J. O. (2005). The biographical approach: A better way to understand behaviour in health and illness. *Health, Risk & Society*, 7(1), 1–9.

Tytarenko, T. M., Dvornyk, M. S., Larina, T. O., Myronchak, K. V., Savinov, V. V., Hundertaylo, J. D., & Vella, G. S. (2021). Citizens Obtaining Psychosocial Support during the COVID–19 Pandemic in Ukraine: A Cross–Sectional Study. *Wiadomości Lekarskie*, 11(74), 2755–2761.

Ulrich, R. S. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224(4647), 420–421.

Van Meter, A. R., Birnbaum, M. L., Rizvi, A., & Kane, J. M. (2019). Online help-seeking prior to diagnosis: Can web–based resources reduce the duration of untreated mood disorders in young people?. *Journal of affective disorders*, 252, 130–134.

Vanden Abeele, M. M. (2021). Digital wellbeing as a dynamic construct. *Communication Theory*, 31(4), 932–955.

Vaničková, R. (2021). Psychology of health and mental hygiene: Psychosocial risks, consequences, and possibilities of work stress prevention. *Problems and Perspectives in Management*, 19(1), 68–77.

Walker, S.N., & Hill-Polerecky D.M. (1996). Well-being and higher education: A strategy for change and the realization of education's greater purposes. In D. W. Harward (Ed.). *Bringing Theory to Practice* (pp. 37–48). Washington, DC: Bringing Theory to Practice.

Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Health-Promoting Lifestyle Profile. In *Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II*. Unpublished manuscript (pp. 120–126). University of Nebraska Medical Center.

Welland, N., & Kolata, G. (2021). Francis Collins, Who Guided N.I.H. through Covid–19 Crisis, Is Exiting. *New York Times*. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2021/10/05/us/politics/francis-collins-nih.html>.

Williams J. (2018). *Stand out of our light: Freedom and resistance in the attention economy*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization (1999). What is a healthy lifestyle? Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108180/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf.

World Health Organization (2022). Health Promotion. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1.

Zakaria, Z., Don, Y., & Yaakob, M. (2021). Teachers' well-being from the social psychological perspective. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 10(2), 641–647.

Наукове видання

**ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ:
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД**

МОНОГРАФІЯ

*За науковою редакцією
кандидата психологічних наук Марини Сергіївни Дворник*

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

Дизайн обкладинки *В. В. Савінова*,
в оформленні використано художню фотографію «Польові левики»
(Марина Дворник, м. Київ, серпень 2025 р.)

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

E-mail: info@ispp.org.ua

Сайт: <https://ispp.org.ua>

Підписано до друку 23.09.2025 р. Формат 60х84 1/16.
Гарнітури Times New Roman, Arial. Авт. арк. 15,0.
Електронне видання

Поліграфічно-видавничий центр ТОВ «Імекс-ЛТД»
Свідectво про реєстрацію серія ДК № 195 від 21.09.2000 р.
25006, м. Кропивницький, вул. Декабристів, 29.
Тел./факс (0522) 22-79-30, 32-17-05
E-mail: marketing@imex.net
