ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра

на тему

«ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ЗАСОБАМИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ МЕДИТАЦІЇ»

Виконала: магістрантка групи ПД-2401 денної форми навчання, напряму підготовки (спеціальності) 053 «Психологія» Стець Юлія Анатоліївна

Науковий керівник: Кучеренко Є.В., кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент: кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Університету Григорія Сковороди в Переяславі — Леонід Ніколаєв

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП…….....4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ……....7

1.1 Проблема тривожності в клінічній психології, її види та прояви…….7

1.2 Психологічні причини та прояви тривожності у студентів……...……14

1.3 Психологічні особливості учбово-професійної діяльності майбутніх лікарів…….21

Висновки до першого розділу……..…….26

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ……..……...…….28

2.1 Методи та організація емпіричного дослідження…….28

2.2 Результати емпіричного дослідження……32

Висновки до другого розділу……43

РОЗДІЛ 3. ТЕРАПЕВТИЧНА МЕДИТАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ……..46

3.1 Теоретичний аналіз терапевтичної медитації як методу психокорекції та самодопомоги…….46

3.2 Програма психокорекції тривожності у майбутніх лікарів засобами терапевтичної медитації……50

3.3 Вибрані засоби медитації в щоденній психопрофілактиці тривожності…….71

Висновки до третього розділу……...74

ВИСНОВКИ……..76

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….79

ДОДАТКИ……..85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожність є однією з найпоширеніших психологічних проблем серед студентської молоді, особливо серед майбутніх лікарів. Вони постійно піддаються величезним навчальним навантаженням, переживають високу відповідальність за пацієнтів та часто стикаються з емоційним виснаженням.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 260 мільйонів людей страждають від тривожних розладів, а серед студентів медичних навчальних закладів ці показники значно вищі, що обумовлено особливостями навчання та майбутньої професійної діяльності. Хронічний стрес та відчуття невизначеності можуть стати причинами розвитку хронічної тривожності, яка негативно впливає на психоемоційний стан, когнітивні функції та та мотивацію студентів-медиків.

Сучасні дослідження підтверджують, що підвищена тривожність може мати серйозні наслідки для студентів-медиків, включаючи емоційне вигорання, зниження успішності в навчанні та навіть професійну деформацію особистості. Тому великої уваги потребують ефективні, безпечні та доступні методи профілактики та подолання тривожності, які можна використовувати у студентському середовищі. Одним із таких методів є терапевтична медитація, яка допомагає знизити рівень стресу, покращити емоційну рівновагу та підвищити стійкість до стресових факторів.

Актуальність вивчення впливу медитативних практик на психічне здоров'я постійно зростає у науковому світі, але в Україні ця тема все ще потребує більшої уваги. У вітчизняній літературі недостатньо досліджень, які б комплексно вивчали вплив терапевтичної медитації на студентів медичних спеціальностей. Тому результати даного дослідження будуть корисними як для психологічної науки, так і для практичного застосування у межах медичних навчальних закладів.

Мета: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити подолання тривожності у майбутніх лікарів засобами терапевтичної медитації.

Завдання:

1. Теоретично проаналізувати проблему тривожності у майбутніх лікарів;

2. Емпірично дослідити ситуативну тривожність майбутніх лікарів;

3. Здійснити кількісний та якісний аналіз результатів емпіричного дослідження;

4. Обґрунтувати доцільність використання діагностичного інструментарію відповідно до теми дослідження;

5. Розробити та апробувати програму терапевтичної медитації для зниження рівня тривожності у студентів медичних закладів.

Об'єкт дослідження: тривожність майбутніх лікарів у процесі їхньої підготовки.

Предмет дослідження: використання терапевтичної медитації як засобу для подолання тривожності у майбутніх лікарів.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань нами було використано комплекс методів:

1) Теоретичні: аналіз наукової літератури за темою дослідження; методи логіко-психологічного аналізу (синтез, класифікація, систематизація, порівняння та узагальнення) наукової інформації;

2) З використанням організаційних методів проведено порівняльний аналіз різних факторів, які зумовлюють появу феномена, що вивчається;

3) Для перевірки гіпотез дослідження застосовані емпіричні методи, а саме психодіагностичні методики: Шкала тривожності Спілберга-Ханіна, Якорі кар'єри Е. Шейна (в адаптації В.А. Чікер, В.Е. Вінокурова), опитувальник «Індекс задоволеності життям» (в адаптації Н.В. Паніної), Шкала тривоги А. Бека, Шкала прояву тривожності Дж. Тейлор, Шкала оцінки усвідомленості та уважності, а також розроблена нами анкета для збору загальної інформації та ставлення до медитації в цілому.

4) Обробка результатів дослідження буде проведена за допомогою математико-статистичних методів: критерій Манна–Уітні, розрахунок середніх значень (M) та стандартних відхилень (SD), аналіз відсоткових частот.

5) Узагальнення результатів здійснено з використанням інтерпретаційних методів: класифікація й узагальнення емпіричних даних.

База дослідження: Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет».

Наукова новизна одержаних результатів у встановленні ефективності терапевтичної медитації як засобу подолання тривожності у студентів-медиків.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у розширенні та поглибленні уявлень про тривожності, а також про можливість її подолання засобами терапевтичної медитації.

Практичне значення отриманих одержаних результатів полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані при впровадженні терапевтичної медитації в навчальний процес, а також для зниження рівня тривожності у студентів-медиків.

Апробація результатів дослідження та публікації. Результати кваліфікаційного дослідження апробовані у формі наукових тез, прийнятих до участі у Всеукраїнській науково-практичній конференції «Клінічна та вікова психологія в епоху лімінальних змін» (Київ, 29 січня 2026 року). Тема тез: «Психологічні особливості тривожності майбутніх лікарів як передумова впровадження методів саморегуляції»

Структура та обсяг роботи: робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (48 найменуваннь), додатків. Містить 3 таблиці та 2 рисунки. Основний зміст роботи викладено на 77 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

1.1 Проблема тривожності у клінічній психології, її види та прояви

Нині проблематика тривожності перебуває в центрі уваги багатьох наук, зокрема фізіології, психіатрії, психології, психофізіології, біохімії та філософії. Слід зазначити, що левова частка наукових праць у цій галузі належить зарубіжним вченим. Натомість у вітчизняному науковому просторі вивчення цього явища має дещо розрізнений характер, а відсутність єдиної концептуальної моделі зумовлює існування великого розмаїття підходів до його інтерпретації.

Найчастіше тривожність тлумачать як стійку особистісну властивість, що проявляється у підвищеній схильності індивіда до переживання тривоги. Ця риса змушує людину сприймати нейтральні та об’єктивно безпечні об’єкти як загрозливі, реагуючи на них рівнем хвилювання, непропорційним реальній небезпеці. Саме поняття «тривога» зазвичай використовують для опису емоційного стану, який поєднує суб’єктивне відчуття напруження й неспокою з фізіологічними змінами в організмі: збудженням нервової системи та вегетативними проявами (тахікардія, пришвидшене дихання, підвищення тиску, посилене потовиділення тощо). Рівень особистісної тривожності визначається частотою та інтенсивністю виникнення таких станів.

У контексті дослідження цього феномену аналізується як повна відсутність тривоги, що перешкоджає нормальній адаптації, так і стійка тривожність, яка

блокує розвиток і продуктивну діяльність. Для кожної людини існує індивідуальний оптимум — так звана «корисна тривожність». Вона є адекватною реальній загрозі, покращує результати діяльності та відіграє позитивну роль не лише як індикатор небезпеки, а й як мобілізатор психічних резервів для запуску механізмів поведінкового реагування. На противагу цьому, Р. Мей описує невротичну тривожність як реакцію, що не відповідає реальній загрозі та спричиняє дезорганізацію особистості [4].

Цей вид тривожності не завжди помітний у зовнішній поведінці, проте він створює стійкий фон суб'єктивного неблагополуччя. Про патологічну або невротичну тривожність йдеться тоді, коли вона порушує нормальне функціонування в усіх сферах життя людини. Відмінністю від нормальної, корисної тривожності є те, що патологічна форма завжди є більш тривалою, вираженою та призводить до пригнічення, а не до посилення адаптаційних можливостей організму.

У психологічній науці тривожність часто розглядають крізь призму теорії стресу. У сучасній науці цей термін вживають для опису таких явищ:

- потужна фізіологічна та психологічна відповідь організму на стресовий чинник;

- реакція організму, що виникає внаслідок надмірного впливу та запускає інтенсивну адаптаційну активність.

Спираючись на концепцію Г. Сельє, реакцію тривоги визначають як початкову стадію розвитку стресу [22]. Вона мобілізує всі ресурси організму, включаючи біохімічні та фізіологічні, для активації захисного механізму, відомого як «реакція боротьби або втечі» [48]. Наявність певного рівня тривожності є природною та необхідною умовою для адекватної діяльності людини. Кожен індивід має свій оптимум, або корисну тривожність, яка сприяє включенню механізмів самовиховання та самоконтролю. Однак перевищення цього рівня сигналізує про прояв суб'єктивного неблагополуччя особистості [12].

А. М. Прихожан трактує тривожність як відчуття емоційного дискомфорту та очікування майбутньої загрози. Це стійке особистісне утворення, що

зберігається тривалий час, має власну спонукальну силу та сталі форми реалізації в поведінці з перевагою захисних та компенсаторних проявів. Її виникнення та закріплення пов'язане з незадоволенням гіпертрофованих базових потреб. Механізм посилення тривожності нагадує «замкнене психологічне коло»: накопичення негативного досвіду породжує песимістичні прогнози, що, своєю чергою, сприяє зростанню та консервації стану тривожності [19].

Дослідниця класифікує тривожність на такі типи: особистісна, ситуативна, відкрита та прихована. Особистісна тривожність розглядається як стабільна характеристика, сформована ще в ранньому дитинстві, що проявляється у схильності індивіда до хвилювання та страху в ситуаціях, які він суб’єктивно оцінює як значущі. Ситуативна тривожність відображає рівень емоційної напруги, що виникає як відповідь на конкретну подію [20].

Відкрита тривожність, за визначенням А. Прихожан, свідомо переживається людиною та відображається у її поведінці. До відкритої форми належать: гостра нерегульована, регульована компенсована, а також культивована тривожність. Прихована тривожність, натомість, характеризується зовнішнім спокоєм, зниженням чутливості до стресу або його запереченням. Вона може проявлятися через агресію, надмірну залежність, апатію, схильність до брехні, лінощі чи відхід у фантазії [2].Тривожність викликають тільки ті ситуації, які особистісно значимі для людини та відповідають її актуальним потребам. При цьому тривожність може викликати як мобілізуючий ефект, так і дезорганізацію поведінки. Особистісна тривожність характеризується як особистісна риса, що проявляється в постійній схильності до переживання тривоги в різних життєвих обставинах. Якщо цей вид закріпляється у процесі становлення характеру, то формується занижена самооцінка та негативне сприйняття оточуючого світу.

Прихована тривожність – неусвідомлювана, виражена або в надмірному спокої, відсутності чутливості до ситуації або в запереченні цього через специфічні форми поведінки [23].

Аналіз численних наукових робіт дозволяє виділити основні негативні аспекти високого рівня особистісної тривожності. Дослідники часто відмічають, що високий рівень особистісної тривожності негативно впливає на розвиток особистості й може призвести до її дезадаптації та невротизації [38].

Тривожність виступає підґрунтям для низки порушень розвитку, які спричиняють дестабілізацію функціонального стану організму. Характерною особливістю високотривожних осіб є схильність оцінювати навколишнє середовище як джерело підвищеної небезпеки, що відрізняє їх від людей із низьким рівнем тривоги. Таке викривлене сприйняття становить загрозу для психічного здоров'я та провокує виникнення неврозів. Окрім того, дослідники кваліфікують хронічно високий рівень тривожності як фактор, що безпосередньо призводить до формування психосоматичних патологій [34].

Розглядаючи високу тривожність як системну якість, яка проявляється на всіх рівнях активності людини, необхідно приділити особливу увагу її впливу на поведінку і продуктивність діяльності людини. При розгляді цієї проблеми цікавим є функціональний підхід, згідно якому тривожність є результатом складного процесу, що включає когнітивні, афективні та поведінкові реакції на рівні цілісної особистості, що актуалізуються внаслідок виникнення суб’єктивної оцінки потенційної небезпеки. В цьому зв’язку функціональний підхід дозволяє розглядати тривожність не тільки як особистісну характеристику, а і як суб’єктивний і активний діючий фактор, що впливає на динаміку протікання діяльності й дозволяє проаналізувати психофізіологічні механізми її дезорганізації [45].

Тривожність як психічне явище, що характеризується складною будовою і перебуває на нейроендокринному, соматовісцеральному та психологічному рівнях життєдіяльності людини. В зв’язку з цим найбільш доцільно розглядати її як цілісне, системне та інтегроване явище.

Дослідження в галузі когнітивної психології підтверджують, що тривожність модифікує когнітивне функціонування, насамперед призводячи до звуження поля уваги. У тривожному стані людина вибірково концентрується

виключно на загрозливих стимулах або питаннях власного благополуччя. Це призводить до специфічного «тунельного» сприйняття, коли будь-яка інша інформація, не пов'язана із загрозою, просто не сприймається [39]. Тобто увага фіксується на стресових елементах, що може мати довготривалий вплив. Це може проявлятися у відмові від активної поведінки, інтенсивного пошуку інформації для зменшення невизначеності ситуації, розвитку стану постійної готовності. На основі теорії ефективності обробки інформації, тривожність призводить до дефіциту в робочій пам’яті, який може компенсуватися за рахунок додаткових особистісних зусиль. Тож під впливом занадто сильної тривоги можуть виникати різні патологічні стани та порушуватися адаптаційні механізми [30, 50].

Однак у науковій літературі зустрічається й інша точка зору на феномен тривожності, яка суттєво доповнює традиційні уявлення про неї як виключно дезадаптивний стан. Так, В. М. Дружинін, аналізуючи зв’язок тривожності з інтелектуальними здібностями та мисленнєвою активністю, підкреслює, що підвищена тривожність не завжди має негативний ефект. Навпаки, деякі її форми можуть виступати внутрішнім ресурсом особистості. На думку дослідника, тривожна людина схильна до підсиленої пошукової активності: потреби впорядковувати навколишній простір, структурувати час, прогнозувати події та контролювати невизначеність.

Дружинін вказує, що тривожність може корелювати зі здатністю генерувати ширший спектр гіпотез, тобто з креативністю, а також із загальним рівнем інтелекту. Висока тривожність у цьому підході розглядається як механізм, який «змушує» людину активно мислити та шукати рішення ще до того, як виникне реальна загроза. Такий тип мисленнєвої активності спрямований на вироблення альтернатив, попередніх дій і моделей поведінки, які можуть бути корисними в ситуаціях невизначеності.

Згідно з його теорією, саме екзистенційна тривога – це фундаментальне відчуття нестабільності, непередбачуваності майбутнього та усвідомлення власних меж є своєрідним мотиваційним двигуном когнітивної активності. Вона

не має зовнішньої конкретної причини, а є внутрішнім станом, який спонукає людину до постійного рефлексування, прогнозування та пошуку смислів. При цьому досягнення конкретного результату не знижує рівень екзистенційної тривоги, оскільки глобальна невизначеність майбутнього залишається, а сам феномен має безпредметний характер. Саме тому тривожність, за Дружиніним, стимулює постійне породження «моделей майбутнього» незалежно від того, чи були задоволені поточні потреби.

Причини виникнення тривожності можуть мати як психологічну, так і біологічну природу. Її вираженість пов'язують зі спадковими особливостями нервової системи, роботою ендокринних залоз, індивідуальними властивостями темпераменту, рівнем гальмівних і збуджувальних процесів у корі головного мозку. Тривожність як стійка особистісна риса часто обумовлена генетично детермінованими особливостями функціонування мозкових структур, що підтримують підвищений базовий рівень емоційного збудження. Така форма тривожності може значно посилювати сприйнятливість до стресу, підвищувати ризик розвитку дистресу та сприяти формуванню психосоматичних порушень [42].

Британський нейрофізіолог Дж. Грей розглядав тривожність як стан, що супроводжується одночасною активацією захисної поведінки та її гальмуванням. За його концепцією, вона виникає при конфлікті між імпульсами наближення та уникання, що призводить до внутрішньої напруги [40]. У нейрофізіологічній основі тривожності беруть участь структури верхнього стовбура мозку та лімбічної системи. Патологічне збудження цих систем проявляється у симптомах гіперзбудливості, підвищеній реактивності на зовнішні стимули та загальній нестабільності емоційного стану [14].

Важливе місце у формуванні тривоги належить мигдалині, яка відповідає за обробку сигналів небезпеки та ініціює реакції страху й тривожного напруження. Гіпоталамічні структури беруть участь у гормональній регуляції тривожності: гормони гіпоталамуса активують вироблення гіпофізом ендорфінів і адренокортикотропного гормону (АКТГ). Ендорфіни тимчасово знижують

відчуття болю, тоді як АКТГ стимулює секрецію глюкокортикоїдів наднирниками. Глюкокортикоїди (наприклад, кортизол) пригнічують діяльність енергетичних і регенеративних систем організму, знижують імунітет, погіршують здатність тканин до відновлення та сприяють закріпленню відчуття виснаження [45, 51].

Таким чином, тривожність є складним феноменом, який інтегрує когнітивні, емоційні, нейрофізіологічні та гормональні механізми. З одного боку, вона може мати адаптивну функцію, стимулюючи людину до прогнозування, аналізу ризиків та інтелектуальної активності; з іншого — при надмірній вираженості вона стає фактором дистресу та виснаження, порушуючи психосоматичну рівновагу [7].

Пусковими механізмами тривожності можна вважати:

- внутрішньоособистісну конфлікту ситуацію між двома суперечливими прагненнями, коли у людини недостатньо розвинута самооцінка та притаманна надмірна відповідальність до навчальної діяльності, що є індивідуальними особливостями людини;

- неадаптивна поведінка в соціальному середовищі, тобто соціальне неблагополуччя, конфлікти.

У клінічній психології тривожність розглядається як складне, багаторівневе явище, яке відіграє центральну роль у виникненні, розвитку та підтриманні широкого спектра психічних розладів. Вона виступає не лише як реакція на стресову ситуацію, а й як хронічна стійка форма психоемоційного стану, що характеризується постійним очікуванням небезпеки, внутрішньою напругою, дратівливістю, неспокоєм, зниженням здатності до концентрації уваги та контролю над емоціями. У сучасній діагностичній класифікації психічних розладів (МКХ-11, DSM-5) [26, 52] тривожність є одним із провідних симптомів при великій кількості розладів, зокрема: генералізованому тривожному розладі, панічному розладі, соціальній фобії, специфічних фобіях, обсесивно-компульсивному розладі, посттравматичному стресовому розладі, а також депресивних станах з тривожним компонентом.

Клінічно тривожність може проявлятися у формі постійного внутрішнього неспокою, відчуття приреченості, надмірної настороженості, відчуття небезпеки навіть у безпечних умовах, а також у вигляді соматичних симптомів – головного болю, серцебиття, пітливості, тремору, м'язового напруження, порушення сну, апетиту, тощо [31]. Особливо важливою в клінічній практиці є диференціація між нормальною (адаптивною) та патологічною (дезадаптивною) тривожністю. У першому випадку тривожність виконує захисну функцію, мобілізуючи ресурси організму для вирішення актуальних життєвих завдань. У другому – вона перешкоджає нормальному функціонуванню, стає деструктивним чинником, який руйнує емоційне, когнітивне та поведінкове функціонування особистості [34].

Крім того, тривожність нерідко виступає фоновим компонентом у структурі інших психічних порушень – депресій, розладів адаптації, соматоформних і психосоматичних захворювань, неврозів, емоційної нестабільності тощо. Тому клінічний психолог має враховувати як глибинну природу тривожності, так і її зовнішні прояви, у тому числі ті, що маскуються під інші симптоми. Важливо вивчати індивідуальний стиль реагування людини, її систему переконань, рівень емоційної зрілості, а також здатність до рефлексії та саморегуляції.

Таким чином, тривожність – це психічний стан, який може бути викликаний ймовірними чи можливими неприємностями, раптовістю, зміною звичної діяльності, затримкою бажаного і який виражається в переживаннях, зо мають специфічний характер (хвилювання, порушення спокою і т.п.).

З метою поглибленого аналізу феномену тривожності, викладеного в підрозділі 1.1 у контексті клінічної психології, доцільним є розгляд її психологічних причин та особливостей прояву в студентському середовищі, чому і присвячений підрозділ 1.2 нашої роботи.

1.2. Психологічні причини та прояви тривожності у студентів

Студентський вік вирізняється вираженою емоційною мінливістю, підвищеною сенситивністю до зовнішніх впливів та значною залежністю від оцінки оточення. У цей період молода людина надзвичайно чутливо реагує на будь-які зауваження щодо зовнішності, інтелектуальних здібностей, соціальної відповідності чи професійних перспектив. Прагнення до самоконтролю та бажання відповідати очікуванням значущих інших нерідко стають джерелом внутрішнього напруження, що може провокувати формування невротичних реакцій, зниження самооцінки та підвищення вразливості до стресових ситуацій. Фізичні зміни, гормональні коливання, психоемоційні трансформації, притаманні ранній дорослості, а також необхідність поєднувати навчання, соціальні обов'язки та особисте життя формують підґрунтя для розвитку тривожності, яка здатна із ситуативної перерости в хронічну. Така тривожність виявляється у формі невпевненості, внутрішнього напруження, страху невдачі, дратівливості, неуважності, відчуття емоційного виснаження або, навпаки, у вигляді надмірної рухової та психічної активності, що виступає компенсаторним механізмом [27].

Сучасна система вищої освіти є складним соціокультурним середовищем, яке висуває до студентів численні інтелектуальні, емоційні та організаційні вимоги. Саме тому період навчання у закладі вищої освіти нерідко збігається з кризовими етапами формування особистісної ідентичності, переосмислення цінностей та життєвих орієнтирів. Входження в нові соціальні ролі, підвищене навантаження, академічна конкуренція, зростаючий рівень відповідальності за власне майбутнє та необхідність приймати самостійні рішення створюють значний психологічний тиск. Цей тиск посилюється впливом зовнішніх соціально-економічних та морально-психологічних викликів, таких як інфляція, нестабільність майбутнього, обмеженість можливостей працевлаштування, інформаційне перенасичення та загальна напруженість, зумовлена суспільно-політичними подіями. Усе це формує підґрунтя для виснаження емоційних ресурсів, зростання тривожності та погіршення здатності до адаптації [44].

У студентів причинами підвищеної тривожності стають як об’єктивні, так і суб’єктивні чинники. Серед найбільш поширених є високі й нерідко завищені вимоги з боку викладачів, недостатня гнучкість освітнього процесу, перевантаженість навчальною інформацією, дефіцит часу для відпочинку, а також внутрішні особистісні конфлікти, пов’язані з оцінкою власної компетентності та успішності. Значну роль відіграють соціальні порівняння та страх не виправдати очікувань батьків, викладачів чи однолітків. Студент з високим рівнем тривожності часто демонструє прояви постійного занепокоєння, схильний моделювати негативні сценарії навіть у ситуаціях, де реальної загрози немає, відчуває складнощі у концентрації уваги та організації діяльності, а також має недостатньо сформовані навички емоційної саморегуляції. Усе це може провокувати зниження академічної успішності, уникнення складних завдань, соціальну ізоляцію або навпаки — імпульсивні дії та перевантаження.

Таким чином, тривожність у студентському віці постає як багатофакторне явище, яке пов’язане з особливостями вікового розвитку, вимогами освітнього середовища та зовнішніми соціально-економічними обставинами. Її своєчасне виявлення та психопрофілактика мають важливе значення для збереження психічного здоров’я студентської молоді та формування здатності до ефективного саморегулювання у професійному майбутньому.

Відчуття тривоги супроводжує навчальну діяльність, оскільки сама ситуація пізнання має невизначеність, і відповідно призводить до тривоги. Оптимальне навчання можливо лише при умові семантичного переживання тривоги з приводу студентського життя. Навчання і розвиток краще відбувається тоді, коли тривога знаходиться на оптимальному рівні, а студент вчиться реагувати на неї адекватно. Тоді тривожність може розглядатися як фактор мобілізації уваги, пам’яті та інтелектуальних здібностей. Але коли рівень тривожності перевищує цю оптимальну межу, людину охоплює паніка. Бажаючи уникнути невдачі, вона або відсторонюється від діяльності, або намагається досягти успіху будь-якою ціною [13].

Тривогу, яка повністю локалізована в студентській сфері й породжує поведінкові труднощі позначають терміном «студентська тривожність». Підвищений рівень тривожності, зниження успішності, проблеми у стосунках з викладачами та однолітками також призводять до негативних змін в самооцінці студентів. В свою чергу відсутність підготовки до навчання викликає труднощі у стосунках з оточуючими, неадеквате уявлення про власні можливості, недооцінку чи переоцінку власних здібностей, що ускладнює адаптаційний процес.

Феномен «студентської тривожності» має чітко виражену ситуаційну специфіку: він формується та проявляється саме у навчальному середовищі, спричиняючи труднощі в поведінці, дезадаптацію та дезінтеграцію особистості. Часто така тривожність проявляється у формі:

- невпевненості у собі;
- пасивності на заняттях;
- страху негативної оцінки;
- емоційної напруги навіть при незначних зауваженнях;

схильності до соматичних реакцій (головний біль, проблеми зі сном, порушення апетиту) [25].

Студентська тривожність охоплює різноманітні прояви емоційного дискомфорту, характерного для студентського життя. Вона проявляється у формі надмірного хвилювання, дезорганізованості, тривожності в навчальних ситуаціях, у спілкуванні в групі, а також у постійному очікуванні негативного ставлення або критики з боку викладачів та однолітків. У таких умовах студент часто переживає відчуття власної неадекватності, сумнівається у правильності своїх дій і рішень, що супроводжується зниженим відчуттям впевненості у собі [1].

Причини виникнення тривожності у студентів охоплюють соціальний, психологічний та психофізіологічний рівні. На соціальному рівні вона пов’язана з труднощами у міжособистісному спілкуванні. На психологічному – з

викривленим самосприйняттям, коли виникає внутрішній конфлікт між бажанням мати високу самооцінку та відчуттям невпевненості у власних силах. Психічно тривожність проявляється у формі внутрішньої напруги, тривожних переживань, нерішучості, страху невдачі та суб'єктивного відчуття загрози. Зовні це може виявлятися через безпорадність, занижену впевненість у собі, перебільшення значущості ситуацій та почуття нездатності впоратися з ними [9].

На нашу думку, не існує чіткої позиції вчених стосовно причин виникнення студентської тривожності, но більшість пов'язують її появу у студентів зі стосунками в системі «батьки – студенти». За деякими дослідженнями доведено, що тривожність студентів зростає при умові, якщо батьки не задоволені власною роботою, побутовими умовами чи матеріальним станом.

Серед найбільш загальних причин виникнення тривожності у студентів є завищені вимоги, не гнучка система виховання, особистісні конфлікти, що пов'язані з оцінкою власної успішності в різних сферах діяльності. Інтенсивне переживання тривоги, яке дезорганізує навчальну діяльність, визначають як ознаку студентської дезадаптації.

Студентська адаптація – це адаптація студента до вимог вищого навчального закладу та умов навчання, які для нього є новими, незвичними у порівнянні з умовами школи чи сім'ї. Від сприятливості протікання цього процесу залежить не тільки успішність у навчальній діяльності, а і комфортність перебування студента у стінах закладу, здоров'я студента, його ставлення до оточуючих [10].

При цьому психологічна сторона студентської адаптації не обмежується аналізом соціалізації в плані адаптації до групи в якості студента. Процес реадаптації раніше створених міжособистісних стосунків з однолітками пов'язаний в внутрішніми процесами пристосування до студентського життя в цілому.

Успішність адаптації студентів залежить від сукупності таких чинників:

1. Стан здоров’я. Студенти, які мають в анамнезі черепно-мозкові травми або страждають на хронічні соматичні захворювання, стикаються з більшими труднощами у процесі пристосування до навчання.

2. Сімейне середовище. Значущу роль відіграють психологічна атмосфера вдома, специфіка дитячо-батьківських стосунків, стиль виховання, а також соціальний статус і режим життєдіяльності студента в родині.

3. Рівень психологічної готовності. Вона включає три складові: інтелектуальну (пізнавальні можливості), емоційно-вольову (адекватність реагування, вольовий контроль) та особистісну (мотивація до навчання і навички спілкування).

4. Організація фізичної активності. Достатня рухова активність є необхідною умовою для запобігання втомі та підтримки належного рівня працездатності [7, 11].

Високотривожні студенти схильні сприймати загрозу своїй самооцінці в широкому діапазоні ситуацій та реагувати доволі напружено вираженим станом тривожності.

Зазвичай, тривожні студенти – це невпевнені в собі люди з нестійкою самооцінкою. Постійний страх перед невідомим призводить до того, що вони вкрай рідко проявляють ініціативу, бажають, щоб на них не звертали уваги оточуючі та намагаються повністю виконувати вимоги – не порушувати дисципліну. Таких людей можна назвати скромними та сором’язливими [21].

Про стан підвищеної тривожності можна говорити у випадках, коли її показники виходять за межі оптимального діапазону. Таке перевищення норми часто виступає індикатором порушення механізмів емоційної адаптації особистості до умов соціального середовища. Характерною рисою студентів із подібним рівнем тривожності є формування деструктивного самосприйняття, яке проявляється у ставленні до себе як до слабкої, некомпетентної та безпорадної особистості.

Тривожні студенти, як правило, не мають загального визнання в групі, але і не є ізольованими; вони часто невпевнені у собі, замкнуті, не комунікабельні або навпаки, занадто комунікабельні та настирні. Також для них характерною є безініціативність через невпевненість у собі, тобто ці студенти рідко є лідерами в міжособистісних стосунках [15].

Прояви тривожності у здобувачів вищої освіти зумовлюються сукупністю чинників, серед яких визначальне значення мають індивідуально-психологічні особливості, мотиваційна орієнтація, життєвий досвід, рівень соціальної підтримки, а також культурно-освітнє середовище. Одним із ключових факторів виступає академічний тиск, який формує ситуацію підвищених вимог і відповідальності, до яких не всі студенти виявляються підготовленими. Очікування високих результатів, страх невдачі та невизначеність професійних перспектив сприяють формуванню та загостренню тривожних станів

У юнацькому віці тривожність часто проявляється непередбачувано й може маскуватися під інші труднощі. У студентів вона виявляється у вигляді пасивності під час занять, труднощів із відповідями на запитання, збентеження навіть через незначне зауваження викладача. У перервах тривожні студенти прагнуть бути серед однолітків, але не наважуються встановлювати контакт. Постійне емоційне напруження може призводити до психосоматичних симптомів, зниження імунітету та погіршення загального фізичного й емоційного стану [35].

Волошок О.В. зазначає, що тривожність у студентів може мати різноманітні прояви, серед яких найпоширенішими є підвищена нервозність, схильність до надмірної самокритики, труднощі з концентрацією уваги, когнітивні викривлення (зокрема катастрофізація) та порушення сну. Зазначені симптоми негативно впливають на навчальну діяльність студентів, зумовлюючи зниження академічної успішності. Унаслідок цього виникає замкнене коло, коли зростання тривожності спричиняє неуспіхи у навчанні, які, своєю чергою, ще більше посилюють тривожні стани [6].

При навчанні в медичному університеті на студента діють також негативні «специфічні» фактори – це і великий об’єм нового і потребуючого високого інтелекту матеріалу, високий рівень вимог з боку викладачів, завантаженість в навчальний процес, довготривале навчання, робота з трупами та пацієнтами з невиліковними хворобами.

Отже, тривожність серед студентів закладів вищої освіти – це багатофакторне явище, яке потребує комплексного підходу до його розуміння і подолання. Розгляд психологічних причин та проявів тривожності у студентів, був би неповним без урахування специфіки учбово-професійної діяльності майбутніх лікарів, яка буде детально проаналізована у підрозділі 1.3 нашої роботи.

1.3 Психологічні особливості учбово-професійної діяльності майбутніх лікарів

Успішність навчання в медичному університеті залежить від професійної мотивації, оскільки згідно з сучасною віковою періодизацією, для студента провідним видом діяльності є як навчальна, так і професійна. При цьому під учбово-професійною мотивацією мають на увазі систему мотивів, потреб, цілей та установок, що регулюють здатність студента до навчання та праці одночасно.

За Л. І. Божович, учбовий мотив як структурний компонент учбової мотивації являє собою спонукання, що характеризують особистість студента, його основну направленість, що прививалась до цього як сім’єю, так і школою [8].

В якості мотиваційної основи навчальної діяльності студентів виступають потреба в досягненні та пізнавальна потреба. Пізнавальна потреба проявляється в різних мотивах, які пов’язані з мотивами досягнення, афіліації. Це дозволяє впливати на декілька потреб, шляхом стимулювання одного з мотивів. Мотивація досягнення проявляється в прагненні як можна краще виконати завдання, досягти кращих результатів в діяльності, яку студент вважає важливою і

значимою для себе [29]. Для студентів медичного університету на першому місці в професійній сфері стоїть цінність розвитку себе та своїх професійних здібностей, прагнення до найбільш повної реалізації, підвищенню кваліфікації.

У нашому дослідженні освітню мотивацію студента ми розглядали як «складну, інтегративну якість особистості, що визначається стійкою сукупністю мотивів самореалізації, практичної значущості та обов'язку щодо всіх компонентів освітньої діяльності (цілей, змісту та результатів); активністю її в освітньому процесі; готовністю та потребою до освітнього вибору; орієнтацією на освіту як об'єктивну та особистісну цінність» [17].

Дослідники підкреслюють, що формування освітньої мотивації студента обумовлюється наявністю ціннісних орієнтацій, системою знань, яка слугує основою для прагнення до освітньої діяльності, а також умінням самостійно визначати цілі навчання та активно долучатися до розв'язання освітніх завдань. Важливими складовими цього процесу є здатність об'єктивно оцінювати, контролювати та аналізувати власну навчальну діяльність, коригувати її результати та виявляти наполегливість у досягненні навчальних і професійних цілей.

Теоретичний аналіз показав, що суттєвим фактором, що сприяє розвитку та професійному становленню, є направленість на саморозуміння та саморозвиток. Це визначає значення в мотиваційній структурі майбутніх лікарів мотиву самоактуалізації. Студенти прагнуть підвищити рівень своїх знань, беруть участь в позанавчальній діяльності, в роботі студентських наукових спілок. Зазвичай вони визначаються зі сферою спеціалізації та починають активно розвиватися в цьому напрямку. Вираженість мотивів афіліації у студентів-медиків є одним з показників вибору професії соціономічного типу. Соціономічні професії передбачають роботу в сфері «людина-людина». Діяльність в соціономічних професіях орієнтована на благо інших, тому одним з вимог суспільства до майбутнього лікаря є альтруїстична, просоціальна мотивація в професійній діяльності. Лікарю необхідно вміння встановлювати контакт з різними людьми, спеціаліст має володіти певним рівнем емпатії та вміти спілкуватися. Мотиви

афіліації маються діяти в зв’язку «студент-пацієнт». Якщо ж студент навчається, вмотивований спілкуванням, то, як правило, мотивація на отримання знань у нього низька. Мотиви навчання в медичному університеті відмінні в залежності він направленості особистості студентів. На кожному ступені оволодіння професією різні мотиви спонукають студента до засвоєння знань, тобто мотив дозволяє особистості реалізувати ті потреби і цінності, які він має на даний момент. Студенти з низькою учбово-професійною діяльністю не усвідомлюють мотиви професійної діяльності та орієнтовані на зовнішні негативні мотиви (уникнення критики, покарання), частіше за все у них переважають мотиви визнання суспільством. Такі студенти не орієнтовані на надбання професійно значимих якостей та навичок [5].

Окрім вищезазначеного, мотивація до навчальної діяльності може різнитися в залежності від курсу навчання студентів. Дослідження Юрій Р. Ф. та Коваль Б. Ф. демонструє, що навчальна мотивація студентів медичних закладів вищої освіти змінюється залежно від курсу навчання. Студенти старших курсів виявляють вищий рівень зацікавленості в медицині, більш чітко усвідомлюють значення професії та виявляють більшу саморегуляцію. Такий зсув пов’язаний із практичним досвідом, стажуванням і глибшим розумінням майбутньої професійної діяльності. Натомість студенти молодших курсів, які переважно опановують теоретичні дисципліни, мають нижчий рівень мотивації та менший інтерес до навчання [24].

Також дослідниками виявлено, що старшокурсники більше орієнтуються на реальні аспекти професійної реалізації (допомога людям, кар’єрне зростання), тоді як значущість таких зовнішніх чинників, як соціальний престиж, знижується. Мотиваційна структура студентів медичних ЗВО формується не одним домінантним мотивом, а є цілісною системою, що змінюється з часом. Практичний досвід навчання та розуміння професійних перспектив стають основними джерелами внутрішньої мотивації [24].

У дослідженні Т. О. Лещенко та О. М. Шевченко було визначено, що навчально-професійну мотивацію студентів університету характеризує

орієнтація на здобуття нових знань, прагнення до професійної компетентності та внутрішня мотивація, що переважає над зовнішніми чинниками. Основними факторами позитивної мотивації студенти назвали усвідомлення практичної цінності набутих компетенцій, професійну спрямованість навчання та чітке бачення як найближчих, так і кінцевих освітніх цілей. Результати дослідження свідчать про переважання інтелектуально-прагматичної мотивації здобуття освіти, що сприяє досягненню високих професійних результатів, соціального статусу та матеріального благополуччя [16].

Вчені вказують на особливу значимість мотиваційної готовності до професійної діяльності у майбутніх спеціалістів медичного профілю. Під мотиваційною готовністю мається на увазі інтегральне утворення особистості студента, що проявляється в професійній діяльності через успішне застосування практичних навичок, що накопилися за період навчання. Мотиваційна готовність забезпечує професійну активність та прагнення до самовдосконалення та самореалізації. Сукупність учбово-професійних мотивів утворює на різних етапах навчання різну ступінь цієї готовності. На останньому етапі відбувається вибір вузької спеціалізації, самооцінка студентами успішності та перспектив подальшої професійної діяльності [3].

При виборі вузької медичної спеціалізації студент стикається з певними труднощами. При дійсній системі державного розподілу лікарів, вони дізнаються про свою вузьку спеціалізацію тільки після розподілу. Саме проблема розподілу спеціалізацій, на нашу думку, є основною причиною зниження учбової мотивації і як наслідок, якості підготовки лікарів.

Таким чином, мотивація студентів-медиків має складну структуру та включає систему мотивів приходу в медицину, вступ до університету, продовження навчання в медичному університеті, вибір вузької конкретної медичної спеціальності і т.д. Важливо розуміти, що мотивація нестабільна і динамічна: мотиви на момент вступу до університету та його закінчення, на початок роботи в медицині та в процесі роботи можуть бути суттєво відмінними. Професійні інтереси та очікування з’являються ще на стадії вибору професії. На

стадії професійного навчання відбувається уточнення професійних домагань: підкріплення чи послаблення цікавості до вибраної професії, відбувається корекція мотивів, утворення нових. Рівень навчальної мотивації значно знижується до третього року навчання в університеті, а потім знову зростає до закінчення навчання. На формування учбово-професійної мотивації студентів-медиків впливають як особистісні фактори, так і фактори освітнього середовища університету.

Студенти медичних університетів зазнають особливого навантаження, де, окрім загальних освітніх викликів, мають місце додаткові психотравмувальні чинники: надмірна кількість нового, інтелектуально складного матеріалу; інтенсивність навчального процесу, щільний графік; психологічне навантаження від роботи з пацієнтами, у тому числі тяжкохворими; контакти з біологічним матеріалом, робота з трупами; високий рівень відповідальності та страх помилки.

Такі умови можуть спричинити синдром хронічної втоми, емоційне вигорання, зниження когнітивної продуктивності та формування стабільних тривожних реакцій.

У зв’язку з високими вимогами та багатофакторністю навантажень, психологічна адаптація студентів-медиків набуває особливої значущості. Вона передбачає не лише пристосування до нового академічного середовища, а й формування стресостійкості, зрілих способів подолання труднощів та розвитку професійної ідентичності. Психологічна адаптація є складним і динамічним процесом, який включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти [18].

У період навчання у медичному виші студенти часто стикаються з кризами адаптації, що виявляються в емоційній нестабільності, зниженні мотивації, порушенні міжособистісної взаємодії, зниженні академічної успішності. Основними психологічними проявами неадаптиваності можуть бути підвищена тривожність, апатія, дратівливість, порушення сну, соматичні скарги, а також уникання контактів з викладачами та колегами.

Особливістю адаптації студентів-медиків є те, що вона часто відбувається у контексті жорсткої академічної ієрархії та високого соціального очікування.

Професійна роль лікаря ще на етапі навчання накладає на студентів вимоги демонструвати компетентність, відповідальність і моральну витримку, що може вступати в суперечність з їх реальними внутрішніми переживаннями. Як наслідок, спостерігається розвиток так званої прихованої дезадаптації, коли зовні студент виглядає успішним і функціонально ефективним, але внутрішньо переживає виражене психоемоційне напруження [36].

Значущим чинником успішної адаптації є наявність психологічної підтримки, як з боку однолітків, так і з боку наставників. Важливу роль відіграє також рівень сформованості емоційного інтелекту – здатності розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції та емоції інших. Студенти з розвиненим емоційним інтелектом краще справляються з міжособистісними конфліктами, легше переносять стрес і демонструють вищу академічну продуктивність.

Крім того, адаптаційний потенціал значною мірою залежить від типу навчальної мотивації. Якщо провідною є внутрішня мотивація – прагнення до знань, інтерес до майбутньої професії, – процес адаптації відбувається більш гармонійно. Натомість домінування зовнішньої мотивації (соціальний тиск, страх перед покаранням, прагнення до визнання) часто супроводжується підвищеним рівнем тривожності та меншою стабільністю в професійному самовизначенні.

Висновки до першого розділу

Тривожність у клінічній психології постає як складний психологічний стан, що поєднує емоційні, когнітивні та фізіологічні компоненти. У межах психічного функціонування вона може відігравати як захисну, мобілізуючу роль, так і деструктивну – за умов хронічного напруження, внутрішніх конфліктів чи надмірного стресу.

Особливе значення має поділ тривожності на ситуативну та особистісну. Перша виникає у відповідь на конкретні обставини, друга ж супроводжує людину постійно, впливаючи на її стиль мислення, поведінку та емоційне реагування. У

студентському віці підвищена тривожність проявляється через невпевненість у собі, страх оцінювання, надмірне прагнення до відповідності вимогам, зниження концентрації уваги, емоційне напруження та схильність до уникнення діяльності.

Студенти-медики стикаються з додатковими факторами ризику: щільний графік навчання, складність навчального матеріалу, постійний контакт із хворими, необхідність приймати відповідальні рішення та високий рівень очікувань з боку оточення. Усе це створює постійне фонове навантаження, що знижує емоційну стабільність, провокує втому й дезадаптаційні прояви. У результаті тривожність часто набуває стійкого характеру, впливаючи на самооцінку, академічну мотивацію та якість міжособистісних стосунків.

Важливим чинником, що посилює тривожні реакції, є мотиваційна незрілість. Наявність зовнішньої, неусвідомленої або суперечливої мотивації до навчання знижує здатність студента ефективно долати труднощі та адаптуватися до складних умов. Натомість внутрішня мотивація, чіткі професійні цілі, позитивна самооцінка й наявність соціальної підтримки здатні пом’якшити прояви тривожності.

Розгляд учбово-професійної діяльності майбутніх лікарів у поєднанні з теоретичним аналізом тривожності дає змогу цілісно охопити цю проблему. Її розуміння неможливе без урахування освітнього та соціального контексту, а також індивідуальних особливостей особистості. Системність, з якою проявляється тривожність у студентів медичних вишів, свідчить про необхідність пошуку доступних засобів підтримки та психопрофілактики, зокрема через методи саморегуляції, як-от медитативні практики.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

2.1 Методи та організація емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження тривожності у майбутніх лікарів проводилося з метою виявлення особливостей прояву тривожності, усвідомленості та задоволеності життям у студентів медичного університету, а також оцінки можливостей терапевтичної медитації як засобу психокорекції тривожних переживань. Дослідження було організоване як комплексне, із поєднанням констатувального, формувального та контрольного етапів: на першому етапі здійснювалася діагностика вихідного рівня тривожності та пов’язаних психологічних показників; на формувальному етапі впроваджувалася програма терапевтичної медитації; на контрольному – проводилася повторна психодіагностика для оцінки динаміки змін.

Емпірична база дослідження – студенти медичного університету, які навчаються за спеціальністю «Медицина» (майбутні лікарі). До вибірки було залучено 29 осіб студентського віку, які навчаються на старших курсах та вже мають досвід теоретичної й клінічної підготовки. Добір респондентів здійснювався за принципом добровільної участі, інформованої згоди та анонімності: учасники були поінформовані про мету дослідження, його зміст,

орієнтовну тривалість, можливі психологічні ефекти від участі в медитативних практиках, а також про право відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Конфіденційність відповідей гарантувалася шляхом використання онлайн-форм із знеособленими даними (позначка часу, вік, стать, курс навчання, без зазначення ПІБ).

До дослідження було включено також групу студентів немедичних спеціальностей (34 особи), що дозволило провести порівняльний аналіз та з'ясувати, чи пов'язані виявлені особливості рівня тривожності, усвідомленості та життєвої задоволеності саме зі специфікою медичної освіти, чи є загальною тенденцією для студентської молоді.

Статистичну обробку емпіричних даних здійснювали з використанням табличного процесора *Microsoft Excel* та програмного забезпечення JASP 0.95.4.0. Для кожного показника обчислювали описові статистики: середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), мінімальні й максимальні значення.

Оскільки вибірки студентів медичного університету ($n = 29$) та немедичних спеціальностей ($n = 34$) є нерівними за чисельністю, а також з огляду на ординальний характер більшості шкал та відхилення частини розподілів від нормального (за критерієм Шапіро–Уїлка, $p < 0,05$), для порівняння груп застосовували непараметричний U-критерій Манна–Уітні для незалежних вибірок.

Статистично значущими вважалися відмінності на рівні $p \leq 0,05$; для деяких показників додатково виділялися тенденції до відмінностей у діапазоні $0,05 < p \leq 0,01$. Результати порівняння груп подано у вигляді таблиць

Для збору емпіричних даних використовувалася комплексна психодіагностична програма, що включала (Додаток Е):

- блок соціально-демографічних та контекстних питань (стать, вік, курс навчання, належність до студентів медичного факультету);
- авторські запитання, спрямовані на виявлення суб'єктивних уявлень про тривожність (у яких ситуаціях вона найбільше проявляється, чи впливає на навчальну успішність, чи намагалися респонденти самостійно подолати

тривогу, які саме методи самодопомоги використовували – дихальні техніки, спорт, медитація, спілкування, відкладання справ тощо);

- блок запитань, пов’язаних із досвідом медитації (знайомство з практикою медитування, частота практики, види медитацій, суб’єктивна оцінка їх впливу на психоемоційний стан).

Крім того, використовувався ряд стандартизованих психодіагностичних методик, валідних для оцінки тривожності, усвідомленості, професійної спрямованості та задоволеності життям у студентської молоді.

Першою методикою, яка застосовувалася в дослідженні, була Шкала оцінки усвідомленості та уважності (ШОВ), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Додаток А). Вона призначена для оцінки рівня усвідомленої уваги до власних переживань, тілесних відчуттів та подій повсякденного життя. Опитувальник містить 15 тверджень, що описують ситуації «життя на автопілоті» (наприклад: «Я можу відчувати емоцію, не усвідомлюючи цього до певного часу», «Мені здається, я дію на “автопілоті”, не усвідомлюючи того, що я справді роблю», «Я чимось займаюся, не надто замислюючись, що я роблю і навіщо» тощо). Респондентам пропонується оцінити частоту кожної ситуації за 6-бальною шкалою від «майже завжди» до «майже ніколи». Підрахунок результатів здійснювався шляхом обчислення середнього бала за всіма твердженнями: чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень усвідомленості й уважності до власних станів та дій.

Для оцінки загальної вираженості тривожності як особистісної властивості застосовувалася Шкала прояву тривожності Тейлор (Додаток Б). Ця методика дозволяє виявити схильність людини до тривожних переживань, підвищеного хвилювання, напруженості, тенденції до соматизації емоційних станів. Опитувальник складається з низки тверджень, що стосуються емоційного самопочуття, тілесних відчуттів, переживань щодо власних можливостей та стійкості до стресу. Респонденти дають відповіді у форматі «так/ні», а обробка результатів здійснюється за стандартним ключем: вищий сумарний бал відображає більшу вираженість тривожності. У дипломному дослідженні ця

шкала використовувалася для кількісної оцінки тривожності та порівняння її рівня до та після участі в програмі терапевтичної медитації.

Окреме місце у діагностичному комплексі посідав опитувальник тривожності Ч. Спілбергера в адаптації Ю. Ханіної (СХ) (Додаток В), який дозволяє диференційовано оцінити реактивну (ситуативну) тривожність і особистісну тривожність. Перша відображає актуальний емоційний стан у конкретний момент (наприклад, перед іспитом, під час навантаження), друга – відносно стійку властивість особистості, її тенденцію реагувати тривогою на життєві труднощі. Опитувальник складається з 40 тверджень, де пункти 1–20 утворюють шкалу реактивної тривожності («Як ви почуваєтеся в даний момент?» – «Я спокійний», «Я напружений», «Я нервую» тощо), а пункти 21–40 – шкалу особистісної тривожності («Як ви почуваєтеся звичайно?» – «Я швидко втомлююсь», «Я занадто переживаю через дрібниці», «Мені не дістає впевненості у собі» тощо). Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою інтенсивності або частоти, при цьому частина тверджень є прямими, а частина – зворотними. Обчислення проводиться відповідно до ключа: інтегральні показники за кожною шкалою можуть варіювати від 20 до 80 балів; вищий бал відповідає вищому рівню тривожності. У межах дослідження це дозволило розрізнити ситуативну тривогу, пов’язану з навчальним та професійним навантаженням, і стійку тривожну тенденцію особистості майбутнього лікаря.

Для кращого розуміння професійної спрямованості та внутрішніх орієнтирів майбутніх лікарів застосовувався опитувальник «Якорі кар’єри» Е. Шейна (в адаптації В. А. Чікер, В. Є. Вінокурова) (Додаток Г). Методика дає змогу виявити провідні ціннісні орієнтації людини в сфері професійного розвитку (професійна компетентність, менеджмент, автономія, стабільність роботи, стабільність місця проживання, служіння, виклик, інтеграція стилів життя, підприємництво). Респонденти оцінюють ступінь згоди з низкою тверджень за 10-бальною шкалою («абсолютно не згоден» – «повністю згоден»). Обробка здійснюється шляхом підсумовування балів за групами тверджень згідно з ключем і подальшим обчисленням середнього значення за кожною

орієнтацією. Це дозволяє визначити провідні «якорі» кар'єри; у випадку майбутніх лікарів – оцінити, наскільки для них значущими є мотиви професійної компетентності, служіння людям, стабільності, автономії тощо, що, у свою чергу, опосередковано пов'язано з переживанням тривоги в умовах навчального та професійного вибору.

Ще одним важливим індикатором психологічного благополуччя стала методика «Індекс задоволеності життям» (Life Satisfaction Index, LSI-A) в адаптації Н. В. Паніної (Додаток Д). Опитувальник містить 20 тверджень, які відображають загальне ставлення людини до власного життя, минулого досвіду, теперішнього стану і очікувань майбутнього (наприклад: «Коли я оглядаюся на своє життя, я відчуваю почуття задоволення», «Життя принесла мені більше розчарувань, ніж більшості людей, яких я знаю», «Я вважаю, що в майбутньому мене чекають цікаві і приємні справи» тощо). Відповіді кодуються за трьохваріантною шкалою («згоден», «не згоден», «важко сказати») відповідно до ключа; сума балів утворює інтегральний індекс задоволеності життям, який може варіювати від 0 до 40 балів і інтерпретується як низький, середній або високий рівень життєвої задоволеності. У дослідженні цей показник розглядався як ресурсний чинник, що може пом'якшувати вплив тривожності або, навпаки, знижувати стійкість до стресу.

Таким чином, обраний комплекс методик та організація емпіричного дослідження дозволили не лише зафіксувати вихідний рівень тривожності у майбутніх лікарів, але й простежити, як змінюються їх емоційні стани, усвідомленість і життєва задоволеність під впливом систематичної терапевтичної медитації, що створює підґрунтя для подальшого аналізу результатів

2.2 Результати емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 63 респонденти, з яких 29 осіб – студенти медичних спеціальностей та 34 – студенти немедичного профілю. Вибірка є збалансованою за статтю: серед медичних студентів – 22 жінки і 7

чоловіків, серед немедичних – 29 жінок і 5 чоловіків. Такий розподіл відображає загальні тенденції щодо переважання жінок у гуманітарно-соціальних та медичних освітніх напрямах. Відсоткове співвідношення відображено на рис. 2.1.

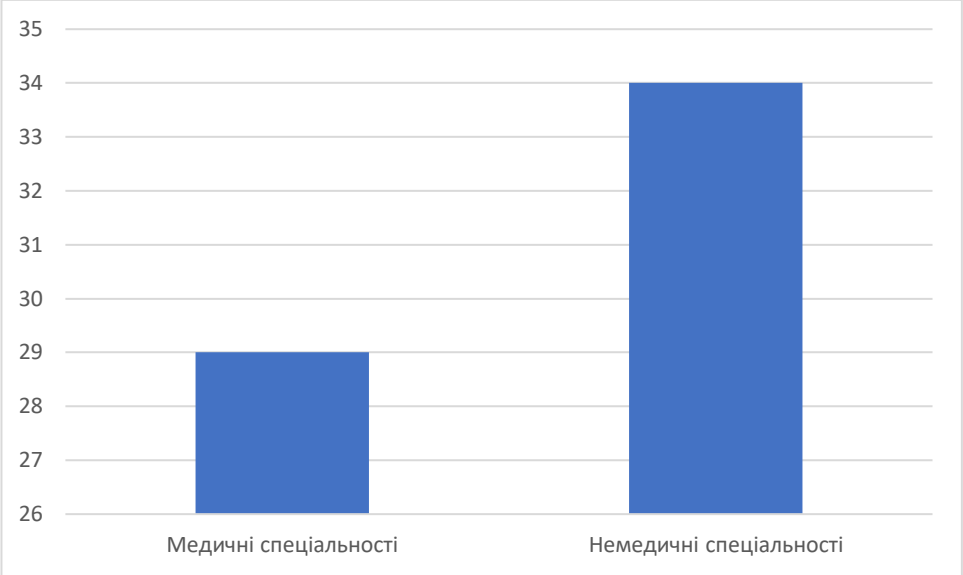


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за спеціальностями

Віковий діапазон у групі медичних студентів становив від 20 до 32 років, що зумовлено включенням до вибірки як студентів молодших курсів, так і інтернів. Навчальні курси були представлені наступним чином: студенти 1-го, 3-го, 5-го та 6-го курсів, а також один інтерн. У групі немедичних студентів вік коливався від 20 до 37 років, а за курсами були представлені студенти від 1-го до 6-го курсу, з переважанням 4–5 курсів. Такий широкий діапазон дозволяє більш повно охопити різні етапи професійного та особистісного становлення.

Особливу увагу в дослідженні приділено попередньому досвіду медитативних практик, оскільки саме він може впливати на рівень усвідомленості та тривожності, а також на ефективність запропонованої програми терапевтичної медитації.

Серед медичних студентів більшість респондентів повідомили про певну знайомість із медитацією: частина учасників мала необізнаний, але позитивний досвід, інші – активно практикували медитації або перебували на етапі початкового знайомства з техніками. Зокрема, у групі наявні як студенти, які лише чули про медитацію, так і ті, хто практикував її регулярно. Цікаво, що

кілька медичних респондентів відзначили активний досвід медитування, що може бути пов’язано з високою навчальною напругою та пошуком способів саморегуляції.

У групі немедичних студентів також спостерігався різнорівневий досвід медитації. Частина респондентів практикує її періодично або безсистемно, інші – кілька разів на тиждень, а деякі навіть щоденно або кілька разів на день. Основними видами практик, що згадувалися, були:

1. усвідомлене дихання (mindfulness);
2. медитація на розслаблення;
3. візуалізаційні техніки;
4. медитація на мантри;
5. медитація в ходьбі.

Щодо суб’єктивного впливу медитації, частина учасників повідомила про незначне або помірне покращення психоемоційного стану, тоді як інші відзначили виражений позитивний ефект, що проявлявся у зниженні напруги, покращенні концентрації та більшій стабільності емоційного фону. Разом із тим, певна кількість респондентів висловилася, що не відчуває чіткого ефекту, що може бути пов’язано з нерегулярністю практик або їх недостатньою тривалістю.

Таким чином, вибірка учасників характеризується широким віковим діапазоном, різною академічною підготовленістю та різнорівневим досвідом використання медитативних технік, що дозволяє сформувати комплексне уявлення про тривожність і психоемоційні особливості студентів та зіставити ефективність терапевтичної медитації у різних групах респондентів.

Для діагностики рівня усвідомленості респондентів була використана шкала щоденної усвідомленості (MAAS), що складається з 15 тверджень, які відображають частоту автоматичних, неусвідомлених дій, схильність діяти «на автопілоті», труднощі фіксації уваги у теперішньому моменті, а також переважання мимовільних думок про минуле або майбутнє. Вищі значення за шкалою інтерпретуються як вищий рівень усвідомленості та кращий розвиток навички саморегуляції уваги.

У межах емпіричного дослідження окремо аналізувалися показники студентів медичних спеціальностей та студентів немедичного профілю. Отримані результати виявили не виявили суттєві відмінності між цими групами (U=469, p=0.745). Для наочності результати відображені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Результати порівняльного аналізу за методикою «Шкала оцінки усвідомленості та уважності»

	Студенти медичної спеціальності (n=29)	Студенти немедичних спеціальностей (n=34)	Критерій (U)	Значущість (p)
	M	M		
Шкала оцінки усвідомленості та уважності	3.307	3.318	469	0.745

Середні показники в обох групах знаходяться на майже ідентичному рівні (M(мед.)=3.307 проти M(немед)=3.318). Це дозволяє зробити висновок, що на даному етапі професійна спрямованість навчання не є диференціюючим фактором для розвитку навичок усвідомленості (mindfulness). Обидві групи демонструють схожий, помірний рівень розвитку цієї якості».

Узагальнюючи, можна стверджувати, що рівень усвідомленості у майбутніх лікарів є відносно високим, однак, попри це, спостерігається наявність окремих проявів автоматизованої поведінки і труднощів з концентрацією, що відкриває простір для корекційного впливу за допомогою практик майндфулнес і медитативних технік.

У контексті психологічного благополуччя студентів важливою є не лише наявність або відсутність тривоги, але й ті внутрішні механізми, що визначають здатність особистості справлятися з емоційними станами. Одним із таких механізмів є усвідомленість, яка виступає базовою умовою ефективної емоційної саморегуляції.

У наукових дослідженнях доведено, що низький рівень усвідомленості корелює з підвищеною тривожністю, частішими автоматичними реакціями, руминаціями та розфокусованою увагою. Навпаки, вищий рівень усвідомленості асоціюється зі здатністю залишатися в моменті “тут і тепер”, своєчасно помічати власні емоції, зменшувати їх інтенсивність та запобігати переходу напруги у соматичні прояви. Саме тому оцінювання рівня усвідомленості є важливим етапом аналізу тривожності у студентів різних спеціальностей.

Для майбутніх лікарів цей зв’язок має особливе значення: навчання в медичному університеті супроводжується високими вимогами, частими стресорами та постійними ситуаціями невизначеності, що може знижувати рівень усвідомленості та підвищувати схильність до тривоги. У той час як студенти немедичних спеціальностей зазвичай не відчувають такого тиску, що потенційно позначається на їхньому емоційному стані.

З огляду на це подальший аналіз спрямований на порівняння рівнів тривожності у студентів медичного університету та студентів немедичних спеціальностей, що дозволить визначити особливості емоційного стану обох груп та обґрунтувати необхідність впровадження медитативних технік як засобу психопрофілактики.

У межах емпіричного дослідження було проаналізовано рівень тривожності двох вибірок – студентів медичного університету та студентів немедичних спеціальностей. Для кожної групи було використано валідні психодіагностичні інструменти, що дозволили комплексно оцінити характер і вираженість тривожних проявів. Такий підхід дав змогу виявити відмінності у психоемоційному стані респондентів та визначити чинники, що можуть зумовлювати підвищений рівень тривоги серед майбутніх лікарів.

Для перевірки різниці між рівнями тривоги у студентів немедичних та медичних спеціальностей було обрано Шкалу тривоги Бека, результати за якою представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати порівняльного аналізу за Шкалою тривоги Бека

	Студенти медичної спеціальності (n=29)	Студенти немедичних спеціальностей (n=34)	Критерій (U)	Значущість (p)
	M	M		
Шкала тривоги Бека	23.28	19.35	596	0.157

Порівняльний аналіз рівня тривожності за Шкалою Бека не виявив статистично значущих відмінностей між студентами медичних та немедичних спеціальностей (U=596, p=0.157).

Водночас, аналіз середніх значень свідчить про наявність підвищеного рівня тривожності в обох групах досліджуваних. Студенти-медики продемонстрували середній показник 23.28 бали, а студенти інших спеціальностей — 19.35 бали. Відповідно до норм інтерпретації методики, обидва показники відповідають рівню помірної (середньої) тривожності. Хоча група медиків має номінально вищий показник, статистичний аналіз не підтверджує, що фах навчання є вирішальним фактором у формуванні рівня тривожності в даній вибірці.

Окрім оцінки загальних показників тривожності, додатково було застосовано опитувальник Спілбергера–Ханіна (СХ), що дає змогу розмежувати два види тривоги – реактивну (ситуативну) та особистісну (стабільну). Це дозволило глибше проаналізувати особливості емоційного реагування студентів у різних умовах та визначити, наскільки їхній тривожний стан є ситуативною відповіддю на стрес чи стійкою рисою особистості.

Методика містить 40 тверджень, з яких перші 20 оцінюють реактивну тривожність (тобто стан у конкретний момент), а наступні 20 – особистісну тривожність (характерну для людини загалом). Результати розраховувалися відповідно до ключів, що враховують прямі та зворотні запитання, після чого до підсумкових значень додавалися константи (50 для реактивної та 35 для особистісної тривожності). Показники обох шкал можуть коливатися від 20 до 80 балів: до 30 балів – низька тривожність, 31–45 – середня, понад 45 – висока.

Аналіз емпіричних даних за методикою Спілбергера-Ханіна дозволив виявити гомогенність (однорідність) досліджуваної вибірки за параметром як ситуативної, так і особистісної тривожності (табл. 2.3). Статистичний критерій Манна-Вітні не підтвердив припущення про те, що студенти-медики мають вищий рівень тривожності порівняно зі студентами інших профілів ($p>0.05$).

Таблиця 2.3

Результати порівняльного аналізу за опитувальником Спілберга-Ханіна

	Студенти медичної спеціальності (n=29)	Студенти немедичних спеціальностей (n=34)	Критерій (U)	Значущість (p)
	M	M		
Ситуативна тривожність	53.76	51.47	568.5	0.301
Особистісна тривожність	53.55	53.21	517.5	0.741

Особливої уваги заслуговує той факт, що абсолютні значення показників в обох підгрупах знаходяться в зоні «високої тривожності» (понад 45 балів). Високий рівень ситуативної тривожності вказує на актуальний стан стресу, ймовірно пов'язаний із навчальним процесом або зовнішніми соціальними факторами. Синхронно високі показники особистісної тривожності характеризують досліджуваних як схильних сприймати широкий спектр життєвих обставин як загрозливі.

Таким чином, можна констатувати, що висока тривожність є не специфічною професійною деформацією медиків, а універсальною характеристикою психологічного стану сучасного студентства в рамках даного дослідження

Додаткове вивчення особистісних характеристик респондентів було проведено за допомогою опитувальника «Якорі кар'єри» Е. Шейна, який дозволяє виявити домінуючі професійні орієнтації та цінності, що визначають уявлення людини про її оптимальний професійний шлях. Використання тесту в межах дослідження мало на меті не лише окреслити структуру мотиваційно-ціннісної сфери студентів, а й з'ясувати, наскільки їхні професійні орієнтації узгоджуються з отриманими раніше даними про рівень тривожності та особливості емоційного реагування.

У групі студентів немедичних спеціальностей результати засвідчили достатньо рівномірний, але водночас гнучкий та життєво орієнтований розподіл кар'єрних домінант. Найвищі середні значення одержали орієнтації, пов'язані з гармонізацією стилів життя, прагненням до особистісної свободи, соціальною значущістю діяльності та можливістю творчої самореалізації. Це проявлялося у високих оцінках орієнтації на інтеграцію стилів життя, служіння й підприємництво. Студенти цього напряму значною мірою орієнтувалися на відчуття балансу між навчанням, особистим життям, дружніми стосунками та дозвіллям, намагаючись уникати таких професійних шляхів, які б порушували їхній внутрішній комфорт.

На відміну від цього, кар'єрні орієнтації студентів медичного університету виявили суттєво інший характер. Найвиразнішою домінантою серед медиків стала орієнтація на професійну компетентність. Для цих респондентів провідною цінністю є можливість поглиблювати фахові знання, удосконалювати професійні навички, набувати експертності та підтримувати високий рівень відповідальності. Висока вираженість цього якоря логічно узгоджується зі специфікою медичної діяльності, де від рівня компетентності безпосередньо залежить якість допомоги та безпека пацієнтів.

Майже настільки ж високими виявилися бали за орієнтацією «служіння», що підкреслює гуманістичну спрямованість медичних студентів, їхню готовність допомагати іншим, відчувати відповідальність за добробут пацієнтів і включатися в діяльність, спрямовану на зменшення страждання та покращення якості життя. Саме ця орієнтація формує ціннісну основу, яка в подальшому впливає на вибір спеціальності, ставлення до професійних обов'язків та мотивацію залишатися у складній професії.

Окрім цього, у студентів-медиків була виражена орієнтація на виклик, що відображає їхнє прагнення долати складні ситуації, діяти в умовах стресу й невизначеності, приймати відповідальні рішення та працювати в екстремальних обставинах. Цей показник також узгоджується з тим, що в попередніх методиках медики продемонстрували значно вищий рівень тривожності. Постійна готовність до викликів часто супроводжується емоційним перенавантаженням і формує певний внутрішній фон напруги, який з часом може ставати хронічним.

Менш вираженими виявилися орієнтації на автономію, підприємництво та менеджмент. Майбутні лікарі рідше надавали перевагу самостійній організації власної діяльності, веденню бізнесу або прагненню до адміністративних посад. Для них на момент дослідження важливішими були не управлінські ролі чи матеріальна свобода, а саме професійна самореалізація в межах спеціальності та розвиток клінічних компетентностей. Найнижчими виявилися показники, пов'язані зі стабільністю роботи й місця проживання, що пояснюється динамікою медичної освіти, необхідністю проходження інтернатури, потенційною зміною місць роботи та бажанням мати ширші професійні можливості.

Порівняльний аналіз кар'єрних орієнтацій студентів виявив специфічні особливості мотиваційної сфери залежно від профілю навчання (табл. 2.4):

Таблиця 2.4

Результати порівняльного аналізу за методикою «Якорі кар'єри»

	Студенти медичної спеціальності (n=29)	Студенти немедичних спеціальностей (n=34)	Критерій (U)	Значущість (p)
	M	M		
Професійна компетентність	14.86	15.21	466.5	0.719
Менеджмент	19	20.82	359	0.064
Автономія	16.34	19.62	**331.5***	0.026
Стабільність	12.93	12.88	519	0.724
Служіння	11.86	13.35	398	0.191
Виклик	14.17	15.94	369	0.087
Інтеграція	9.41	9.56	503	0.895
Підприємництво	14.97	14.38	546	0.467

Статистично значущу відмінність зафіксовано за шкалою «Автономія» (U=331.5; p=0.026). Студенти немедичних спеціальностей демонструють вірогідно вищий рівень прагнення до незалежності та свободи у роботі (M=19.62) порівняно зі студентами-медиками (M=16.34). Це може пояснюватися регламентованістю медичної діяльності, яка вимагає суворого дотримання протоколів та субординації, тоді як гуманітарні та технічні спеціальності частіше передбачають творчу свободу або проектну роботу.

Також виявлено тенденції до розбіжностей ($p<0.1$) за шкалами «Менеджмент» та «Виклик». Студенти немедичного профілю виявляють дещо вищу схильність до управлінської діяльності та конкурентної боротьби.

Водночас, такі кар'єрні якорі, як «Професійна компетентність», «Стабільність» та «Підприємництво», не мають статистично значущих відмінностей між групами. Це свідчить про те, що базові кар'єрні очікування сучасної студентської молоді (прагнення бути професіоналом та мати гарантовану зайнятість) є універсальними і мало залежать від обраної спеціальності».

Подальший аналіз було спрямовано на вивчення загальної суб’єктивної задоволеності життям респондентів за допомогою опитувальника «Індекс задоволеності життям» (LSI-A) в адаптації Н.В. Паніної. Методика дозволяє оцінити, наскільки людина сприймає власне життя як успішне, наповнене

змістом, таким, що виправдовує її очікування, а також чи зберігаються в неї оптимізм щодо майбутнього та позитивне ставлення до власного життєвого шляху. Загальний показник формується на основі відповідей на 20 суджень і може варіювати від 0 до 40 балів, де вищі значення відповідають більшому рівню життєвої задоволеності: 25–40 балів інтерпретуються як високий рівень, 20–24 бали – як середній, 0–19 балів – як низький.

Аналіз показників суб'єктивного благополуччя, виміряного за допомогою «Індексу задоволеності життям», не виявив статистично значущої диференціації між порівнюваними групами (U=419, p=0.31), що відображено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Результати порівняльного аналізу за методикою «Індекс задоволеності життям»

	Студенти медичної спеціальності (n=29)	Студенти немедичних спеціальностей (n=34)	Критерій (U)	Значущість (p)
	M	M		
Індекс задоволеності життям	21.07	23.65	419	0.31

Середні значення в обох групах знаходяться в діапазоні середнього рівня. Студенти-медики продемонстрували показник M=21.07, а студенти немедичних спеціальностей — M=23.65. Хоча група немедичних спеціальностей має тенденцію до дещо вищої оцінки власного життя, статистичний аналіз підтверджує, що ця різниця є випадковою.

Отримані результати свідчать про те, що рівень задоволеності життям у досліджуваних студентів формується під впливом факторів, спільних для всієї вікової когорти (соціальний статус студента, вікові кризи, загальна соціально-економічна ситуація), а не специфічних умов професійної підготовки. Обидві групи демонструють адаптивний, помірний рівень життєвої задоволеності.

Підсумовуючи результати порівняльного аналізу, слід зазначити: хоча статистично значущих відмінностей у показниках тривожності між студентами-медиками та студентами інших спеціальностей виявлено не було ($p>0.05$), загальна картина психоемоційного стану респондентів викликає занепокоєння.

Абсолютні значення за методиками Спілбергера-Ханіна та шкалою Бека вказують на те, що студенти медичного профілю перебувають у стані високої ситуативної та особистісної тривожності. Враховуючи специфіку майбутньої професійної діяльності лікарів (висока відповідальність, ціна помилки, емоційне вигорання), навіть "середньостатистичний" для студентства рівень тривоги може стати критичним фактором дезадаптації.

Виявлений високий рівень психоемоційного напруження актуалізує необхідність впровадження ефективних інструментів саморегуляції. У зв’язку з цим, нами було прийнято рішення про розробку та апробацію курсу медитативних практик спеціально для студентів-медиків. Метою даного втручання є зниження рівня тривожності, гармонізація внутрішнього стану та емпірична перевірка ефективності медитацій як засобу профілактики стресу в процесі професійної підготовки».

Висновки до другого розділу

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, викладені у другому розділі, варто зазначити, що обрана стратегія діагностичного пошуку дозволила здійснити комплексний аналіз психоемоційного стану, мотиваційної сфери та ресурсних характеристик майбутніх лікарів. Дослідження, проведене на базі репрезентативної вибірки, що охопила студентів медичних та немедичних спеціальностей, базувалося на використанні валідного психодіагностичного інструментарію, зокрема методик Бека, Спілбергера-Ханіна, шкал усвідомленості та життєвої задоволеності, а також опитувальника кар’єрних орієнтацій.

Ключовим результатом констатувального етапу стало встановлення факту відсутності статистично значущих розбіжностей у рівнях тривожності між студентами-медиками та студентами інших профілів навчання. Статистичний аналіз підтвердив, що фактор фахової спеціалізації на етапі навчання не є визначальним для диференціації рівня тривоги. Водночас, детальний розгляд абсолютних показників виявив загальну несприятливу тенденцію для всієї досліджуваної вибірки: рівень тривожності респондентів суттєво перевищує межі психологічного комфорту. Зокрема, за шкалою Бека зафіксовано стан помірної тривоги, а результати методики Спілбергера-Ханіна вказують на високий рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності, що свідчить про перебування студентської молоді у стані хронічного психоемоційного напруження.

Аналіз особистісних ресурсів, таких як усвідомленість (mindfulness) та задоволеність життям, також засвідчив гомогенність порівнюваних груп. Майбутні лікарі демонструють середні показники розвитку навичок усвідомлення та помірний рівень суб’єктивного благополуччя, що є типовим для даної вікової категорії. Відсутність високих балів за цими шкалами вказує на те, що наявний адаптаційний потенціал студентів використовується не повною мірою, залишаючи простір для психокорекційної роботи.

Вагомою відмінністю, що якісно вирізняє групу майбутніх лікарів на тлі інших студентів, стала специфіка їхньої професійної мотивації. Емпірично підтверджено, що студенти-медики мають статистично значущо нижчий рівень орієнтації на автономію, що відображає їхню готовність працювати в межах регламентованих систем охорони здоров’я та підпорядковуватися професійним стандартам. При цьому домінуючими цінностями для них залишаються професійна компетентність та служіння, що, з одного боку, формує стійку професійну ідентичність, а з іншого — в умовах зафіксованої високої тривожності може створювати передумови для гіпервідповідальності та емоційного вигорання.

Таким чином, отримані емпіричні дані дозволяють констатувати, що, незважаючи на відсутність специфічної «медичної» тривожності, майбутні лікарі перебувають у зоні ризику через поєднання об’єктивно високого рівня особистісної тривоги та високих вимог до професійної компетентності. Це актуалізує необхідність впровадження спеціалізованих інструментів саморегуляції, у зв’язку з чим наступним етапом дослідження визначено розробку та апробацію програми терапевтичної медитації, спрямованої на гармонізацію психоемоційного стану та профілактику стресу в процесі професійної підготовки.

РОЗДІЛ 3. ТЕРАПЕВТИЧНА МЕДИТАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

3.1 Теоретичний аналіз терапевтичної медитації як методу психокорекції та самодопомоги

У сучасній клінічній та консультативній психології терапевтична медитація розглядається як інтегративний метод психокорекції, що поєднує елементи усвідомленості (mindfulness), тілесно орієнтованих практик, когнітивно-поведінкових підходів та гуманістичної традиції. На відміну від релігійно-духовних форм медитації, які мають переважно світоглядне або містичне спрямування, терапевтичні медитативні практики адаптовані до контексту психічного здоров'я, мають чітко окреслені цілі (зниження тривожності, профілактика стресу, підвищення якості життя) й ґрунтуються на емпірично підтверджених механізмах дії [49].

Центральним поняттям сучасних медитативних підходів є усвідомленість – здатність цілеспрямовано, у теперішньому моменті та безоцінно спрямовувати увагу на власний досвід. Мова йде не про «відключення думок» чи повну порожнечу свідомості, а про особливий спосіб ставлення до внутрішніх і зовнішніх подій: спостереження замість автоматичної реакції, прийняття замість боротьби, інтерес замість катастрофізації. Усвідомленість передбачає регуляцію уваги (вміння утримувати фокус на вибраному об'єкті та гнучко його переключати), мета-усвідомлення або децентрацію (усвідомлення самого процесу мислення: «я помічаю, що зараз думаю тривожну думку», а не повне

злиття з нею), а також приймаюче, доброзичливе ставлення до власних емоцій, тілесних реакцій та думок, навіть якщо вони є дискомфортними. Для осіб із підвищеною тривожністю дефіцит цих компонентів є типовим: увага «залипає» на загрозливих уявленнях, внутрішній монолог набуває катастрофічного характеру, а будь-які емоційні коливання сприймаються як небезпечні або неприпустимі [32]. У такому контексті терапевтична медитація змінює не стільки зміст переживань, скільки спосіб взаємодії з ними, формуючи більш гнучкий, усвідомлений стиль реагування.

Психокорекційний потенціал терапевтичної медитації щодо тривожності пов'язаний з низкою взаємопов'язаних психологічних механізмів. Один із ключових – децентрація, або розототожнення з переживаннями: людина вчиться сприймати думки й емоції як психічні події, а не як «абсолютну правду» чи «частину своєї сутності». Перехід від позиції «я є тривога» до позиції «у мене є стан тривоги» знижує її інтенсивність і дозволяє зберігати здатність до раціонального аналізу ситуації. Інший важливий механізм – переривання автоматичних патернів реагування: за умов хронічної тривожності формується стійкий ланцюг «тригер – автоматична думка – емоція – тілесна реакція – уникання або руминація». Медитативна практика вводить у цей ланцюг паузу, коли людина встигає усвідомити думку й емоцію ще до того, як запуститься звична реакція. Це створює можливість обрати альтернативний спосіб відповіді, а не діяти за інерцією [37].

Важливою є також поступова розбудова толерантності до емоційного дискомфорту. У процесі регулярної практики людина неодноразово зустрічається з різними внутрішніми станами – тривогою, нудьгою, роздратуванням, напругою – у відносно безпечних умовах медитації. Формується досвід, що ці переживання можна витримати, що вони є змінними та не тотожними особистості. Це знижує страх перед власними почуттями й зменшує потребу у постійному униканні. Паралельно посилюється внутрішній ресурс самопідтримки: замість жорсткої самокритики, перфекціоністичних вимог і звинувачень, які є типовими для студентів медичних спеціальностей,

розвивається більш м’яке, співчутливе ставлення до себе. Така зміна внутрішнього діалогу зменшує хронічну напругу і ризик емоційного виснаження. Опанування навіть кількох простих технік – усвідомленого дихання, короткого тілесного сканування, внутрішніх формул розототожнення – повертає людині суб’єктивне відчуття контролю над власним станом: з’являється впевненість, що «зі мною щось відбувається, але я знаю, що можу зробити», що саме по собі знижує рівень тривоги.

З погляду психофізіології терапевтична медитація сприяє зміні балансу вегетативної нервової системи у бік активації парасимпатичного відділу («відпочинок і відновлення») і зниження надмірної активації симпатичної системи («боротьба чи втеча»). Нормалізується дихання, зменшується частота серцевих скорочень, послаблюється м’язовий тонус, що веде до зниження соматичних проявів тривоги – серцебиття, відчуття «кома в горлі», тремтіння, внутрішнього тремору. Дані нейровізуалізаційних досліджень, узагальнені у сучасній літературі, вказують на функціональні зміни в структурах мозку, відповідальних за емоційну регуляцію (амігдала, префронтальна кора, поясна кора) при тривалій медитативній практиці. Для прикладної психології важливим є те, що через регулярні вправи змінюється стійкість нервової системи до стресу: зменшується реактивність на подразники, прискорюється відновлення після навантаження, знижується базовий рівень фізіологічної напруги.

Особливе місце в теоретичному обґрунтуванні терапевтичної медитації у даній роботі посідає психосинтез Р. Ассаджіолі, який пропонує цілісну модель особистості й розробляє конкретні психотехніки для її гармонізації. На відміну від суто когнітивно-поведінкових підходів, психосинтез наголошує на багатовимірності «Я» (емоційній, когнітивній, тілесній, вольовій, духовній складових), можливості свідомого керування внутрішніми станами та значенні розототожнення як базового кроку до внутрішньої свободи. Вправа «Права на розототожнення», використана в емпіричній частині дослідження, є по суті медитативною практикою, що поєднує усвідомленість, внутрішній діалог та вольове спрямування. Повторювані формули на кшталт: «я маю тіло, але я – не

моє тіло; я маю емоції, але я – не мої емоції; я маю думки, але я – не мої думки» дають змогу студенту поступово відійти від злиття з тривожними станами до позиції внутрішнього спостерігача, здатного приймати рішення, не підкоряючись миттєвому емоційному імпульсу. Для майбутнього лікаря, який регулярно діятиме в умовах високої напруги, але мусить зберігати професійну ефективність, така навичка є принципово важливою **[**28**].**

Додатково використана у дослідженні техніка виклику в уяві слухових образів, описана Р. Ассаджіолі, працює з ресурсним виміром психіки. Вона дає можливість сформувати внутрішній звуковий образ безпеки та підтримки – ніби «внутрішній простір голосів» або звуків, що асоціюються зі спокоєм, стабільністю, прийняттям. Для осіб із підвищеною тривожністю така техніка дозволяє швидко зменшити внутрішню напругу, активізуючи позитивно забарвлені асоціації, створює внутрішню опору, незалежну від зовнішніх обставин, і підсилює ефект інших медитативних практик, забезпечуючи більш швидкий доступ до відносно стабільного емоційного стану. У поєднанні з практиками майндфулнес та тілесного розслаблення психосинтез формує багаторівневу модель терапевтичної медитації, у якій когнітивний рівень представлений усвідомленням і вербалізацією внутрішніх процесів, емоційний – розвитком прийняття і співчуття до себе, тілесний – навичками розслаблення і тілесного сканування, а вольовий – здатністю обирати спосіб реагування, а не діяти виключно за автоматичними схемами **[**28**].**

Терапевтична медитація у цьому контексті виступає не лише засобом професійної психокорекції, а й методом самодопомоги, який може бути інтегрований у повсякденне життя. На відміну від одноразових психотерапевтичних інтервенцій, медитативні практики мають кумулятивний ефект: регулярні, навіть короткі вправи поступово змінюють спосіб сприйняття себе та світу. Для студентів медичних спеціальностей це має особливе значення, оскільки дозволяє підтримувати психологічну рівновагу в умовах тривалого навчального стресу. Базові техніки – усвідомлене дихання, короткі практики тілесного сканування, внутрішні формули розототожнення – не потребують

спеціального обладнання чи багато часу, можуть виконуватися між парами, перед іспитом, після важкого клінічного контакту. Це робить медитацію доступним, автономним інструментом самопідтримки в умовах обмежених можливостей отримання психотерапевтичної допомоги.

Водночас терапевтичну медитацію не варто абсолютизувати: вона не є заміною психотерапії чи медикаментозного лікування у випадках виражених тривожних або депресивних розладів. Доцільно розглядати її як додатковий, але важливий компонент системи психопрофілактики і психологічної підтримки, особливо для представників «допомагаючих професій». У контексті медичної освіти терапевтична медитація має подвійний зміст: з одного боку, це інструмент особистісного збереження, що допомагає студенту витримувати навантаження, зменшувати ризики емоційного вигорання, підтримувати внутрішню рівновагу; з іншого – елемент формування професійної компетентності, оскільки майбутній лікар, який має власний досвід свідомого управління станом, краще розуміє психологічні механізми пацієнтів і може інтегрувати базові прийоми саморегуляції в клінічну практику.

Отже, у теоретичному плані терапевтична медитація постає як структурований, методологічно обґрунтований і потенційно ефективний спосіб зниження тривожності та підвищення психологічної стійкості. Вона поєднує концепцію усвідомленості, положення психосинтезу Р. Ассаджіолі, сучасні уявлення про нейропластичність і психофізіологічну регуляцію, що дає підстави розглядати її як перспективний інструмент психокорекції та самодопомоги у роботі з майбутніми лікарями.

3.2 Програма психокорекції тривожності у майбутніх лікарів засобами терапевтичної медитації

Розроблена програма психокорекції тривожності у майбутніх лікарів ґрунтується на поєднанні практик усвідомленості (mindfulness), технік тілесного розслаблення та елементів психосинтезу Р. Ассаджіолі, спрямованих на

формування внутрішнього спостерігача та розвиток здатності до розототожнення зі стресогенними думками й емоційними станами [28]. Програма має груповий формат і реалізовувалася у вигляді восьми медитативних сесій, що проводилися протягом одного місяця в онлайн-режимі для студентів медичного університету.

Організаційно дослідження здійснювалося протягом одного місяця і включало вісім медитативних сесій, у яких брали участь усі респонденти. На констатувальному етапі (перед початком програми терапевтичної медитації) студенти відповідали на блок соціально-демографічних та авторських запитань, а також заповнювали ШОВ (MAAS), шкалу Тейлор, опитувальник Спілбергера–Ханіної, «Якорі кар'єри» та «Індекс задоволеності життям». Це дозволило отримати цілісний психодіагностичний зріз: рівень усвідомленості, ситуативної та особистісної тривожності, загальної життєвої задоволеності і професійних орієнтацій майбутніх лікарів до початку втручання.

Формувальний етап передбачав реалізацію програми терапевтичної медитації, що включала практики майндфулнес, вправи на повне тілесне розслаблення, а також методики, описані Р. Ассаджіолі у психосинтезі, зокрема техніку «Права на розототожнення» та «Техніку виклику в уяві слухових образів». Медитації проводилися регулярно, 8 разів протягом місяця, в малогруповому форматі; кожна сесія мала чітку структуру: коротке налаштування, пояснення мети вправи, виконання медитації, завершальна рефлексія. Зміст окремих занять та логіка побудови програми докладно представлено в розділі 3 дипломної роботи.

На контрольному етапі після завершення циклу медитативних занять респонденти повторно заповнювали ті самі психодіагностичні методики. Це дало можливість порівняти показники до і після участі в програмі, простежити динаміку рівня тривожності (реактивної, особистісної та загальної), змін в усвідомленості, життєвій задоволеності та особливостях професійної спрямованості. Обробка результатів здійснювалася кількісними методами (розрахунок індивідуальних і середніх показників, порівняння значень до та

після втручання) та якісним аналізом відповідей на відкриті запитання щодо переживання тривоги й суб'єктивного впливу медитації.

Організаційно всі заняття відбувалися через спеціальний додаток для групових онлайн-зустрічей, де учасники могли одночасно підключатися до спільної практики. Кожна сесія мала чітку структуру: коротке інструктажне вступне налаштування, заповнення короткого опитувальника для фіксації стану «до», проведення власне медитативної практики, подальша рефлексія в усному форматі (добровільний обмін відчуттями) та повторне заповнення опитувальника для вимірювання стану «після». Такий формат дозволяв не лише відстежувати суб'єктивну динаміку емоційного стану, а й формував у студентів навичку вербалізації власних переживань та усвідомлення змін, що відбуваються під впливом медитації.

Концептуально програма була спрямована на розвиток трьох ключових компонентів психологічної саморегуляції:

1. усвідомленої присутності «тут і тепер» (mindfulness) як здатності спостерігати за внутрішніми процесами без автоматичних реакцій;

2. розототожнення з тілом, емоціями й думками (психосинтетичний підхід), що дає змогу переходити з позиції «я – у тривозі» до позиції «я спостерігаю тривогу»;

3. тілесного заспокоєння через глибоке м'язове та сенсорне розслаблення, яке знижує інтенсивність соматичних проявів тривоги.

Нижче подано зміст і логіку окремих медитативних сесій, що входили до програми.

Сесія 1. Медитація тілесного сканування та самопідтримки

Перша сесія була спрямована на формування базової навички тілесної усвідомленості та розслаблення. Практика розпочиналася з поступового «сканування» тіла від стоп до маківки з фіксацією на наявних відчуттях – напрузі, болю, дискомфорті чи, навпаки, приємних відчуттях. Далі учасникам пропонувалося поетапно розслабляти різні ділянки тіла за допомогою глибокого

дихання (близько трьох циклів «вдих–видих» на кожну зону), після чого здійснювалося повторне сканування для усвідомлення змін.

У другій частині медитації акцент переносився на досвід внутрішньої підтримки: студентам пропонувалося пригадати ситуації, у яких вони були «поруч із собою» – у складних та радісних моментах, – усвідомити себе як людину, яка супроводжує себе протягом усього життя. Завершувалася сесія м'яким поверненням уваги до тіла, декількома глибокими вдихами та видихами, розплющенням очей, усною рефлексією й заповненням опитувальника «після». Загальна тривалість практики становила близько 21 хвилини.

Сесія 2. Практика розототожнення (за Р. Ассаджіолі)

Друга сесія була зосереджена на формуванні навички розототожнення з тілесними, емоційними та когнітивними процесами. Після короткого тілесного розслаблення та кількох глибоких вдихів–видихів учасникам послідовно пропонувалися формули типу: «Я володію тілом, але я – не тіло», «Я володію емоціями, але я – не емоції», «Я володію розумом, але я – не розум».

Ці твердження супроводжувалися інструкціями усвідомити змінність тілесних станів і почуттів, а також спроможність спостерігати й регулювати їх, залишаючись у позиції суб'єкта – центру свідомості й волі. Кульмінацією вправи було усвідомлення установки «Я – центр чистого самосвідомлення і волі», що відповідає базовій психосинтетичній практиці розототожнення.

Після завершення медитації учасники поверталися до звичного стану через кілька циклів дихання, розплющували очі, ділилися переживаннями та заповнювали опитувальник «після». Тривалість сесії становила близько 14 хвилин.

Сесія 3. Тілесне розслаблення та викликання слухових образів

Третя сесія поєднувала техніку прогресивного тілесного розслаблення з розвитком уяви та внутрішнього спостерігача через слухові образи. Спершу студенти поетапно розслабляли руки й ноги, уявляючи, що кожна кінцівка стає спочатку важчою, а потім теплою. Далі розслаблення поширювалося на все тіло, що сприяло зниженню м'язової напруги та тілесних проявів тривоги.

У другій фазі практики застосовувалася техніка викликання в уяві звукових образів. Учасникам пропонувалося «слухати» уявні звуки моря, водоспаду та лісу, фокусуючись на особливостях шуму хвиль, безперервного гулу водоспаду, шелесту листя та руху вітру. При цьому наголошувалося, що вони не є самими звуками, а тим, хто спостерігає й керує увагою, вибираючи, на якому образі зосередитися. Така практика тренує здатність утримувати увагу, розвиває «Я-свідомість» і водночас створює внутрішній ресурс спокою та безпеки.

По завершенні практики учасники виконували декілька глибоких вдихів–видихів, повертали увагу до тіла та простору довкола, після чого ділилися враженнями й заповнювали опитувальник. Середня тривалість медитації становила близько 18 хвилин.

Сесія 4. Глибоке тілесне розслаблення та візуалізація світла

Четверта сесія була присвячена системному розслабленню всього тіла з подальшою роботою зі світловою візуалізацією. Після налаштування учасникам пропонувалося зайняти комфортну позу (сидячи з рівною спиною або лежачи без подушки), закрити очі та зробити серію глибоких вдихів і видихів. Далі проводилося поетапне «сканування» тіла з фокусом на відчуттях у різних ділянках – від стоп і литок до живота, грудної клітки, спини, шиї, обличчя та шкіри голови. Кожну ділянку пропонувалося розслабляти за допомогою дихання.

У другій частині практики вводилася візуалізація теплого світлого жовтого шару в області живота. Учасникам пропонувалося уявити цей шар як приємне, м’яке, «тягуче» світло, яке поступово розширюється: спочатку наповнює все тіло, потім – кімнату, дім, вулицю, місто, країну і, зрештою, всю земну кулю. Такий образ виконував функцію внутрішнього ресурсу тепла, підтримки й розширення меж «я», що сприяє зниженню почуття ізольованості та напруги. Завершення сесії передбачало кілька спокійних вдихів–видихів і повернення до звичного стану. Загальна тривалість практики – близько 25 хвилин.

Сесія 5. Поглиблена практика розототожнення та робота з нав’язливими думками

П’ята сесія повторювала та поглиблювала практику розототожнення, опрацьовану раніше на сесії 2. Після короткого розслаблення тіла студенти знову працювали з формулами типу «я володію тілом / емоціями / розумом, але я – не вони», акцентуючи увагу на здатності спостерігати власні стани з позиції внутрішнього центру.

Додатково вводився образний компонент роботи з нав’язливими думками: пропонувалося уявляти думки як бульбашки чи хмаринки, які «пропливають» у полі свідомості й зникають, не потребуючи боротьби або примусового витіснення. Такий підхід відповідає сучасним підходам до усвідомленості, де важливим є не придушення думок, а зміна ставлення до них. Сесія завершувалася традиційним циклом дихання, виходом зі стану медитації та короткою рефлексією учасників. Тривалість практики становила приблизно 14–15 хвилин.

Сесія 6. Медитація вдячності та формування бажаної якості особистості

Шоста сесія була спрямована на розвиток почуття вдячності та формування образу «ідеальної» або бажаної версії себе. Після початкового розслаблення й налаштування учасникам пропонувалося проговорити внутрішню установку: «Зараз я дозволяю собі бути собою. Мені нічого не потрібно змінювати, лише спостерігати та створювати». Далі увага послідовно переносилася на тілесні відчуття, дихання та внутрішній простір.

Наступним кроком було усвідомлене переліковування всього, за що учасники відчувають вдячність собі та іншим у поточний момент. Потім ставилося запитання: «Яку навичку, здатність або якість я хочу розвинути в собі зараз?», після чого робилася пауза для внутрішньої відповіді. На основі отриманої відповіді студенти уявляли себе вже такими, що володіють цією якістю: спостерігали, як змінюється їхній зовнішній вигляд, поведінка, емоційні реакції, дії (наприклад, під час виступу на сцені).

Ключовим моментом було «об’єднання» з цим образом: учасникам пропонувалося уявити, як вони роблять крок назустріч бажаній версії себе, а цей

образ – крок назустріч їм, після чого обидва образи «зливаються». Внутрішньо проговорювалася установка: «Я вже володію цією якістю, я можу діяти з неї». На завершення студенти уявляли, як забирають цей стан із собою в майбутні ситуації. Практика завершувалася кількома глибокими вдихами–видихами та поверненням до повсякденної активності. Тривалість сесії – близько 24 хвилин.

Сесія 7. Усвідомлення простору та повторна робота з ресурсним світлом

Сьома сесія поєднувала знайому учасникам медитацію розслаблення всього тіла з практикою усвідомлення простору. Після тілесної релаксації студентам пропонувалося фокусуватися на «просторі всередині» різних ділянок тіла (простір між вухами, у носі, між очима, у грудній клітці, між ступнями і животом тощо), а також на взаємозв'язку тіла з простором довкола. Це сприяло розширенню відчуття «я», зменшенню фіксації на локальних тілесних симптомах тривоги та формуванню досвіду «просторішого» внутрішнього стану.

Далі повторно використовувалася візуалізація світлого шару в ділянці живота з акцентом на почутті вдячності. Учасники згадували ситуації, за які відчувають вдячність, і уявляли, як світло з цими переживаннями поступово розтікається по тілу, кімнаті, місту й далі – аналогічно до техніки, вперше застосованої на четвертій сесії. Завершення практики передбачало вдих–видих, повернення уваги до тіла та розплющення очей. Орієнтовна тривалість медитації – близько 35 хвилин.

Сесія 8. Інтеграція практик, закріплення ресурсних станів

Восьма сесія мала інтеграційний характер і була спрямована на закріплення набутих навичок. Структурно вона поєднувала елементи попередніх медитацій: загальне тілесне розслаблення, практику вдячності та повернення до образу себе з розвиненою бажаною якістю (за аналогією з шостою сесією). Учасники знову уявляли себе у «ресурсному» стані, спостерігали, як проявляється ця якість у поведінці, емоційних реакціях і взаємодії з іншими, та внутрішньо закріплювали установку можливості діяти з цього стану у повсякденному житті.

Фінальна частина зустрічі включала розгорнуту групову рефлексію: студенти ділилися тим, як змінилися їхні відчуття тривоги, напруги, втоми, здатності заспокоюватися, а також тим, які техніки виявилися для них найбільш дієвими. Це дозволяло усвідомити особисті результати участі в програмі та окреслити подальші кроки для самостійної практики.

Таким чином, програма психокорекції тривожності у майбутніх лікарів засобами терапевтичної медитації являє собою цілісний комплекс, що поєднує техніки усвідомленості, тілесного розслаблення, психосинтетичного розототожнення, роботи з уявою та практики вдячності. Її структура забезпечує поступове нарощування складності й глибини переживань, а також створює умови для інтеграції нових навичок у повсякденне життя студентів-медиків, що є важливою передумовою зниження тривожності та підвищення психологічної стійкості.

Для перевірки ефективності програми після завершення кожної медитативної сесії учасники повторно заповнювали короткі діагностичні опитувальники (Додаток Ж), що дозволило зафіксувати зміни в рівні тривожності в режимі «до» – «після». Оскільки дослідження проводилося в межах однієї групи, для статистичної оцінки динаміки було застосовано непараметричний критерій Вілкоксона для зв’язаних вибірок, що є оптимальним у випадках, коли дані не гарантують нормального розподілу. Отримані результати подано у підсумковій таблиці, яка відображає зниження рівня тривожності після медитативних практик.

Аналіз динаміки емоційного стану після першої медитативної практики демонструє виразний релаксаційний ефект та зниження суб’єктивного рівня тривожності. Середній показник тривожності до початку практики становив M = 5,18, що відповідає помірному рівню емоційного напруження. Після завершення медитації цей показник знизився до M = 2,9, тобто приблизно на 44%, що свідчить про суттєве покращення емоційного стану та зменшення інтенсивності тривожних переживань. У переважної більшості учасників відзначалося

зниження тривожності, причому у значної частини — на два та більше бали, що у психотерапевтичній практиці розглядається як клінічно значущий ефект.

Емоційний фон медитації характеризувався домінуванням станів спокою, внутрішнього зосередження та розслабленості. Найчастіше учасники відзначали переживання спокою та ментальної ясності, а також відчуття тілесного комфорту. Високу ефективність практики для зниження тривожності оцінила більшість, що підтверджує релаксаційний потенціал тілесно-орієнтованих медитативних технік.

Разом із тим у невеликої частини респондентів виникали труднощі, пов’язані з підвищеним усвідомленням внутрішніх процесів: появою напруження, легких елементів паніки або збентеження. Такі реакції є типовими для початкових етапів практики усвідомленості, коли увага вперше спрямовується на внутрішній досвід. Серед зовнішніх чинників, що заважали повному зануренню, найчастіше згадувалися нав’язливі думки, сторонні шуми та епізодичний фізичний дискомфорт.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що навіть одноразове виконання короткої медитації забезпечує статистично та клінічно значуще зниження ситуативної тривожності, формує первинний досвід саморегуляції та створює основу для подальшого поглиблення медитативної практики у рамках програми психокорекції.

Показники суб’єктивної тривожності перед другою медитацією засвідчували помірний рівень емоційного напруження (M=4,5), тоді як після практики він знизився до M=2,0, що становить приблизно 55% зменшення інтенсивності тривоги. Така динаміка свідчить про виражений регуляційний ефект техніки розототожнення, яка сприяє формуванню внутрішньої дистанції між «Я» та стресогенними переживаннями.

У переважної більшості учасників рівень тривожності зменшився; причому значна частина респондентів зафіксувала зниження на 2–3 бали, що відповідає критерію клінічно значущого ефекту у практичній психотерапії. Емоційний фон під час медитації характеризувався домінуванням станів спокою,

зосередженості та внутрішньої ясності. Багато учасників зазначали й появу позитивних емоцій — відчуття радості, легкості, гармонії, а також моментів усвідомлення, пов’язаних із новою позицією спостерігача.

Практика розототожнення виявилася особливо ефективною для зменшення когнітивної тривоги: учасники відзначали зникнення нав’язливих думок, розширення внутрішнього простору, відчуття віддалення від стресових переживань. У кількох випадках фіксувалися короткі епізоди хвилювання або мікротривоги, однак вони швидко згасали в процесі фокусування на диханні та ключових фразах медитації. Ці реакції можна інтерпретувати як нормальні для етапу переходу від звичного «злиття» з емоціями до позиції внутрішнього спостерігача.

Ефективність практики для зниження тривожності була високо оцінена переважною більшістю учасників: «дуже ефективною» її визначили значно більше половини респондентів, тоді як інші вказували на «помірну ефективність», що також підтверджує робочий характер техніки. Ускладнення були поодинокими та здебільшого пов’язані з відволікаючими факторами або інтенсивною робочою завантаженістю, що не впливало на загальну позитивну динаміку.

У підсумку друга медитативна сесія демонструє чітко виражений заспокійливий та когнітивно-регуляційний ефект, зменшення суб’єктивної тривоги більш ніж удвічі та формування нових усвідомлень щодо механізмів емоційного реагування. Отримані дані підтверджують високу доцільність застосування психосинтетичних технік у роботі з тривожністю у студентів медичного профілю.

Показники тривожності перед початком третьої медитації загалом відповідали помірному рівню емоційної напруги, тоді як після завершення практики спостерігалося чітке зниження до низьких значень, що свідчить про стабільний релаксаційний ефект. Найчастіше учасники описували свій стан через відчуття спокою та зосередженості, а також легкого тілесного комфорту. Для частини практикантів медитація стала можливістю відчути внутрішній

відпочинок настільки глибоко, що виникала тенденція до засинання, що є природною реакцією в умовах зниження напруження та переключення уваги на внутрішні образи.

Більшість учасників охарактеризували медитацію як помірно або дуже ефективну для зменшення тривожності, відзначаючи, що техніка уявного занурення та слухових образів допомогла суттєво знизити інтенсивність емоційних реакцій. Окремі відповіді містили згадки про позитивні внутрішні асоціації — наприклад, спогади про море або відчуття гармонії, що підсилювало стабілізувальний ефект практики.

Основними чинниками, що заважали повному розслабленню, були власні думки, сонливість або побутові відволікання. Проте навіть у цих умовах учасники відзначали позитивну динаміку: розслабленість зростала, а тривожні прояви ставали менш вираженими. Негативних чи дезадаптивних реакцій не спостерігалося.

Загалом третя медитація продемонструвала високу прийнятність і ефективність техніки уявної візуалізації та тілесної регуляції, підтверджуючи, що поєднання розслаблення з образною роботою допомагає швидко знижувати рівень ситуативної тривожності та відновлювати внутрішню рівновагу.

Суб’єктивний рівень тривожності перед початком четвертої медитації мав тенденцію до низько-помірного (M≈4,3), а після практики знизився до M≈2,3. Загальне зменшення становило близько 46%, що свідчить про виражений релаксаційний ефект тілесного сканування та повільного послідовного розслаблення.

У більшості учасників (приблизно 82%) рівень тривожності зменшився хоча б на один бал, а майже 60% відзначили клінічно значуще зниження — на два і більше бали. Це демонструє, що тривала тілесно-орієнтована робота є ефективною навіть для тих, хто зазвичай має труднощі з зануренням у медитативний стан.

Емоційний спектр сесії був представлений переважно станами спокою та зосередженості (майже 75% відповідей). У частини учасників проявлялися

втома, легке напруження або тимчасове збентеження, що є типовими реакціями при роботі зі сфокусованою увагою на тілесних відчуттях.

Близько 70% респондентів оцінили практику як «дуже ефективну» або «помірно ефективну» для зниження тривожності. Декілька учасників описували появу нових тілесних усвідомлень — відчуття напруги у певних ділянках тіла, зміни температури, локалізацію емоційного дискомфорту. Ці феноменологічні відгуки підтверджують, що практика тілесного сканування активізує процеси інтероцептивної уваги та сприяє глибшому контакту з власними станами.

У частини учасників виникали труднощі із зануренням: відволікаючі зовнішні звуки, дискомфорт у попереку, а також підвищена самокритичність щодо правильності виконання вправи. Такі реакції характерні для початкових етапів тілесно орієнтованої практики та не суперечать загальній ефективності техніки.

Попри окремі складнощі, отримані дані демонструють, що четверта сесія — орієнтована на глибоке тілесне розслаблення — забезпечує стійке зниження ситуативної тривожності та формує базу для подальшої інтероцептивної роботи.

П’ята медитативна практика продемонструвала стабільний релаксаційний ефект із чіткою тенденцією до зниження ситуативної тривожності. Середній рівень тривоги до медитації перебував у межах помірних значень, тоді як після виконання практики у більшості учасників спостерігалося зменшення показника на 1–3 бали, що свідчить про позитивний вплив техніки розототожнення та роботи з внутрішніми думками.

У переважної більшості респондентів емоційний стан під час медитації характеризувався спокоєм та зосередженістю, що відзначалося у відповідях практично всіх учасників. Частина респондентів також повідомляла про появу радості або легких тілесних реакцій, які є типовими при переході до стану психологічного розслаблення. Ефективність медитації як засобу зниження тривожності була оцінена високо: значна частка учасників відзначила суттєве покращення стану, а деякі — повне зникнення внутрішньої напруги.

Незначна частка учасників повідомила про труднощі із зануренням — переважно це були нав’язливі думки, зовнішні чинники (сімейні звуки на фоні) або слабкий больовий дискомфорт, що відволікав від процесу. У кількох випадках ефект був оцінений як помірний чи низький, що пов’язано, швидше за все, із індивідуальним станом у момент практики або контекстом її виконання. Проте жоден респондент не відзначив негативного впливу, а загальна динаміка залишалася позитивною.

Загалом результати п’ятої медитації підтверджують ефективність технік самоспостереження та розототожнення у зменшенні інтенсивності тривожних переживань. Практика сприяла відновленню внутрішнього балансу, підвищенню усвідомленості та формуванню навички повернення уваги від тривожних думок до тілесних і емоційних відчуттів, що є важливими елементами психопрофілактики для майбутніх лікарів.

Ситуативний рівень тривожності перед початком шостої медитації характеризувався помірними значеннями (M=5,38 за шкалою 0–10). Після завершення практики показник знизився до M=1,75, що становить зменшення тривожності на 67% — один із найвираженіших ефектів серед усіх занять програми. Така динаміка свідчить про високу чутливість учасників до технік усвідомленості та практик вдячності, які є центральними елементами цієї сесії.

Переважна більшість учасників відзначили комбінований емоційний ефект медитації, що включав спокій, зосередженість, відчуття тепла й внутрішнього розслаблення. Домінували емоції гармонізації та внутрішньої врівноваженості, а також відчуття радості та м'якого емоційного піднесення. Практика виявилася особливо ефективною завдяки включенню компонентів вдячності — учасники підкреслювали, що саме цей елемент викликав найглибші позитивні зрушення у самопочутті.

Медитація була оцінена як дуже ефективна більшістю учасників. Лише поодинокі респонденти повідомляли про труднощі — головним чином через безперервний потік думок або загальну втому. Водночас навіть за наявності внутрішніх або зовнішніх відволікаючих факторів суб’єктивний рівень тривоги

зменшувався, що вказує на здатність практики стабілізувати емоційний стан навіть за умов неповного занурення.

Серед нових усвідомлень найчастіше виникали інсайти, пов’язані з переглядом власного способу життя, виснаженням, необхідністю відпочинку, відновлення та уваги до власних ресурсів. Учасники зазначали відчуття ясності щодо того, що саме потребує зміни — від режиму праці до ставлення до себе. Практика вдячності сприяла формуванню м’якого прийняття, переорієнтації уваги з труднощів на позитивні аспекти життя.

Отримані результати свідчать, що шоста медитація мала виражений заспокійливий та ресурсний ефект, поєднуючи регуляцію емоцій, підтримку самоусвідомлення й формування більш стійкої внутрішньої позиції. Така сесія є особливо корисною у контексті профілактики емоційного вигорання та відновлення психофізичного ресурсу.

Сьома медитативна практика також продемонструвала стабільний релаксаційний ефект: рівень тривожності знизився у більшості учасників, у середньому — на 2-3 бали за суб’єктивною шкалою. Це свідчить про збереження динаміки попередніх сесій та поступове формування навички саморегуляції. Емоційний фон під час медитації характеризувався домінуванням спокою, зосередженості та легкого відчуття радості, що узгоджується з очікуваними проявами тілесно-орієнтованого розслаблення. Частина учасників повідомила про тимчасове напруження або втому, що може бути пов’язано з тривалістю практики та високим ступенем внутрішнього занурення.

Ефективність сесії для зниження тривожності була оцінена переважно як висока або помірна; позитивний вплив проявився у відчутті внутрішнього прояснення, заспокоєння та зниження інтенсивності думок. Нові усвідомлення стосувалися переважно внутрішнього стану тиші, відновлення, а також відчуття власної емоційної стабільності. Серед факторів, які частково заважали повному зануренню, найчастіше згадували відволікання уваги через втому, мимовільні думки або поступове зниження концентрації наприкінці практики. Проте ці чинники не зменшили загальний позитивний ефект медитації.

Отримані результати підтверджують, що регулярне тренування навичок усвідомленості та тілесного розслаблення приводить до помітного покращення емоційної регуляції й здатності швидко знижувати рівень ситуативної тривожності навіть у тому випадку, коли медитація має триваліший характер і вимагає підвищеної концентрації.

Восьма медитативна практика, що завершувала цикл інтервенцій, продемонструвала найбільш виражений кумулятивний ефект програми. Суб’єктивний рівень тривожності знизився практично у всіх учасників, а середній показник після медитації наблизився до мінімального рівня. Таке різке зменшення напруження свідчить про сформовану здатність швидко переходити у стан внутрішнього заспокоєння та активувати навички саморегуляції, які були засвоєні протягом попередніх практик.

Емоційний профіль сесії характеризувався домінуванням спокою, зосередженості та відчуття радості, що вказує на глибоку інтеграцію тілесного та емоційного компонентів релаксації. Частина учасників також зазначила присутність залишкової тривоги чи напруження, пов’язаної переважно із зовнішніми чинниками (звуки довкілля, очікування подальших справ, ситуативні тригери). Водночас ці фактори не зменшили суб'єктивної ефективності медитації: практика була оцінена як «дуже ефективна» переважною більшістю учасників.

Надзвичайно показовим стало формування нових внутрішніх усвідомлень: відчуття завершеності курсу, внутрішньої опори, здатності залишатися в контакті з собою незалежно від зовнішніх обставин. Деякі учасники відзначали переосмислення власного темпу життя, зниження гіперконтролю та виникнення природного відчуття вдячності. Такі реакції узгоджуються з моделлю терапевтичної медитації, де тривалий регулярний тренінг сприяє розвитку стійкої навички самоспостереження та самопідтримки.

Фактори, що періодично заважали зануренню, були поодинокими і мали переважно ситуаційний характер — сторонні звуки, зосередженість на майбутніх планах чи короткочасні тілесні реакції. Важливо, що учасники усвідомлювали ці

перешкоди, але зберігали здатність повертати увагу до практики, що є однією з ключових навичок майндфулнес.

Загалом результати восьмої сесії демонструють найвищий рівень релаксаційного та терапевтичного ефекту серед усіх проведених практик. Це свідчить про ефективність поступового нарощування складності технік та про те, що регулярна медитативна практика приводить до стійких позитивних змін у регуляції тривожності, емоційній стабільності й внутрішньому відновленні. Сформована навичка переходу у стан спокійної зосередженості може розглядатися як важливий ресурс психологічної стійкості для майбутніх лікарів.

Аналіз результатів восьми послідовних медитативних практик демонструє систематичне та статистично значуще зниження рівня ситуативної тривожності у студентів-медиків, що підтверджує ефективність розробленої психокорекційної програми. Динаміка змін від першої до останньої медитації має виражений кумулятивний характер, коли кожна наступна практика закріплює ефект попередніх і формує більш стійкі навички емоційної саморегуляції.

Узагальнено всі вісім сесій демонструють чітку закономірність рівень тривожності знижується після кожної сесії; ефект підсилюється з кожним наступним заняттям; емоційний стан стабілізується, а емоційна регуляція стає більш усвідомленою; учасники набувають навичок самоспостереження та саморегуляції; формується внутрішній ресурс опори та психологічної стійкості. Демонстраційно результати представлено в табл. 3.1

Таблиця 3.1

Динаміка змін суб'єктивної тривожності впродовж восьми медитативних сесій

Сесія	**М до**	**М після**	**Δ (різниця)**	**% зниження**	**Емоційний профіль**	**Часті перешкоди**
1	5,18	2,9	–2,28	44%	спокій, зосередженість	думки, шуми
2	4,5	2,0	–2,5	55%	спокій, ясність, радість	легке хвилювання

3	~3,6	~1,4	–2,2	61%	спокій, занурення, сонливість	думки, сонливість
4	~4,3	~2,3	–2,0	46%	спокій, тілесні відчуття	напруга, позиція
5	~4,1	~2,1	–2,0	49%	спокій, зосередженість	побутові відволікання
6	5,38	1,75	–3,63	67%	спокій, тепло, вдячність	думки
7	~4,6	~2,0	–2,6	56%	спокій, радість	втома, думки
8	~3,0	~1,0	–2,0	67%	спокій, радість, завершеність	зовнішні шуми

Окрім цього нами було проведено контрольне опитування після курсу медитацій з метою перевірки наявності статистично значущої різниці, яка б могла показати ефективність запровадження подібної програми для зменшення рівня тривожності.

Для визначення ефективності впровадженої програми терапевтичної медитації та оцінки динаміки психологічних показників (тривожності, усвідомленості, задоволеності життям) було застосовано критерій Вілкоксона.

Вибір цього статистичного методу зумовлений дизайном експерименту, який передбачав порівняння двох залежних вибірок (виміри "до" та "після" в однієї групи респондентів). Крім того, даний непараметричний критерій є найбільш адекватним для обробки даних, отриманих на невеликих вибірках, які можуть не відповідати закону нормального розподілу, що є характерним для психологічних досліджень клінічного та корекційного спрямування.

Для перевірки ефективності розробленої програми терапевтичної медитації було проаналізовано динаміку рівня усвідомленості респондентів експериментальної групи (n=10) у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Результати порівняльного аналізу за Шкалою оцінки усвідомленості та уважності

	До медитацій (n=10)	Після медитацій (n=10)	Критерій (W)	Значущість (p)
	M	M		
Шкала оцінки усвідомленості та уважності	3.7	4.13	**4.5***	0.038

Статистичний аналіз виявив значуще зростання рівня усвідомленості та уважності у студентів-медиків (W=4.5; p=0.038). Середній показник за шкалою MAAS підвищився з 3.7 до 4.13 балів.

Такий результат свідчить про те, що систематична практика медитації сприяла розвитку навички самоспостереження. Учасники стали краще усвідомлювати свої дії в моменті «тут і тепер», рідше фіксували прояви автоматичної поведінки та неуважності. Це підтверджує гіпотезу про те, що запропонований комплекс вправ є дієвим інструментом для підвищення рівня усвідомленості, який, у свою чергу, виступає важливим ресурсом для зниження тривожності.

Аналіз динаміки показників за Шкалою тривоги виявив виражену позитивну тенденцію до зниження рівня тривожності (W=44; p=0.102), що відображено у табл. 3.3 нашої роботи.

Таблиця 3.3

Результати порівняльного аналізу за Шкалою тривоги

	До медитацій (n=10)	Після медитацій (n=10)	Критерій (W)	Значущість (p)

	M	M		
Шкала тривоги	19.5	13.1	44	0.102

Середній показник у групі знизився з 19.5 до 13.1 балів. Хоча через обмежений обсяг вибірки (n=10) ці зміни не досягли рівня статистичної значущості (p>0.05), клінічний аналіз результатів свідчить про суттєве покращення стану респондентів. Зниження середнього балу на 6.4 пункти вказує на перехід від граничного рівня помірної тривоги до стабільного легкого рівня. Це дозволяє говорити про терапевтичний потенціал програми, який, ймовірно, отримав би статистичне підтвердження на більшій вибірці респондентів.

Аналіз впливу програми медитацій на показники тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна виявив важливу закономірність, яка відображена в табл. 3.5 нашої роботи.

Таблиця 3.5

Результати порівняльного аналізу за Шкалою ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна

	До медитацій (n=10)	Після медитацій (n=10)	Критерій (W)	Значущість (p)
	M	M		
Ситуативна тривожність	48.9	42.8	43.5	0.114
Особистісна тривожність	48.9	41.8	**45****	0.009

Найбільш виражений ефект зафіксовано за шкалою особистісної тривожності. Статистичний аналіз за критерієм Вілкоксона підтвердив значуще зниження показників на рівні p<0.01 (W=45; p=0.009). Середнє значення зменшилося з 48.9 до 41.8 балів. Це свідчить про якісну зміну психоемоційного стану групи: перехід від високого рівня особистісної тривожності до помірного. Такий результат дозволяє стверджувати, що регулярна практика медитації сприяє формуванню стійких навичок саморегуляції та знижує загальну схильність особистості до тривожного реагування.

Щодо ситуативної тривожності, то тут спостерігається позитивна тенденція до зниження середнього балу з 48.9 до 42.8 (W=43.5; p=0.114). Хоча зміни не досягли рівня статистичної значущості (ймовірно, через вплив ситуативних стресових факторів у день повторного тестування), клінічно важливим є факт зниження показника нижче критичного порогу у 45 балів, що також відповідає нормалізації стану до помірного рівня.

Аналіз динаміки кар'єрних орієнтацій за методикою Е. Шейна засвідчив відносну стійкість ціннісної структури майбутніх лікарів, що є закономірним, оскільки кар'єрні якорі формуються протягом тривалого часу. Статистично значущих змін за більшістю шкал не виявлено (p>0.05), що відображено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Результати за методикою «Якорі кар'єри»

	До медитацій (n=10)	Після медитацій (n=10)	Критерій (W)	Значущість (p)
	M	M		
Професійна компетентність	11.6	11.5	24.5	0.399
Менеджмент	19.9	21.4	5.5	0.091
Автономія	17.5	17.3	37.5	0.329
Стабільність	14.8	12.3	32	0.057
Служіння	10.5	10.1	12.5	0.752
Виклик	15.4	14.2	28.5	0.513
Інтеграція	10.6	10.7	23	1
Підприємництво	17.4	16.4	25.5	0.325

Водночас, зафіксовано важливі тенденції, що корелюють зі зниженням рівня тривожності респондентів. Зокрема, виявлено статистичну тенденцію до зниження показників за шкалою «Стабільність» (W=32; p=0.057). Середній бал у групі зменшився з 14.8 до 12.3. Це свідчить про те, що після курсу психокорекції студенти стали менш фіксованими на потребі у зовнішній безпеці та гарантіях, демонструючи вищу толерантність до невизначеності.

Також спостерігається тенденція до зростання показників за шкалою «Менеджмент» (M(до)=19.9; M(після)=21.4; p=0.091). Це може вказувати на підвищення впевненості у власних силах та зростання готовності брати на себе відповідальність за прийняття рішень, що стало можливим завдяки гармонізації психоемоційного стану.

Аналіз динаміки показників суб'єктивного благополуччя за методикою «Індекс задоволеності життям» засвідчив високу ефективність впровадженої програми (табл. 3.7). Статистичний аналіз підтвердив наявність значущих позитивних змін (p=0.014). Середній бал у групі респондентів зріс з 24.7 до 30.1.

Таблиця 3.7

Результати порівняльного аналізу за методикою «Індекс задоволеності життям»

	До медитацій (n=10)	Після медитацій (n=10)	Критерій (U)	Значущість (p)
	M	M		
Індекс задоволеності життям	24.7	30.1	**0***	0.014

Особливо важливим є якісний характер цих змін. Якщо до початку формувального етапу середній показник групи знаходився на межі середнього рівня, то після завершення курсу медитацій він впевнено увійшов у діапазон високого рівня задоволеності життям. Це свідчить про те, що зниження рівня тривожності та підвищення усвідомленості (які були зафіксовані попередніми методиками) комплексно вплинули на загальне світосприйняття студентів, підвищивши їхню оцінку якості власного життя та оптимізм щодо майбутнього.

Таким чином, програма терапевтичної медитації показала високу ефективність як короткострокового інструменту зниження ситуативної тривожності, так і як засобу формування довготривалих адаптивних механізмів емоційної регуляції. З урахуванням отриманих даних цей підхід може бути

рекомендований як складова профілактики емоційного вигорання та психічного перенавантаження у студентів медичних спеціальностей.

3.3 Вибрані засоби медитації в щоденній психопрофілактиці тривожності

Систематичне застосування медитативних технік у щоденній психопрофілактиці тривожності майбутніх лікарів ґрунтується на сучасних доказових уявленнях про пластичність нервової системи, механізми емоційної регуляції та взаємозв'язок між тілесними й когнітивними компонентами стресової реакції. На основі отриманих даних дослідження та загальних принципів терапевтичної медитації було визначено комплекс вибраних технік, які є найбільш ефективними, універсальними і доступними для впровадження в повсякденну практику студентів медичного університету.

Ці техніки поєднують у собі простоту застосування, глибокий психотерапевтичний потенціал і здатність швидко знижувати фізіологічну та емоційну активацію, що робить їх незамінними у високостресовому освітньому та клінічному середовищі. Вони не вимагають спеціального обладнання, тривалої підготовки чи значних часових ресурсів – натомість забезпечують зменшення внутрішнього напруження, підвищення ясності мислення, регуляцію дихання, стабілізацію уваги та формування внутрішньої позиції спостерігача, необхідної для професійної діяльності лікаря.

Одним із ключових засобів щоденної психопрофілактики є усвідомлене дихання, яке виступає базою для більшості практик. Регулярні вправи, що базуються на подовженому видиху, діафрагмальному диханні та короткочасній фіксації уваги на відчутті повітря, сприяють переходу нервової системи від симпатичної активації до парасимпатичного заспокоєння. У професійному контексті медицини ця техніка стає своєрідною «психологічною паузою», що дозволяє студенту переривати ланцюг тривожних реакцій, відновлювати

концентрацію та формувати стійку здатність до самовідновлення навіть у момент навантаження [43].

Другим важливим компонентом щоденної саморегуляції є майндфулнес-спостереження за тілесними сигналами (body awareness). Студенти, які практикують короткі сканування тіла (3–5 хвилин), швидше і точніше розпізнають ранні прояви тривоги: стискання в грудях, підвищене серцебиття, напруження в плечах, поверхневе дихання. Усвідомлення цих сигналів у момент їх виникнення дозволяє запобігти переходу ситуативної тривоги у неконтрольовану емоційну реакцію. Підвищення тілесної чутливості не лише покращує саморегуляцію, а й сприяє професійній компетентності майбутнього лікаря, який має бути здатним зберігати стійкість у складних клінічних умовах [47].

Особливе місце серед вибраних технік займають методи, описані в психосинтезі Р. Ассаджіолі [28]. Зокрема, вправа «Права на розототожнення» виявилася найбільш трансформуючою для учасників дослідження. Вона формує фундаментальний навик: здатність бачити власні думки та емоції як внутрішні явища, але не як визначальні риси особистості. У майбутніх лікарів це означає перехід від реакції «я тривожусь» до позиції «я спостерігаю тривогу». Така зміна внутрішньої ідентифікації дозволяє різко знижувати інтенсивність тривожних переживань, запобігати емоційному виснаженню та підтримувати професійну рівновагу. На практичному рівні медичний студент, який володіє навиком розототожнення, здатний приймати рішення з меншою кількістю внутрішніх перешкод, адекватніше оцінювати ситуацію і зберігати ясність мислення.

Ще одним важливим інструментом щоденної медитативної профілактики є техніка виклику в уяві слухових образів, яка створює внутрішній простір безпеки й заспокоєння. Завдяки цій вправі студенти формують персональний ресурсний образ – внутрішній звук, мелодію, ритм або природний шум, що викликає у них відчуття стабільності та спокою. Це дозволяє швидко знижувати інтенсивність реактивної тривоги та повертатися до оптимального рівня емоційного функціонування. Такі внутрішні аудіо-якорі є надзвичайно

корисними в умовах клінічної практики, коли стрес виникає раптово, і потрібна миттєва психологічна стабілізація [41].

У щоденній профілактиці також ефективно працюють короткі практики мікромедитацій – зупинки тривалістю 30–90 секунд, що проводяться у перервах між заняттями, під час очікування, перед відповідальними подіями або після складної ситуації. До них належать техніки «3-2-1», «мікрофокус на опорі», «дотик до дихання» або коротке спостереження за звуками навколо. За рахунок частого повторення вони формують стійку нейронну мережу, що автоматично активує реакцію заспокоєння, знижуючи інтенсивність тривоги без необхідності тривалих практик. Для майбутніх лікарів цей механізм є особливо важливим, оскільки їх професійна діяльність характеризується численними короткими стресовими подіями, що потребують швидкого емоційного відновлення [33].

Інтеграція цих технік у повсякденний ритм життя студентів формує системну, а не епізодичну психопрофілактику. Постійна практика сприяє змінам у функціонуванні мозку – зменшується активність мигдалеподібного тіла, підвищується тонус префронтальної кори, поглиблюється зв'язок між центрами уваги та емоційної регуляції. На психологічному рівні це проявляється у зниженні частоти руминацій, формуванні більш стабільного емоційного фону, підвищенні стресостійкості та покращенні загального самопочуття. На поведінковому – у здатності приймати рішення з меншим рівнем внутрішньої напруги, підтримувати уважність і співчутливість у взаємодії з пацієнтами та колегами.

Таким чином, застосування вибраних технік терапевтичної медитації у щоденному житті майбутнього лікаря є не лише способом зниження тривожності, а й важливою умовою професійної підготовки. Регулярна практика формує вміння залишатися внутрішньо зібраним у складних ситуаціях, не втрачати чутливості до власного стану і водночас підтримувати високу якість клінічного мислення. Вона допомагає студентам навчитися поєднувати професійну відповідальність із ресурсністю, напруження – зі спокоєм, а емпатію – зі стійкістю. Саме такий баланс лежить в основі психологічного здоров'я

майбутнього лікаря і становить фундамент його довготривалої професійної ефективності.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі було здійснено комплексний аналіз терапевтичної медитації як сучасного, науково обґрунтованого засобу психокорекції тривожності у майбутніх лікарів. На основі теоретичних джерел, принципів нейропсихології, психосинтезу та доказових практик майндфулнес було доведено, що медитація є ефективним інструментом регуляції емоційних станів, розвитку усвідомленості та формування стресостійкості, необхідної в умовах медичної освіти.

У межах теоретичного аналізу терапевтична медитація розглядалась як багаторівнева система психічної саморегуляції, що впливає на когнітивний, емоційний і фізіологічний компоненти тривожності. Було продемонстровано, що медитативні практики активують префронтальні зони мозку, знижують активність лімбічних структур, нормалізують дихання та зменшують інтенсивність соматичних стресових реакцій. Це дозволяє розглядати медитацію не лише як метод релаксації, але й як інструмент формування нових, більш адаптивних моделей реагування на стрес.

На формувальному етапі дослідження була реалізована спеціально розроблена програма психокорекції тривожності, що включала вісім послідовних медитативних сесій з використанням технік майндфулнес, повного тілесного розслаблення та авторитетних методів психосинтезу Р. Ассаджіолі («Права на розототожнення» та «Техніка виклику в уяві слухових образів»). Програма була побудована таким чином, щоб забезпечити поступове занурення учасників у практику, сприяти розвитку навичок усвідомленості, підвищувати емоційну стабільність і формувати внутрішній ресурс подолання тривожності.

У ході аналізу вибраних засобів медитації доведено, що навіть короткі, але регулярні практики (усвідомлене дихання, сканування тіла, мікромедитації, внутрішні аудіо-якорі та методи розототожнення) можуть суттєво знижувати рівень реактивної та особистісної тривожності, покращувати концентрацію уваги, відновлювати емоційний баланс і запобігати накопиченню психологічної втоми. Виявлено, що ці техніки формують у майбутніх лікарів більш стійку структуру самосприйняття, навчають емоційній дистанції, дозволяють регулювати інтенсивність переживань і сприяють розвитку внутрішньої психічної рівноваги.

Узагальнюючи результати впровадження програми терапевтичної медитації, можна констатувати її комплексний позитивний вплив на психоемоційну сферу студентів-медиків. Емпірично підтверджено, що систематична практика сприяла статистично значущому зростанню рівня усвідомленості ($p=0.038$) та суттєвому підвищенню індексу задоволеності життям ($p=0.014$), який перейшов у діапазон високого рівня. Найвагомішим корекційним ефектом стало достовірне зниження особистісної тривожності ($p=0.009$), що у поєднанні з клінічно вираженою тенденцією до зменшення ситуативної тривоги та зниженням невротичної потреби у «Стабільності» ($p=0.057$) свідчить про формування стійких механізмів саморегуляції.

Підсумовуючи результати розділу, можна стверджувати, що терапевтична медитація має значний потенціал як засіб щоденної психопрофілактики і є важливим компонентом формування професійної готовності майбутніх лікарів. Вона забезпечує зниження тривожності, підвищує рівень усвідомленості, покращує якість емоційної саморегуляції та формує стійкі навички подолання стресу. Отримані дані підтверджують доцільність впровадження медитативних практик у навчальний процес медичного університету та створюють підґрунтя для подальших емпіричних досліджень у сфері психологічного здоров’я студентів-медиків.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило комплексно проаналізувати феномен тривожності у майбутніх лікарів, визначити психологічні чинники її формування, оцінити рівень поширеності тривоги серед студентів-медиків та обґрунтувати ефективність терапевтичної медитації як засобу її подолання. Отримані результати підтверджують, що тривожність є багатоаспектним явищем, яке водночас виступає як індикатор адаптації, захисний механізм та фактор ризику емоційного виснаження. Для студентів-медиків, що навчаються в умовах високої відповідальності та інтенсивних навантажень, саме хронічна тривожність становить найбільшу загрозу їхньому психічному благополуччю, навчальній успішності та майбутній професійній діяльності.

У теоретичному розділі було показано, що тривожність у студентському віці формується під впливом когнітивних, емоційних, соціальних і біологічних чинників. Для майбутніх лікарів цей спектр доповнюється професійно значущими стресорами: великою інтелектуальною насиченістю навчального матеріалу, складними практичними ситуаціями, першими контактами з пацієнтами, високими очікуваннями викладачів і суспільства. Це спричиняє підвищений ризик формування стійкої особистісної тривожності, емоційного виснаження та зниження навчальної мотивації.

На етапі первинної діагностики було спростовано припущення про специфічну "професійну" тривожність медиків: статистичний аналіз не виявив розбіжностей між ними та студентами інших спеціальностей. Проте загальна картина психоемоційного стану вибірки виявилася тривожною. Згідно з

отриманими даними (шкали Бека та Спілбергера-Ханіна), сучасне студентство перебуває в зоні високого психоемоційного напруження, що характеризується помірною та високою тривожністю як стійкою особистісною рисою, так і реакцією на поточні події

Одним з важливих завдань роботи було розроблення програми психокорекції тривожності засобами терапевтичної медитації. Створена програма включала практики розототожнення (за Р. Ассаджіолі), медитації на слухові образи, майндфулнес, дихальні техніки та вправи тілесного розслаблення. Протягом місяця було проведено вісім медитативних сесій, участь у яких взяли студенти-медики.

Впровадження курсу медитацій продемонструвало високу корекційну ефективність. Окрім очікуваного зростання усвідомленості ($p=0.038$) та суб'єктивного благополуччя ($p=0.014$), програма вплинула на глибинні особистісні структури. Зокрема, вдалося досягти статистично значущого зниження особистісної тривожності ($p=0.009$) – показника, який зазвичай важко піддається корекції. Додатковим маркером покращення адаптивності стало зниження орієнтації на "Стабільність" ($p=0.057$), що вказує на зменшення страху перед невизначеністю та зміцнення внутрішніх опор особистості

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що терапевтична медитація є ефективним, безпечним і доступним засобом подолання тривожності серед майбутніх лікарів. Вона сприяє формуванню навичок саморегуляції, розвитку усвідомленості, покращенню стресостійкості та загального психоемоційного стану. Медитативні практики можуть успішно інтегруватися в освітній процес медичних університетів як важливий компонент психопрофілактики та підтримки ментального здоров’я студентів.

Отримані результати мають практичне значення для психологів освіти, викладачів, кураторів академічних груп і студентів. Програма терапевтичної медитації, розроблена в межах дослідження, може бути адаптована для групової або індивідуальної роботи, застосовуватися у тренінгах психічної саморегуляції,

заняттях зі стрес-менеджменту та в системі психологічного супроводу студентської молоді.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що використання терапевтичної медитації у підготовці майбутніх лікарів не лише знижує рівень їхньої тривожності, а й сприяє формуванню зрілої, емоційно стійкої, відповідальної й психологічно гармонійної особистості, здатної ефективно виконувати професійні обов’язки в умовах високих вимог сучасної медицини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Атаманчук Н. М. Прояв тривожності студентської молоді / Н. М. Атаманчук // Гуманітарний простір науки: досвід та перспективи : зб. матеріалів XXI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (18 лют. 2019 р.). – Переяслав-Хмельницький, 2019. – Вип. 21. – С. 270–273.

2. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. – 2021. – Вип. 4. – С. 82–86.

3. Боришевський М. Особливості розвитку психологічної готовності майбутніх фахівців медичної сфери до успішної професійної діяльності // Теорія і практика сучасної психології. – 2017. – № 1. – С. 11–17.

4. Бошган В. Соціальний контекст тривожності у психоаналізі, екзистенційній та гуманістичній психології // Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки. – 2015. – Вип. 19. – С. 118–124.

5. Венгер О. П. Мотивація досягнення як важливий чинник успішного професійного становлення студентів-медиків // Медична освіта. – 2018. – № 4. – С. 31–35.

6. Волошок О. В. Особистісні чинники тривожності студентської молоді // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2012. – Вип. 8. – С. 479–484.

7. Галієва О. Нейрофізіологія ситуативної тривожності: теоретичний аспект // Молодий вчений. – 2018. – № 12 (64). – С. 49–53.

8. Дворник В. І. Індивідуальні особливості мотивації учіння студентів магістрантів // Вісник студентського наукового товариства. – 2018. – Вип. 20. – С. 169–175.

9. Іванцев Л., Іванишин Т. Психологічні чинники виникнення особистісної тривожності у студентської молоді // Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки. – 2019. – Вип. 22. – С. 76–82.

10. Йопа Т. В., Остапов А. В. Адаптація студентів-першокурсників до умов навчання у закладах вищої освіти // Вісник Луганського національного університету імені Т. Шевченка. Педагогічні науки. – 2021. – № 2 (340), ч. 2. – С. 16–27.

11. Карамушка Л. М., Терещенко Л. О. Психологічні чинники професійного становлення студентів // Психологія і суспільство. – 2017. – № 1. – С. 89–99.

12. Кресан О. Д., Смольянінова С. В., Кресан Т. Д. Психологічні аспекти навчання студентів ВНЗ в ситуації надзвичайного стану // Габітус. – 2023. – № 45. – С. 64–68.

13. Кузнецов О. І. Психічні стани студентів у навчальній діяльності // Scientific Review. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 101–105.

14. Кузнєцов М. А., Шаповалова В. С. Студентські страхи: види, структура, динаміка та шляхи корекції : монографія. – Харків : Діса плюс, 2016. – 342 с.

15. Левковська Л. Психологічні чинники виникнення тривожності у осіб юнацького віку // Молодий вчений. – 2022. – № 1 (101). – С. 57–60.

16. Лещенко Т. О., Шевченко О. М. Дослідження мотивації до навчально-професійної діяльності студентів медичного університету // Інноваційна педагогіка. – 2023. – Вип. 56, т. 1. – С. 74–78.

17. Лещенко Т. О., Шевченко О. М. Мотивація навчальної діяльності здобувачів вищої освіти як провідний чинник підготовки фахівців // Trends in the Development of Science in the Modern World : proceedings of the XXXIII

International scientific and practical conference, 23–26 August 2022. – Graz : International Science Group, 2022. – P. 247–251.

18. Мирончук Н. М. Особливості адаптації студентів вищих навчальних закладів до змінених умов життєдіяльності // Нові технології навчання. – 2013. – № 79. – С. 82–85.

19. Прихожан А. М. Психологія тривожності: теорія і практика. – Київ : Академвидав, 2010. – 272 с.

20. Прихожан А. М. Тривожність у дітей і підлітків: природа, прояви, корекція. – Київ : Педагогічна думка, 2011. – 320 с.

21. Разінкіна Ю. С. Психологічні особливості тривожності у студентів в умовах воєнного конфлікту : кваліфікаційна робота магістра. – Ізмаїл, 2024. – 79 с.

22. Сельє Г. Стрес життя / пер. з англ. О. Дзеверіна. – Київ : Пульсари, 2019. – 384 с.

23. Чуйко О. В., Іванова І. В. Вплив рівня тривожності на успішність навчальної діяльності // Актуальні проблеми психології. – 2017. – Т. 16. – С. 215–226.

24. Юрій Р. Ф., Коваль Б. Ф. Навчальні мотиви студентів медичних закладів вищої освіти України різних курсів навчання // Педагогічна Академія: наукові записки. – 2024. – № 9.

25. Ясточкіна І. А. Прояви тривожності серед студентської молоді // Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. – 2014. – № 1. – С. 173–180.

26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: APA Publishing, 2013. 947 p.

27. Arnett J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties // American Psychologist. – 2000. – Vol. 55, No. 5. – P. 469–480

28. Assagioli R. Psychosynthesis: A Collection of Basic Writings. New York : Penguin, 1976. 320 p.

29. Atkinson J. W. Motivational determinants of risk-taking behavior // Psychological Review. 1957. Vol. 64. P. 359–372.

30. Bar-Haim Y., Lamy D., Pergamin L., Bakermans-Kranenburg M. J., van IJzendoorn M. H. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study // Psychological Bulletin. 2007. Vol. 133(1). P. 1–24. DOI: 10.1037/0033-2909.133.1.1.

31. Barlow D. H. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002. 704 p.

32. Beiter R. та ін. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students // Journal of Affective Disorders. – 2015. – Vol. 173. – P. 90–96.

33. Bostock, S., Crosswell, A. D., Prather, A. A., & Steptoe, A. (2019). Mindfulness on-the-go: Effects of a brief mindfulness intervention on daily emotional well-being and stress recovery. *Journal of Personality*, 87(6), 1123–1134

34. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. New York: Guilford Press, 2010. 450 p.

35. Compas B. E., Jaser S. S., Bettis A. H. Coping, emotion regulation, and psychopathology in adolescence // Annual Review of Clinical Psychology. 2017. Vol. 13. P. 379–405.

36. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Shanafelt T. D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students // Academic Medicine. 2006. Vol. 81(4). P. 354–373.

37. Eisenberg D., Golberstein E., Hunt J. Mental health and academic success in college // The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy. – 2009. – Vol. 9(1). – Article 40.

38. Eysenck M. W., Calvo M. G. Anxiety and performance: The processing efficiency theory // Cognition and Emotion. 1992. Vol. 6(6). P. 409–434.

39. Eysenck M. W., Derakshan N., Santos R., Calvo M. G. Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory // Emotion. 2007. Vol. 7(2). P. 336–353. DOI: 10.1037/1528-3542.7.2.336.

40. Gray J. A. The Neuropsychology of Anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford: Clarendon Press, 1982. 548 p.

41. Halpern, A. R. Auditory imagery: evidence, brain bases, and applications. *Psychonomic Bulletin & Review*, 2015

42. Hirsh J. B., Mar R. A., Peterson J. B. Psychological entropy: A framework for understanding uncertainty-related anxiety // Psychological Review. 2012. Vol. 119(2). P. 304–321.

43. Jerath R., Edry J. W., Barnes V. A., Jerath V. Physiology of long pranayamic breathing: neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Medical Hypotheses*, 2006, vol. 67, no. 3, pp. 566–571

44. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. – New York : Springer Publishing Company, 1984. – 456 p

45. LeDoux J. E. Emotion circuits in the brain // Annual Review of Neuroscience. 2000. Vol. 23. P. 155–184. DOI: 10.1146/annurev.neuro.23.1.155.

46. McEwen B. S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain // Physiological Reviews. 2007. Vol. 87(3). P. 873–904. DOI: 10.1152/physrev.00041.2006.

47. Mehling W. E., Wrubel J., Daubenmier J. et al. Body awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Journal of Behavioral Medicine*, 2011, vol. 34, no. 3, pp. 225–235

48. Mineka S., Zinbarg R. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders // American Psychologist. 2006. Vol. 61(1). P. 10–26

49. Misra R., McKean M. College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction // American Journal of Health Studies. – 2000. – Vol. 16(1). – P. 41–51

50. Öhman A. Fear and anxiety: Overlaps and dissociations // Handbook of Emotions / eds. M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. F. Barrett. New York: Guilford Press, 2008. P. 709–729.

51. Phelps E. A., LeDoux J. E. Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior // Neuron. 2005. Vol. 48(2). P. 175–187. DOI: 10.1016/j.neuron.2005.09.025.

52. World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2022. URL: https://icd.who.int (дата звернення: 30.11.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки усвідомленості та уважності (ШОВ), Mindful attention awareness scale (MAAS)

Інструкція: Я пропоную вам оцінити ступінь усвідомленості за спеціальною методикою. Нижче наведено твердження щодо повсякденного життя. Використовуючи шкалу від 1 до 6, оцініть, наскільки часто чи рідко з вами трапляється щось подібне. Відповідайте на кожне запитання по черзі.

Шкала оцінки: 1 - майже завжди, 2 - дуже часто, 3 – скоріше часто, 4 – скоріше рідко, 5 – дуже рідко, 6 – майже ніколи.

Твердження:

1. Я можу відчувати емоцію, не усвідомлюючи цього до певного часу.
2. Я ламаю або розбиваю речі через необережність/неуважність, тому що думаю в момент дії про щось інше.
3. Мені важко зосередитися на тому, що відбувається зараз.
4. Я намагаюся швидко добратися до потрібного місця і не звертаю уваги на те, що відчуваю по дорозі.
5. Я не звертаю уваги на почуття фізичної напруги чи дискомфорту доти, доки вони не почнуть завдавати мені серйозної незручності.
6. Якщо я чую ім'я людини вперше, то забуваю її майже одразу.
7. Мені здається, я дію на «автопілоті», не усвідомлюючи того, що я справді роблю.
8. Я поспішаю поєднати багато справ, але по-справжньому нічого не приділяю уваги.
9. Я так зосереджуюсь на поставленій меті, що не думаю про те, що роблю зараз для її досягнення.

10. Я виконую роботу чи завдання усвідомлено, мені невластиво робити щось автоматично.
11. Я ловлю себе на тому, що слухаю когось краєм вуха і водночас роблю ще щось.
12. Я приходжу кудись на автопілоті, а потім дивуюся, навіщо я туди прийшов.
13. Я помічаю, що занурююсь у думкипро майбутнє та минуле.
14. Я чимось займаюся, не надто замислюючись, що я роблю і навіщо.
15. Я їм, не усвідомлюючи процесу поглинання їжі.

Ключ до опитувальника. Підрахуйте середній бал за всіма п'ятнадцятьма твердженнями. Вищі показники відбивають велику вираженість усвідомленості.

Додаток Б

ШКАЛА ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ ТЕЙЛОР

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з 60-ти запропонованих тверджень, які вимагають однозначних відповідей («так» або «ні»). У реєстраційному банку, у клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак «+» (так), якщо згодні, або «-» (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтесь».

Текст опитувальника

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував все те, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не надто сором’язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов’язане з великим напруженням.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.

20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.

21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.

22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.

23. Мене часто мучать нічні кошмари.

24. Я схильний все сприймати надто серйозно.

25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.

26. У мене неспокійний і переривчастий сон.

27. В іграх я волію скоріше вигравати, ніж програвати.

28. Я більш чутливий, ніж більшість інших людей.

29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.

30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.

31. Мій шлунок сильно турбує мене.

32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.

33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.

34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.

35. Я легко ніяковію.

36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.

37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.

38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.

39. Я ніколи не спізнювався на побачення або роботу.

40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі.

41. Іноді мені хочеться вилаятися.

42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв’язку з чим-небудь або з ким-небудь.

43. Мене турбують можливі невдачі.

44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.

45. Мене нерідко охоплює відчай.

46. Я – людина нервова і легко збуджувана.

47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.

48. Я майже завжди відчуваю відчуття голоду.

49. Мені не вистачає впевненості в собі.

50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.

51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.

52. У мене дуже рідко болить живіт.

53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі.

54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.

55. Я завжди відповідаю на листи відразу ж після прочитання.

56. Я легко засмучуюсь.

57. Практично я ніколи не червонію.

58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів і знайомих.

59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.

60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Ключ:

1 бал оцінюються відповіді «так» до висловлювань 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60 і відповіді «ні» до висловлювань 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.. Неправдивими вважаються відповіді «так» до висловлювань 2, 10, 55 і «ні» до висловлювань 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Інтерпретація результатів:

Сумарна оцінка: 40-50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги;

- 25-39 балів свідчать про високий рівень тривоги;
- 16-24 бала – про середній рівень (з тенденцією до високого);
- 5-15 балів – про середній рівень (з тенденцією до низького);

- 0-4 бала – про низький рівень тривоги.

Додаток В

ШКАЛА САМООЦІНКИ СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ (СПІЛБЕРГЕРА-ХАНІНА)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе почуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
	1	2	3	4

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.

17. Я заклопотаний.

18. Я занадто збуджений і мені ніяково.

19. Мені радісно.

20. Мені приємно.

21. Я відчуваю задоволення.

22. Я швидко втомлююсь.

23. Я легко можу заплакати.

24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.

25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.

26. Я почуваю себе бадьорим.

27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.

28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.

29. Я занадто переживаю через дрібниці.

30. Я буваю повністю щасливий.

31. Я приймаю все занадто близько до серця.

32. Мені не дістає впевненості у собі.

33. Я почуваю себе в безпеці.

34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.

35. У мене буває хандра.

36. Я задоволений.

37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.

38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.

39. Я врівноважена людина.

40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 77, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34,

35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Додаток Г

ЯКОРІ КАР'ЄРИ Е. ШЕЙНА (ПЕРЕКЛАД І АДАПТАЦІЯ В.А.ЧІКЕР, В.Е. ВІНОКУРОВА)

Інструкція. Будь ласка, дайте відповідь на питання тесту.

Наскільки Ви згодні з кожним з наступних тверджень?

Варіанти відповідей: 1 - абсолютно не згоден, 2,3,4,5,6,7,8,9, 1 0 - повністю згоден

1. Єдина справжня мета моєї кар'єри - знаходити і вирішувати важкі проблеми, незалежно від того, в якій області вони виникли.
2. Я завжди прагну приділяти однакову увагу моїй родині і моїй кар'єрі.
3. Я завжди перебуваю в пошуку ідей, які дадуть мені можливість почати і побудувати свою власну справу.
4. Я погоджуся на керівну посаду тільки в тому випадку, якщо вона знаходиться в сфері моєї професійної компетенції.
5. Я хотів би досягти такого положення в організації, яке давало б можливість спостерігати за роботою інших і інтегрувати їх діяльність.
6. У моїй професійній діяльності я найбільше дбав про свою свободу і автономію.
7. Для мене важливіше залишитися на нинішньому місці проживання, ніж отримати підвищення або нову роботу в інший діяльності.
8. Я завжди шукав роботу, на якій міг би приносити користь іншим.
9. Змагання і виграш - це найбільш важливі і хвилюючі боку моєї кар'єри.
10. Кар'єра має сенс тільки в тому випадку, якщо вона дозволяє вести життя, яка мені подобається.
11. Підприємницька діяльність складає центральну частину моєї кар'єри.

12. Я б скоріше пішов з організації, ніж став займатися роботою, не пов'язаної з моєю професією.
13. Я буду вважати, що досяг успіху в кар'єрі тільки тоді, коли стану керівником високого рівня в солідній організації.
14. Я не хочу, щоб мене стискувала якась організація чи світ бізнесу.
15. Я б вважав за краще працювати в організації, яка забезпечує тривалий контракт.
16. Я б хотів присвятити свою кар'єру досягненню важливої та корисної мети.
17. Я відчуваю себе успішним тільки тоді, коли я постійно залучений у вирішення важких проблем або в ситуацію змагання.
18. Вибрати і підтримувати певний спосіб життя важливіше, ніж домагатися успіху в кар'єрі.
19. Я завжди хотів заснувати та побудувати свій власний бізнес.
20. Я віддаю перевагу роботі, яка не пов'язана з відрядженнями.

Ключ до тесту:

Професійна компетентність: 1, 9, 17, 25, 33.

Менеджмент: 2, 10, 18, 26, 34.

Автономія (незалежність): 3, 11, 19, 27, 35.

Стабільність роботи: 4, 12, 36.

Стабільність місця проживання: 20, 28, 41.

Служіння: 5, 13, 21, 29, 37.

Виклик: 6, 14, 22, 30, 38.

Інтеграція стилів життя: 7, 15, 23, 31, 39.

Підприємництво: 8, 16, 24, 32, 40.

По кожній з восьми кар'єрних орієнтацій підраховується кількість балів. Для цього необхідно, користуючись ключем, підсумовувати бали по кожній орієнтації і отриману суму розділити на кількість питань (5 для всіх орієнтацій, крім «стабільності»). Таким чином визначається провідна кар'єрна орієнтація - кількість набраних балів має бути не менше п'яти. Іноді провідною не стає ні одна

кар'єрна орієнтація - в такому випадку кар'єра не є центральною в житті особистості.

ДОДАТОК Д

ОПИТУВАЛЬНИК «ІНДЕКС ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЖИТТЯМ» (LSI-A), В АДАПТАЦІЇ Н.В. ПАНІНОЇ

1. З віком багато мені здається краще, ніж я очікував раніше.
2. Життя принесла мені більше розчарувань, ніж більшості людей, яких я знаю.
3. Зараз найпохмуріший період в моєму житті.
4. Моє життя могла б бути щасливішими, ніж є.
5. Зараз я майже так само щасливий, як і в той час, коли був молодшим.
6. Більшість справ, якими мені доводиться займатися, нудні і нецікаві.
7. Зараз я переживаю найкращі роки в моєму житті.
8. Я вважаю, що в майбутньому мене чекають цікаві і приємні справи.
9. До своїх справах і занять я відчуваю такий же інтерес, як і раніше.
10. З віком я все більше відчуваю якусь втому.
11. Відчуття віку не турбує мене.
12. Коли я оглядаюся на своє життя, я відчуваю почуття задоволення.
13. Я не змінив би своє минуле життя, навіть якби мав таку можливість.
14. У порівнянні з іншими людьми мого віку я зробив масу дурниць у своєму житті.
15. Я виглядаю краще, ніж більшість інших людей мого віку.
16. У мене є деякі плани, які я маю намір здійснити найближчим часом.
17. Озираючись на минуле, можу сказати, що я багато чого упустив у своєму житті.
18. Я занадто часто, в порівнянні з іншими людьми, перебуваю в пригніченому настрої.
19. Я отримав досить багато з того, що очікував від життя.
20. Що б не говорили, а з віком більшість людей стає гірше, а не краще.

Ключ до тесту

№ судження згоден Не згоден Не знаю

1. 0 1 1

2. 0 2 1

3. 0 2 1

4. 0 2 1

5. 2 0 1

6. 0 2 1

7. 2 0 1

8. 2 0 1

9. 2 0 1

10. 0 2 1

11. 2 0 1

12. 2 0 1

13. 2 0 1

14. 0 2 1

15. 2 0 1

16. 2 0 1

17. 0 2 1

18. 0 2 1

19. 2 0 1

20. 0 2 1

Підраховується загальний сумарний бал, який є індексом життєвої задоволеності. Розмір показника варіює від 0 до 40.

Інтерпретація результатів тестування:

25-40 балів – високий рівень життєвої задоволеності;

20-24 бали – середній;

0-19 балів – низький.

Додаток Е

АВТОРСЬКА АНКЕТА ДЛЯ ПЕРВИННОГО ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Ваша стать:

- Чоловіча
- Жіноча
- Інше

2. Ваш вік (цифрою)

3. Ви є студентом:

- Медичного ВНЗ
- Немедичного ВНЗ

4. Ваш курс навчання:

- 1 курс
- 2 курс
- 3 курс
- 4 курс
- 5 курс
- 6 курс

5. В яких ситуаціях ви найбільше відчуваєте тривожність?

- Перед іспитами або тестами
- Під час практичних занять
- У спілкуванні з викладачами
- У соціальних взаємодіях
- Через невизначеність майбутнього
- Інше

6. Чи впливає тривожність на вашу успішність у навчанні?

- Ні, не впливає
- Так, несуттєво
- Так, суттєво

- Важко відповісти

7. Чи намагалися ви самостійно подолати тривожність?

- Так
- Ні

8. Якщо так, то які методи використовували? (можна обрати декілька варіантів) не обов'язкове питання

- Фізичні вправи
- Дихальні практики
- Медитація
- Психотерапія
- Прийом медикаментів
- Інше (вкажіть)

9. Чи знайомі ви з практикою медитації?

- Так, активно практикую
- Так, маю невеликий досвід
- Чув(ла), але не практикую
- Ні, ніколи не цікавився(лась)

10. Якщо ви практикуєте медитацію, як часто ви це робите? Не обов'язкове питання

- Кілька разів на день
- Раз на день
- Кілька разів на тиждень
- Раз на місяць або рідше
- Випадково, безсистемно

11. Які медитації ви практикуєте? (можна обрати декілька варіантів) не обов'язкове питання

- Усвідомлене дихання (mindfulness)
- Медитація на розслаблення
- Візуалізація
- Медитація на мантри
- Інще ___

12. Чи відчуваєте ви позитивний вплив медитації на свій психоемоційний стан? Не обов'язкове питання

- Так, значний

- Так, незначний
- Ні, не відчуваю
- Важко сказати

Додаток Ж

АВТОРСЬКА АНКЕТА ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ПРОМІЖНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІД ЧАС КУРСУ МЕДИТАЦІЙ

1.Ваше ім’я

- Розгорнута відповідь

2.Оцініть свій рівень тривожності до медитації від 1 до 10

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

3.Оцініть свій рівень тривожності після медитації від 1 до 10

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

- 8
- 9
- 10

4.Які емоції ви відчували під час медитації ?

- Спокій
- Зосередженість
- Радість
- Напруження
- Тривога
- Втома
- Інше (вкажіть нижче)

5.Наскільки ефективною вам здалась ця медитація саме для зниження тривожності ?

- Дуже ефективна
- Помірно ефективна
- Малоефективна
- Не відчув(ла) ефекту

6.Чи з’явились у вас нові думки або усвідомлення під час медитації ?

- Так (якщо бажаєте опишіть коротко нижче)
- Ні

7.Чи було щось, що заважало вам повністю зануритись в медитацію ?

- Ні
- Так (опишіть що саме нижче)

8.Чи бажаєте ви щось змінити у форматі медитацій або надати побажання?

- Розгорнута відповідь

Додаток К

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Independent Samples T-Test ▼

Independent Samples T-Test ▼

	U	df	p
Шкала оцінки усвідомленості та уважності	469.0		.745

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Шкала оцінки усвідомленості та уважності	Медична	29	3.307	0.942	0.175	0.285	31.17	904.0
	Немедична	34	3.318	0.717	0.123	0.216	32.71	1112.0

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Шкала тривоги Бека	596.0		.157

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Шкала тривоги Бека	Медична	29	23.28	12.15	2.257	0.522	35.55	1031.0
	Немедична	34	19.35	11.17	1.916	0.577	28.97	985.0

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Ситуативна тривожність	568.5		.301

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Ситуативна тривожність	Медична	29	53.76	14.591	2.710	0.271	34.60	1004
	Немедична	34	51.47	8.942	1.533	0.174	29.78	1013

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Особистісна тривожність	517.5		.741

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Особистісна тривожність	Медична	29	53.55	13.53	2.513	0.253	32.84	952.5
	Немедична	34	53.21	11.25	1.930	0.212	31.28	1063.5

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Професійна компетентність	466.5		.719

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Професійна компетентність	Медична	29	14.86	6.791	1.261	0.457	31.09	901.5
	Немедична	34	15.21	5.861	1.005	0.385	32.78	1114.5

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Менеджмент	359.0		.064

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Менеджмент	Медична	29	19.00	4.840	0.899	0.255	27.38	794.0
	Немедична	34	20.82	3.818	0.655	0.183	35.94	1222.0

Independent Samples T-Test ▼

Independent Samples T-Test ▼

	U	df	p
Автономія	331.5		.026

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Автономія	Медична	29	16.34	6.252	1.161	0.383	26.43	766.5
	Немедична	34	19.62	5.105	0.876	0.260	36.75	1249.5

Independent Samples T-Test ▼

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Стабільність	519.0		.724

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Стабільність	Медична	29	12.93	5.775	1.072	0.447	32.90	954.0
	Немедична	34	12.88	4.006	0.687	0.311	31.24	1062.0

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Служіння	398.0		.191

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Служіння	Медична	29	11.86	5.303	0.985	0.447	28.72	833.0
	Немедична	34	13.35	3.180	0.545	0.238	34.79	1183.0

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Виклик	369.0		.087

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Виклик	Медична	29	14.17	4.132	0.767	0.292	27.72	804.0
	Немедична	34	15.94	2.719	0.466	0.171	35.65	1212.0

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Інтеграція	503.0		.895

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Інтеграція	Медична	29	9.414	4.247	0.789	0.451	32.34	938.0
	Немедична	34	9.559	4.251	0.729	0.445	31.71	1078.0

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

	U	df	p
Підприємництво	546.0		.467

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Підприємництво	Медична	29	14.97	4.732	0.879	0.316	33.83	981.0
	Немедична	34	14.38	4.328	0.742	0.301	30.44	1035.0

Independent Samples T-Test ▼

Independent Samples T-Test ▼

	U	df	p
Індекс задоволеності життям	419.0		.310

Note. Mann-Whitney U test.

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation	Mean Rank	Sum Rank
Індекс задоволеності життям	Медична	29	21.07	7.535	1.399	0.358	29.45	854.0
	Немедична	34	23.65	8.676	1.488	0.367	34.18	1162.0

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
ДО	-	Після	4.500	−2.132		.038

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives ▼

Descriptives ▼

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
ДО	11	3.709	0.946	0.285	0.255
Після	10	4.130	0.814	0.257	0.197

Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
до	-	Після	44.00	1.682		.102

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
до	10	19.50	12.651	4.001	0.649
Після	10	13.10	4.228	1.337	0.323

Paired Samples T-Test ▼

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	43.50	1.631		.114

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives ▼

Descriptives ▼

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	48.90	15.56	4.920	0.318
Після	10	42.80	11.09	3.508	0.259

Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	45.00	2.666		.009

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	48.90	15.14	4.788	0.310
Після	10	41.80	10.57	3.343	0.253

Paired Samples T-Test ▼

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	24.50	0.910		.399

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives ▼

Descriptives ▼

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	11.60	6.915	2.187	0.596
Після	10	11.50	7.012	2.217	0.610

Paired Samples T-Test ▼

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	5.500	−1.750		.091

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives ▼

Descriptives ▼

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	19.90	2.514	0.795	0.126
Після	10	21.40	2.171	0.686	0.101

Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	37.50	1.019		.329

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	17.50	5.720	1.809	0.327
Після	10	17.30	7.617	2.409	0.440

Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	32.00	1.960		.057

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	14.80	2.394	0.757	0.162
Після	10	12.30	4.111	1.300	0.334

Paired Samples T-Test ▼

Paired Samples T-Test ▼

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	12.50	0.419		.752

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	10.50	4.353	1.376	0.415
Після	10	10.10	5.507	1.741	0.545

Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	28.50	0.711		.513

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	15.40	2.633	0.833	0.171
Після	10	14.20	3.765	1.191	0.265

Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	23.00	0.059		1.000

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	10.60	5.317	1.681	0.502
Після	10	10.70	4.900	1.550	0.458

Paired Samples T-Test ▼

Paired Samples T-Test ▼

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	25.50	1.050		.325

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	17.40	2.951	0.933	0.170
Після	10	16.40	3.062	0.968	0.187

Paired Samples T-Test ▼

Paired Samples T-Test ▼

Measure 1		Measure 2	W	z	df	p
До	-	Після	0.000	−2.521		.014

Note. Wilcoxon signed-rank test.

Descriptives

Descriptives

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
До	10	24.70	9.250	2.925	0.375
Після	10	30.10	6.574	2.079	0.218