

## ЧИННИКИ ІНТЕНЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОГО РОЗРИВУ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ЕКСПЛОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Казаков Станіслав Сергійович,

аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка  
ORCID ID: 0000-0001-9827-3290

Грицай Діна Вікторівна,

М.Д., лікарка вищої категорії,  
завідувачка відділення медико-психологічної реабілітації  
КНП КОР «Київський обласний центр ментального здоров'я»  
ORCID ID: 0009-0003-6763-3646

У публікації висвітлено результати пошукового якісного дослідження, спрямованого на визначення ймовірних чинників інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я серед військовослужбовців. Поняття розриву описує труднощі реалізації сформованого наміру щодо збереження чи зміцнення здоров'я. З огляду на визначену вибірку, реабілітаційні заходи обрано нарізною формою турботи про здоров'я, що досліджується. Наголошено на цінності адаптивного сприйняття втручання у подоланні розриву та відновленні психологічної функціональності цільової групи. Опрацьовано матеріали 24 напівструктурованих інтерв'ю з комбатантами, що проходили реабілітацію у Відділенні медико-психологічної реабілітації Київського обласного центру ментального здоров'я. Записи інтерв'ю щодо їхньої залученості до реабілітаційної програми було опрацьовано, послуговуючись методами контент-аналізу за ключовими словами (*keyword-based content analysis*), латентного моделювання концептів на основі латентного розподілу Діріхле (*Latent Dirichlet Allocation, LDA*) та *t*-розподіленого вкладення стохастичної близькості (*t-distributed Stochastic Neighbour Embedding, t-SNE*). За результатами аналізу даних виявлено ключові теми, що можуть визначати міру залученості військовослужбовців у реабілітаційних заходах: переживання екзистенційної незахищеності, сприймана невідповідність інтервенції потребам особи, сприйманий негативний вплив чи неефективність втручання. Потенційні дистальні чинники інтенційно-поведінкового розриву в реабілітаційних намірах містять міру інституційної зради та силу мережі соціальної підтримки, що узгоджується з первинним рефлексивним процесом моделі багаторівневого підходу до керування дією (*Multi-Process Action Control, M-PAC*). Сприйняті наслідки втручання, грамотність і переконання, а також прихильність до персоналу можуть слугувати проксимальними чинниками розриву.

**Ключові слова:** турбота про здоров'я, відтермінування турботи про здоров'я, психологічна реабілітація, ментальне здоров'я, феноменологічний підхід, військовослужбовці.

### **Kazakov Stanislav, Hrytsai Dina. Determinants of the health-related intention-behaviour gap among military personnel: an exploratory study**

The publication highlights the findings of an exploratory qualitative study that aimed to identify potential determinants of the health-related intention-behaviour gap among military personnel. The gap term refers to the challenges encountered in translating intentions into actions to maintain or improve health. Given the military personnel sample, rehabilitation was selected as the primary health behaviour under investigation. The study underscored the significance of adaptive perception of interventions for bridging the gap and restoring the psychological functioning of the target group. The study analysed data from 24 semi-structured interviews conducted with combatants undergoing rehabilitation at the Medical-Psychological Rehabilitation Department of the Kyiv Regional Center for Mental Health. Interview transcripts regarding participants' engagement in the rehabilitation program were subjected to keyword-based content analysis and latent concept modelling through Latent Dirichlet Allocation (LDA) and *t*-Distributed Stochastic Neighbour Embedding (*t-SNE*). The analysis identified key themes that may represent the extent of military personnel's involvement in rehabilitation: experiences of existential insecurity, perceived mismatches between interventions and needs, and the perception of interventions as either negatively impactful or ineffectual. Potential distal factors affecting the intention-behaviour gap in rehabilitation intentions include the degree of institutional betrayal and the strength of social support networks, aligning with the primary reflective processes of the Multi-Process Action Control (M-PAC) model. Perceived intervention outcomes, health literacy, and attitudes toward health, as well as an agreement with staff, are suggested as proximal determinants of the intention-behaviour gap.

**Key words:** health behaviour, health-related procrastination, psychiatric rehabilitation, mental health, phenomenological approach, military personnel.

**Вступ.** Розрив між наміром щодо збереження чи зміцнення здоров'я та втіленою дією суттєво обмежує ефективність втручання фахівців галузі охорони здоров'я. Хоча інтенція є змістовною основою виконуваної діяльності, актуальні публікації висвітлюють помірний показник пояснення варіації безпосередньо намірами, а

саме: 20–30 %, як зазначають Wijetunge та ін. [1]; 25–30 % згідно з даними, отриманими de Bruin та ін. [2], 42–51 % за окремими формами турботи про здоров'я [3; 4]. Доцільним є зауваження Conner та Norman щодо виняткових, імовірно недосяжних умов для пояснення всіх відмінностей поведінки виключно намірами [5]. Варто

зазначити, що міра пояснення в цьому разі є контекстуальною, оскільки визначається цілями та характером планованої діяльності. З огляду на це, у галузі психології здоров'я розрізнення окремих типів поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, є необхідним для критичної інтерпретації висновків [6]. Водночас за браком знахідок у межах проблемного поля інтенційно-поведінкового розриву доцільно інтегрувати результати щодо суміжних категорій турботи про здоров'я. Крім того, зазначений контекст визначається досвідом особистості. Як зауважили McLeay та ін., специфічні умови бойових дій (інтенсивність, стресогенність, екологічні чинники, загроза смерті та ін.) зумовлюють характерні психологічні особливості військовослужбовців, що, на думку авторів представленого дослідження, можуть пояснити вагому частину варіації поведінки цільової групи, пов'язаної зі здоров'ям [7].

Власне, наразі проблема подолання розриву залишається нерозв'язаною саме за браком відомостей щодо визначників реалізації сформованого прагнення піклуватися про власне здоров'я. Як зазначають Rhodes та de Bruijn, це свідчить про необхідність перегляду моделей втручань, спрямованих безпосередньо на мотиви та доцільність пошуку додаткових конструкцій, що модерують зв'язок наміру з поведінкою [8]. Доцільно встановити, які саме дотичні явища можуть слугувати мішенями для втручань, оскільки зазначена невідповідність має велику вагу, зокрема, у процесі медико-психологічної реабілітації військовослужбовців. Оптимальний рівень здоров'я та психофізична готовність необхідні для ефективного виконання бойових розпоряджень, а також суттєво сприяють відновленню демобілізованих військовослужбовців [9]. Попри це серед цільової популяції зберігається дилаторна тенденція щодо турботи про здоров'я, яка обмежує результативність фахових інтервенцій. Подібна схильність не реалізувати сформований реабілітаційний намір притаманна також цивільним особам [10]. Проте стресогенні умови бою та неабиякий ризик травматичного досвіду, пов'язаного з ними, визначають констеляцію розширення розриву [11].

Як зазначають Крук та Григус, «після лікування... військовослужбовці стикаються з проблемою відновлення своєї фізичної та психологічної функціональності» [12, с. 46]. У напрямі медико-психологічного супроводу військовослужбовців досягнення бажаних результатів потребує формування позитивного сприйняття реабілітаційного процесу [13]. Водночас усталені адаптивні переконання щодо реабілітаційних заходів є первинною ланкою успішного відновлення функційних можливостей особистості [14]. Наведене твердження співвідноситься з висновками Remigio-Baker та ін. щодо динаміки постконкусійних симптомів серед військовослужбовців зі стійкими переконаннями стосовно ефективності конкретних форм активності, передбачених реабілітаційними програмами [15]. Цей зв'язок підкреслює важливість інтенційного рівня, припускаючи, що позитивні очікування можуть потенційно модерувати відновлення. Водночас Lin і Roberts

вказують, що саме переконання, суб'єктивні норми та сприйнятий поведінковий контроль можуть пояснювати до 64 % варіації намірів щодо превентивної поведінки [16]. Тож процес реабілітації, імовірно, виграє від цілісного підходу, що враховує психологічну готовність і міру залучення пацієнтів.

Водночас бракує єдиного підходу до роботи із зазначеною проблематикою. Зокрема, поширена модель персоналізованого супроводу, недостатня для сприяння прихильності серед пацієнтів із політравмою, поширеною серед комбатантів [17]. Крім того, наявність супутніх психічних розладів ускладнює визначення уніфікованої стратегії адаптації [18]. Оскільки констеляція, сформована бойовим досвідом українських військовослужбовців, накладає відповідні обмеження на пряме поширення висновків попередніх досліджень, необхідно прояснити, які мішені втручань можуть бути цінними для медико-психологічної реабілітації популяції, що обговорюється. Тож автори, послуговуючись концептуальною основою багаторівневого підходу керування дією, вважають доцільним установити ймовірно дистальні та проксимальні психологічні чинники, що визначають залученість військовослужбовців на етапі відновлення [19; 20].

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано за якісним пошуковим дизайном. Проведено 24 напівструктуровані клінічні інтерв'ю з комбатантами десантно-штурмових військ, що проходили медико-психологічну реабілітацію на базі КНП КОР «Київський обласний центр ментального здоров'я» (м. Ворзель, Київська обл.). Записи, сформовані за результатами інтерв'ювання, опрацьовано, послуговуючись методами якісного аналізу даних. Зокрема, виконано контент-аналіз на засновку ключових слів, моделювання латентних концептів за латентним розподілом Діріхле (Latent Dirichlet Allocation, LDA) та t-розподіленням вкладенням стохастичної близькості (t-distributed Stochastic Neighbour Embedding, t-SNE). Аналіз проведено за допомогою R-версії 4.3.2 (31.10.2023). Респонденти були ознайомлені зі змістом і умовами дослідження та надали інформовану згоду на участь, що зберігається авторами разом із записами в захищеному хмарному сховищі.

**Результати.** Оптимальну кількість тематичних категорій визначено за результатами зіставлення найменшого індексу косинуса відстані та найбільшого значення показника дивергенції (рис. 1) [21; 22].

Відповідно, виконано моделювання латентних концептів за розподілом Діріхле та визначено 4 провідні теми, що характеризують досвід залучення до реабілітаційного процесу військовослужбовців (рис. 2). За порогового значення  $\theta = 0.15$ , наскрізною у всіх інтерв'ю є тема № 1 «Незахищеність», що узагальнює переживання учасників стосовно загроз та ризиків, асоційованих з умовами діяльності; міру екзистенційної незахищеності комбатанта. Крім того, наскрізною доцільно також визначити тему № 2 «Погіршення стану», що описує переконання щодо негативних наслідків реабілітаційних заходів на психологічний або фізичний стан особи.

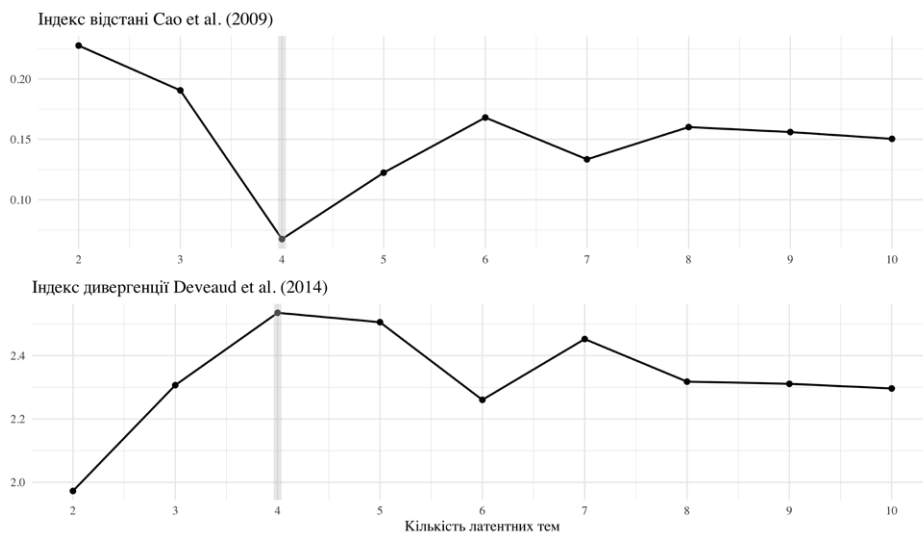


Рис. 1. Лінійний графік коефіцієнтів Cao та ін., Deveaud та ін.

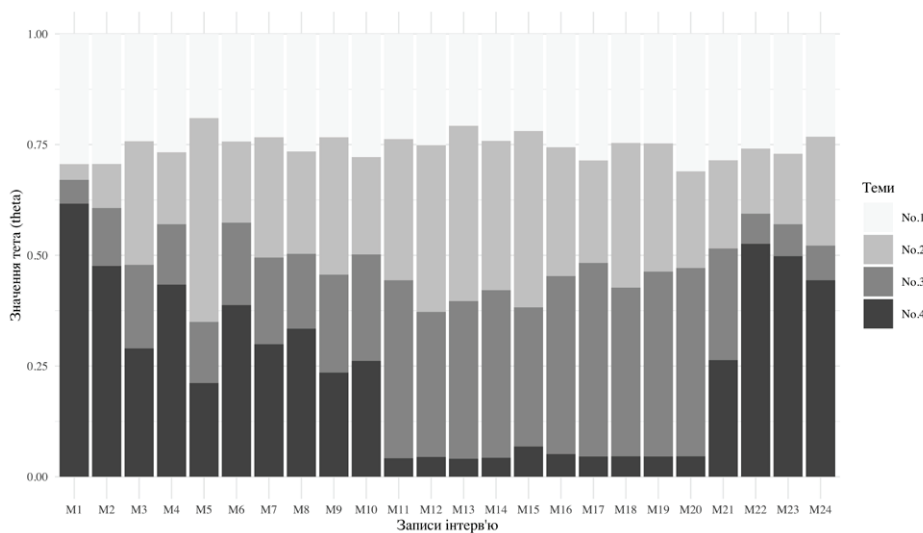


Рис. 2. Гістограма розподілу тем за записами інтерв'ю

Хоч ця тема недостатньо висвітлена в інтерв'ю M1 та M2, автори зробили припущення щодо її універсальності за результатами ручного перегляду матеріалів. Зважаючи на нерівномірність розподілу за записами, вторинною є тема № 3 «Неадекватна допомога», що висвітлює неприхильність особи до фахівців галузі, а також № 4 «Відсутність результату», що узагальнює переконання стосовно міри ефективності реабілітаційних програм. Характерний розподіл може свідчити про асоційованість сприйманих бар'єрів, які узагальнено в зазначених темах, із певною латентною характеристикою, що визначає досвід комбатантів та потребує уточнення. Крім того, необхідно окреслити відмінності цих категорій, оскільки вони видаються тематично наближеними. Сприйнятий барк результатів інтервенцій відображає переконання щодо неефективності реабілітаційних заходів, що пропонуються комбатантові. Натомість невідповідність наданої допомоги більшою мірою охоплює ставлення до персоналу, ніж до послуг. Тема № 3 «Неадекватна

допомога» розкриває нейроцептивний вимір досвіду учасників дослідження, сприйняття загрози від фахівців, переживання недовіри. Варто зазначити, що загальні назви для відповідних категорій обрано з формулювань, якими послуговувалися респонденти. Натомість назви для підтем визначено авторами дослідження самостійно. Примітною є семантична наближеність назви «Незахищеність», що утворена за низкою прикметників «незахищений», «беззахисний», «безпомічний», «голий», та конструкту екзистенційної незахищеності, який розглядається як основа зазначеного бар'єра.

Оскільки наведені категорії є досить широкими, також проведено моделювання концептуальної структури за t-SNE задля огляду дистанції та визначення ймовірних підтем. На Рисунку 3 висвітлено результат візуалізації, зокрема, помітно, що виокремлення більшої кількості латентних тем не доцільне, зважаючи на їх накладання та можливість узагальнення в чотирьох ширших, визначених попередньо.

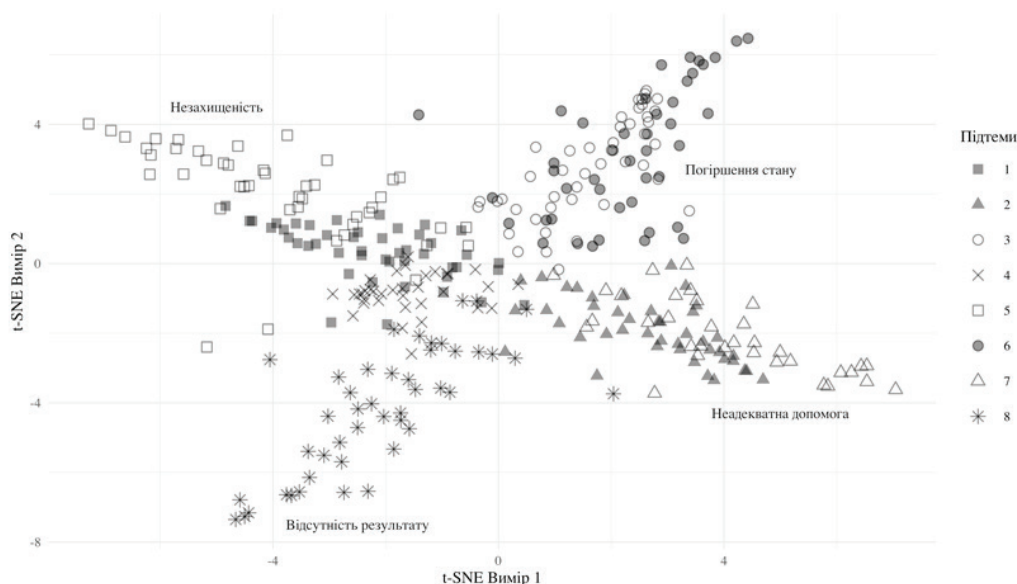


Рис. 3. t-SNE візуалізація латентного моделювання восьми підтем

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

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

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

М3: *Ти зі мною можеши тут скільки завгодно сидіти. Але це не змінює того, що вони [персонал] ні на що не здатні; тільки роздражають. От скажи мені, це нормально як вони себе поведуть?*

М20: *Ви тут багато робите. Я прям бачу, як ви бігаєте, суетяться [сміється], стараєтесь, коротіше. Нюанс тільки, що все це не працює. Може для когось, але не для мене. Тому я і не дуже хочу вас напружати. До реабілітолога я ходжу... Групові [заняття] – мені як об камінь вода.*

Згідно з t-SNE візуалізацією помітний частковий перетин підтем № 1 «Слабка мережа підтримки»,

№ 4 «Переживання покинутості» та № 8 «Переконання». Автори припускають, що це пов'язано із взаємодією зазначених складників у формуванні досвіду залучення. Підтема № 4 охоплює переживання відторгнення та зіткнення з екзистенційною даністю ізоляції. Перетин із темою «Незахищеність» свідчить про значущість досвіду самотності у формуванні відчуття екзистенційної незахищеності, що відповідає змісту зазначеної категорії. Зокрема, це переживання характерним чином виявляється в конструюванні перспективи майбутнього поза реабілітаційним простором:

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

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

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

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

Сприймана недоступність реабілітації, ймовірно, тісно пов'язана з тематичною категорією «Незахищеність», оскільки зумовлена переживаннями покинутості,

зокрема, фахівцями реабілітаційного спрямування поза реабілітаційним простором. У цьому контексті можемо припустити, що сформованість мережі соціальної підтримки є протективним чинником переживання ізоляції та модерує ставлення до фахових інтервенцій.

Узагальнюючи, виокремлено два провідні наративи сприйманого браку результатів реабілітаційних втручань: безпосереднє заперечення ефекту поведінкових втручань («Помалювали і що? Що це дало, це ж не крапельниця») та опосередковане переживанням соціального відторгнення («Воно вам не треба, зі мною панькатися, я знаю»). Хоча перший наратив видається наближеним до теми «Неадекватна допомога», що відображає невідповідність інтервенцій, у цьому контексті йдеться про стійке переконання, тоді як невідповідність стосується стану стурбованості. Власне, за результатами тематичного моделювання в Таблиці 1 наведено зразки висловлювань респондентів, що узагальнюють визначені теми та підтеми.

Визначені під час тематичного аналізу категорії більшою мірою стосуються відтермінування та міри комплаєнсу. Натомість мережевий аналіз уможливує прояснення висвітлених тем у розрізі інтенційно-поведінкового розриву. Поширеним у розповідях формулюванням, що відображає розрив між наміром та поведінкою, було «хочу, але...», яке слугувало ключовою фразою для формування мережі спільного використання слів (рис. 4). Показово, що на протигагу вибірці цивільних осіб, відсутнє формулювання «хочу, але не можу» [23]. Натомість найбільш поширеними конструкціями, що супроводжували твердження респондентів про сформований намір долучитися до реабілітаційних заходів, були визначники почуттів («відчуваю підтримку», «почуваюся, як...», «відчуваю, що один не впораюся», «боюся зробити гірше»). Проте розрізнення валентності ускладнене, що, ймовірно, пов'язано з характерним рівнем інконгруентності респондентів. Зокрема, виражена дієслівність у мовленні ( $k = 0,31$ ) засвідчує високий рівень емоційності учас-

ників, суб'єктивну значущість сформованої інтенції відновлення.

Натомість складність розрізнення емоційних змістів є виправданою низьким рівнем когезії ( $k = 0,2$ ) та високим значенням емболії ( $k = 0,4$ ), що відображають труднощі вербалізації досвіду респондентами. А проте характерне розмежування респондентами пасивної позиції як безпечної («поки не почав [реабілітацію], то хоч якось у балансі все в житті було») на протигагу активній як потенційно небезпечній («зараз нароблю такого, що буде тільки гірше»). Зазначена тенденція, ймовірно, пов'язана з виснаженням, що асоційоване з пережитим травмивним досвідом, а також переживанням фізичного та психологічного дистресу зумовленого розладом. Тож міра залучення до реабілітації може визначатися інтенсивністю посттравматичних проявів. Зокрема, респонденти, що виявляли фіксацію на травмивному досвіді меншою мірою або ж зовсім не висловлювали реабілітаційного наміру. Відповідно, у мережевому аналізі не висвітлено аспектів, що стосуються безпосередньо переживання ПТСР чи суміжних.

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

M6: Я хочу, але хіба ж я маю все, що потрібно для цього? Типу, у вас я можу досить довго полікуватися, правильно ж? Я, якщо чесно, не знаю, де можна знайти психолога, типу є якісь ресурси, так?

M10: Ну я проходив коротку програму реабілітації. Мені одразу стало не дуже, ясна річ. Але десь за дні три – так відпустило все: шия, руки, ноги. Я прям задихав. Тому зараз я – усе, що треба робити.

M17: Цього ж недостатньо, тільки почне все боліти. Треба десь місяці чотири. Мені здається, навіть п'ять. А п'ять місяців тільки відновлюватися... [павза] Я вже займався після 2015 майже рік з реабілітологом.

Таблиця 1

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



Відповідно, перспективним напрямом залучення військовослужбовців до реабілітаційного процесу автори вбачають своєчасне впровадження психоедукаційних заходів, інформування та психопрофілактики. На етапі безпосереднього контакту доцільно актуалізувати рефлексивний рівень ставлення до здоров'я військовослужбовців, звертатися до експериментального підходу у формуванні рапорту. Обмежен-

нями наведеного дослідження визначено помірний обсяг вибірки для реалізації якісного аналізу даних та клінічні умови інтерв'ювання, що ускладнюють досягнення сильного діалогу. Напрямом подальших досліджень, на думку авторів, є втілення крос-секційного дизайну та прояснення перспектив подолання переживання інституційної зради серед військовослужбовців.

### Література:

1. Bridging Intention-Behavior Gap through Implementation Intention: Conceptual Insight / Wijetunge W. A. D. S. et al. *Int J Res Innov Soc Sci*. 2023. Vol. 7, No. 11. P. 1627–1635. <https://doi.org/10.47772/IJRIS.2023.7011127>
2. Self-regulatory processes mediate the intention-behavior relation for adherence and exercise behaviors / de Bruin M. et al. *Health Psychol*. 2012. Vol. 31, No. 6. P. 695–703. URL: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027425>
3. Zhao X., Dichtl F. F., Foran H. M. Predicting smoking behavior: intention and future self-continuity among Austrians. *Psychol Health Med*. 2022. Vol. 27, No. 5. P. 1042–1051. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1842898>
4. Youth exercise intention and past exercise behavior: Examining the moderating influences of sex and meeting exercise recommendations / Downs D. S. et al. *Res Quart Exerc Sport*. 2006. Vol. 77, No. 1. P. 91–99. <https://doi.org/10.1080/02701367.2006.10599335>
5. Conner M., Norman P. Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Front Psychol*. 2022. Vol. 13. P. 923464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923464>
6. Казаков С. С. Екзистенційні чинники прокрастинації турботи про здоров'я: експлораторне дослідження. *Габітус*. 2023. No. 49. P. 204–210. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.35>
7. Physical comorbidities of post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam War veterans / McLeay S. C. et al. *Med J Aust*. 2017. Vol. 206, No. 6. P. 251–257. <https://doi.org/10.5694/mja16.00935>
8. Rhodes R. E., de Bruijn G. J. How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *Brit J Health Psychol*. 2013. Vol. 18, No. 2. P. 296–309. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12032>
9. Hruby A., Lieberman H. R., Smith T. J. Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *J Affect Disord*. 2021. Vol. 283. P. 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.029>
10. Bridging the intention-behavior gap for cardiac rehabilitation participation: the role of perceived barriers / Williamson T. M. et al. *Disab Rehab*. 2020. 42(9), 1284–1291. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1524519>
11. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems / Sharp M. L. et al. *Epidemiol Rev*. 2015. Vol. 37, No. 1. P. 144–162. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxu012>
12. Крук І. М., Григус І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehab Recreat*. 2022. No. 12. P. 44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6>
13. Combs M. A., Critchfield E. A., Soble J. R. Relax while you rehabilitate: A pilot study integrating a novel, yoga-based mindfulness group intervention into a residential military brain injury rehabilitation program. *Rehab Psychol*. 2018. Vol. 63, No. 2. P. 182. <https://doi.org/10.1037/rep0000179>
14. Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a bio-psychosocial-spiritual perspective / Besemann L. M. *Can J Surg*. 2018. Vol. 61, No. 6. P. S219–S231. <https://doi.org/10.1503%2Ffcjs.015318>
15. Beliefs about the influence of rest during concussion recovery may predict activity and symptom progression within an active duty military population / Remigio-Baker R. A. *Arch Physical Med Rehab*. 2020. Vol. 101, No. 7. P. 1204–1211. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.02.015>
16. Lin N., Roberts K. R. Predicting and explaining behavioral intention and hand sanitizer use among US Army soldiers. *Amer J Infect Control*. 2017. Vol. 45, No. 4. P. 396–400. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.11.008>
17. Health Coaching: A Preliminary Report on the Effects in Traumatic Brain Injury/Polytrauma Patients / Madrigal E. et al. *Integr Med Clinic J*. 2017. Vol. 16, No. 6. P. 26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6438084/>
18. Dabovich P. A., Elliott J. A., McFarlane A. C. Individuate and separate: Values and identity re-development during rehabilitation and transition in the Australian Army. *Soc Sci Med*. 2019. Vol. 222. P. 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.012>
19. Rhodes R. E. Multi-process action control in physical activity: a primer. *Front Psychol*. 2021. Vol. 12. P. 797484. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797484>
20. Expanding the Andersen model: The role of psychosocial factors in long-term care use / Bradley E. H. et al. *Health Serv Res*. 2002. Vol. 37, No. 5. P. 1221–1242. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01053>
21. A density-based method for adaptive lda model selection / Cao J. et al. *Neurocomputing*. 2009. Vol. 72, No. 7–9. P. 1775–1781. <http://doi.org/10.1016/j.neucom.2008.06.011>
22. Deveaud R., SanJuan É., Bellot P. Accurate and effective latent concept modeling for ad hoc information retrieval. *Doc Num*. 2014. Vol. 17, No. 1. P. 61–84. <http://doi.org/10.3166/dn.17.1.61-84>
23. Казаков, С. Концептуалізація інтенційно-поведінкового розриву в терапевтичному процесі. Регістри сесій 2023: Життя всупереч – далі буде : матеріали XI всеукр. конф., м. Київ, 02–03 груд. 2023 р. / УСП Київ, 2023. С. 63–69. URL: <http://bit.ly/3UgU3Se>

## References:

1. Wijetunge, W. A. D. S., Yusoff, S. K. B. M., Azam, S. F., & Tham, J. (2023). Bridging Intention-Behavior Gap through Implementation Intention: Conceptual Insight. *Int J Res Innov Soc Sci*, 7(11), 1627–1635. <https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2023.7011127>
2. de Bruin, M., Sheeran, P., Kok, G., Hiemstra, A., Prins, J. M., Hospers, H. J., & van Breukelen, G. J. (2012). Self-regulatory processes mediate the intention-behavior relation for adherence and exercise behaviors. *Health Psychol*, 31(6), 695–703. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027425>
3. Zhao, X., Dichtl, F. F., & Foran, H. M. (2022). Predicting smoking behavior: intention and future self-continuity among Austrians. *Psychol Health Med*, 27(5), 1042–1051. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1842898>
4. Downs, D. S., Graham, G. M., Yang, S., Bargainnier, S., & Vasil, J. (2006). Youth exercise intention and past exercise behavior: Examining the moderating influences of sex and meeting exercise recommendations. *Res Quart Exerc Sport*, 77(1), 91–99. <https://doi.org/10.1080/02701367.2006.10599335>
5. Conner, M., & Norman, P. (2022). Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Front Psychol*, 13, Article 923464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923464>
6. Kazakov, S. S. (2023). Ekzystentsiini chynnyky prokrastynatsii turboty pro zdorovia: eksploratorne doslidzhennia [Existential determinants of health procrastination: an exploratory study]. *Habitus*, (49), 204–210. <https://doi.org/10.3278/2/2663-5208.2023.49.35>
7. McLeay, S. C., Harvey, W. M., Romaniuk, M. N. M., Crawford, D. H. G., Colquhoun, D. M., Young, R., Dwyer, M., O'Sullivan, R. A., Cooksley, G., Strakosch, C. R., Thompson, R. M., Voisey, J., & Lawford, B. R. (2017). Physical comorbidities of post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam War veterans. *Med J Aust*, 206(6), 251–257. <https://doi.org/10.5694/mja16.00935>
8. Rhodes, R. E., & de Bruijn, G. J. (2013). How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *Brit J Health Psychol*, 18(2), 296–309. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12032>
9. Hruby, A., Lieberman, H. R., & Smith, T. J. (2021). Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *J Affect Disord*, 283, 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.029>
10. Williamson, T. M., Rouleau, C. R., Aggarwal, S. G., Arena, R., & Campbell, T. S. (2020). Bridging the intention-behavior gap for cardiac rehabilitation participation: the role of perceived barriers. *Disab Rehab*, 42(9), 1284–1291. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1524519>
11. Sharp, M. L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N., & Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidem Rev*, 37(1), 144–162. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxu012>
12. Kruk I. M., & Grygus I. M. (2022). Fizychna terapiia viiskovosluzhbovtiv z naslidkami vohnepalnykh poranen [Physical therapy of military personnel with the consequences of burnt injuries]. *Rehab Recreat*, (12), 44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6>
13. Combs, M. A., Critchfield, E. A., & Soble, J. R. (2018). Relax while you rehabilitate: A pilot study integrating a novel, yoga-based mindfulness group intervention into a residential military brain injury rehabilitation program. *Rehab Psychol*, 63(2), Article 182. <https://doi.org/10.1037/rep0000179>
14. Besemann, L. M., Hebert, J., Thompson, J. M., Cooper, R. A., Gupta, G., Brémault-Phillips, S., & Dentry, S. J. (2018). Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a biosychosocial-spiritual perspective. *Can J Surg*, 61(6 Suppl 1), Article S219. <https://doi.org/10.1503%2Ffcjs.015318>
15. Remigio-Baker, R. A., Gregory, E., Cole, W. R. et al. (2020). Beliefs about the influence of rest during concussion recovery may predict activity and symptom progression within an active duty military population. *Arch Phys Med Rehab*, 101(7), 1204–1211. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.02.015>
16. Lin, N., & Roberts, K. R. (2017). Predicting and explaining behavioral intention and hand sanitizer use among US Army soldiers. *Amer J Infect Control*, 45(4), 396–400. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.11.008>
17. Madrigal, E., Gray, M., Timmerman, M. A., Orozco, T., Ripley, D. C., Adamson, M., & Harris, O. A. (2017). Health Coaching: A Preliminary Report on the Effects in Traumatic Brain Injury/Polytrauma Patients. *Integr Med Clinic J*, 16(6), Article 26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6438084/>
18. Dabovich, P. A., Elliott, J. A., & McFarlane, A. C. (2019). Individuate and separate: Values and identity re-development during rehabilitation and transition in the Australian Army. *Soc Sci Med*, 222, 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.012>
19. Rhodes, R. E. (2021). Multi-process action control in physical activity: a primer. *Front Psychol*, 12, Article 797484. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797484>
20. Bradley, E. H., McGraw, S. A., Curry, L., Buckser, A., King, K. L., Kasl, S. V., & Andersen, R. (2002). Expanding the Andersen model: The role of psychosocial factors in long-term care use. *Health Serv Res*, 37(5), 1221–1242. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01053>
21. Cao, J., Xia, T., Li, J., Zhang, Y., & Tang, S. (2009). A density-based method for adaptive lda model selection. *Neurocomputing*, 72(7–9), 1775–1781. <http://doi.org/10.1016/j.neucom.2008.06.011>
22. Deveaud, R., SanJuan, É., & Bellot, P. (2014). Accurate and effective latent concept modeling for ad hoc information retrieval. *Doc Num*, 17(1), 61–84. <http://doi.org/10.3166/dn.17.1.61-84>
23. Kazakov, S. (2023). Kontseptualizatsiia intentsiino-povedinkovoho rozryvu v terapevtychnomu protsesi [Conceptualization of the intentional-behavioral gap in therapeutic process]. In K. Malysheva, *Rehistry Stosunkiv: Zhyttia vsuperech – dali bude* (pp. 63–69). UUAP. <http://bit.ly/3UGU3Se>