

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО

Факультет фізичної культури, спорту та психології

Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «Магістр»

**на тему «Імплементация фізичної активності та релаксаційних методів у
процес супроводу осіб із тривожними станами»**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи М324-ф

Спеціальність: 053 Психологія

ОП Клінічна та реабілітаційна психологія

Коцюбайло Інна Степанівна

Керівник: канд. психол. наук, доцент

Шевченко С.В.

Рецензент: психолог-методист

КЗ «Опорний заклад освіти

Малоданилівський ліцей»

Харківської області

Пономаренко О.М.

Запоріжжя — 2025 року

АНОТАЦІЯ

Коцюбайло І.С. Імплементация фізичної активності та релаксаційних методів у процес супроводу осіб із тривожними станами

У магістерській роботі досліджено проблему реалізації фізичної активності та релаксаційних методів у процесі психологічного супроводу особи із тривожними станами. Обґрунтовано актуальність теми беручи до уваги нинішні соціально-політичні виклики в Україні.

Перший розділ охоплює теоретичний аспект аналізу сутності тривожних станів, розкрито їх психологічні та фізіологічні, охарактеризовано систему супроводу осіб із підвищеною тривожністю, визначено роль фізичної активності та релаксаційних методів у регуляції психоемоційного стану людини.

У другому розділі представлено емпіричне дослідження тривожних станів особистості. Описані методики та процедури проведення дослідження (STAI, SUDS, анкетування), наведено аналіз отриманих результатів у 30 учасників різного віку. Встановлено позитивний вплив поєднання фізичної активності та техніку релаксації на зниження рівня тривожності. На основі цього розроблену програму супроводу осіб із тривожними станами з використанням фізичних та релаксаційних практик. Запропоновано алгоритм їх застосування в процесі психологічної допомоги, а також практичні рекомендації щодо інтеграції таких методів у повсякденне життя.

Теоретичне значення роботи відбувається у поглибленні наукових уявлень про природу тривожних станів і міждисциплінарні підходи до їх корекції. Практична цінність роботи виявляється у розробці комплексу методичних рекомендацій для психологів, психотерапевтів та фахівців із психореабілітації.

Ключові слова: тривожні стани, психологічний супровід, фізична активність, релаксаційні методи, психоемоційна регуляція.

ABSTRACT

Kotsiubailo I.S. Implementation of Physical Activity and Relaxation Methods in the Process of Supporting Individuals with Anxiety Disorders

The master's thesis investigates the problem of implementing physical activity and relaxation methods in the process of psychological support for individuals with anxiety disorders. The relevance of the topic is substantiated, taking into account current socio-political challenges in Ukraine.

The first chapter covers the theoretical aspects of analyzing the nature of anxiety disorders, revealing their psychological and physiological characteristics. It describes the system of support for individuals with heightened anxiety and defines the role of physical activity and relaxation methods in regulating the psycho-emotional state.

The second chapter presents an empirical study of anxiety states in individuals. The research methods and procedures (STAI, SUDS, questionnaires) are described, and an analysis of the results obtained from a sample of 30 participants of different ages is provided. The study established a positive effect of combining physical activity with relaxation techniques on reducing anxiety levels. Based on these findings, a program for supporting individuals with anxiety disorders using physical and relaxation practices was developed. An algorithm for their application in psychological assistance is proposed, along with practical recommendations for integrating these methods into everyday life.

The theoretical significance of the work lies in deepening scientific understanding of the nature of anxiety disorders and interdisciplinary approaches to their correction. The practical value is manifested in the development of a set of methodological recommendations for psychologists, psychotherapists, and psycho-rehabilitation specialists.

Keywords: anxiety disorders, psychological support, physical activity, relaxation methods, psycho-emotional regulation.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи на тему:

«Імплементация фізичної активності та релаксаційних методів у процес супроводу осіб із тривожними станами»

здобувачки вищої освіти спеціальності 053 Психологія Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

Коцюбайло Інни Степанівни

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент кафедри психології Шевченко Світлана Віталіївна

Магістерська кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних, фізіологічних та методологічних аспектів упровадження фізичної активності та релаксаційних технік у систему психологічного супроводу осіб із підвищеним рівнем тривожності. Робота є міждисциплінарною і поєднує досягнення клінічної психології, психофізіології, валеології, педагогіки та спортивної науки.

Структурно дослідження складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (48 найменувань) і чотирьох додатків. У роботі міститься 21 таблиця та 20 рисунків, що ілюструють результати емпіричних і статистичних аналізів. Загальний обсяг – 89 сторінок, з яких 60 сторінок займає основний зміст.

Актуальність теми обґрунтована сучасними соціально-психологічними викликами, підвищенням рівня тривожності внаслідок воєнних подій, соціальної невизначеності та інформаційного перевантаження. У таких умовах особливо важливим є впровадження ефективних програм психологічного супроводу, що поєднують фізичну активність і релаксаційні методи як засоби стабілізації психоемоційного стану.

Об'єктом дослідження магістерської роботи є тривожні стани особистості.

Предметом дослідження є процес імплементції фізичних навантажень та

технік релаксації у супровід осіб, які переживають тривожні стани, а також їх вплив на психоемоційний стан цих осіб.

Мета роботи – теоретично вивчити та емпірично дослідити особливості тривожних станів особистості, визначити роль фізичної активності та релаксаційних методів у регуляції психоемоційного стану людини.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні аспекти впливу фізичної активності та релаксації на тривожні стани.
2. Провести емпіричне дослідження особливостей тривожних станів особистості.
3. Розробити, впровадити програму супроводу осіб із тривожними станами із застосуванням фізичної активності та релаксаційних методів; надати практичні рекомендації щодо імплементації розробленої програми у повсякденне життя осіб із тривожними станами.

Методи дослідження. Згідно мети та завдань даної кваліфікаційної роботи було використано такі методи, як: теоретичні (аналіз, порівняння та узагальнення наукових матеріалів з зазначеної теми), емпіричні (спостереження; тестування, опитування, психодіагностична методика: шкала тривожності STAI, SUDS, методи обробки та аналізу даних із застосуванням методів математичної статистики, програм Excel та SPSS).

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося у період з червня по серпень 2025 року та первинне тестування охопило 72 учасники віком від 18 до 75 років, серед яких 62 жінки та 6 чоловіків. Завершили повний цикл участі та повторне тестування 30 осіб. Респондентами були особи, які проживають у різних регіонах України — мешканці Бучанського району Київської області, міста Володимирець Рівненської області та міста Полтава, а також учасники, які на момент дослідження тимчасово або постійно проживали за кордоном.

Наукова новизна роботи полягає в емпіричному підтвердженні ефективності комплексної програми, що поєднує фізичну активність і

релаксаційні практики (стретчинг, дихальні техніки, елементи лісотерапії), у зниженні рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності в різних вікових групах. Практичне значення полягає у створенні психологічної програми супроводу, що може бути впроваджена у діяльність консультативних центрів, реабілітаційних закладів, навчальних установ та волонтерських ініціатив.

Тестування після шеститижневої програми (стретчинг, дихальні техніки, лісотерапія, біосугестивна релаксація) на вибірці з 30 осіб засвідчило статистично значуще зниження тривожності та суб'єктивного дистресу. За шкалою Спілбергера–Ханіна частка учасників із високою реактивною тривожністю зменшилася з 56% до 3%, водночас зросли частки з помірним (з 37% до 67%) і низьким (з 7% до 30%) рівнями. Для особистісної тривожності частка з високим рівнем зменшилася з 70% до 10%, тоді як помірний рівень зріс з 17% до 63%, а низький — з 13% до 27%. За шкалою суб'єктивного дистресу (SUDS) фіксовано індивідуальне зниження від 5 до 47 балів (медіана 17,5). Перевірка нормальності повторних вимірів показала прийнятність розподілу для реактивної тривожності ($W=0,945$; $p=0,126$), тоді як для особистісної — відхилення від нормального ($W=0,914$; $p=0,019$).

Кореляційний аналіз виявив сильні позитивні зв'язки між показниками: реактивна ↔ особистісна тривожність ($r=0,690$; $p<0,001$), реактивна тривожність ↔ SUDS ($r=0,721$; $p<0,001$), особистісна тривожність ↔ SUDS ($r=0,611$; $p<0,001$).

Міжвікове порівняння ефективності (4 групи: 18–25; 25–44; 44–60; 60–75 років) показало, що зміни Δ STAI (реактивної й особистісної) між групами не відрізнялися статистично значуще ($F(3,12)=2,03$; $p=0,16$ та $F(3,12)=2,45$; $p=0,11$ відповідно), тобто програма була корисною в усіх вікових групах. Водночас для Δ SUDS виявлено міжгрупові відмінності ($F(3,12)=3,80$; $p=0,04$): найвиразніше зниження дистресу спостерігалось у групі 25–44 років (середнє Δ SUDS=23,73); Post Hoc Tukey підтвердив значущу різницю між групами 25–44 та 44–60 років ($p=0,04$). Парні t-тести для залежних вибірок засвідчили значуще поліпшення у всіх вікових групах (для 25–44 років: $t=6,9$; $p<0,001$ за SUDS), що підтверджує

загальну результативність програми та її найвищу ефективність у групі 25–44 років.

Підсумково, інтегрована програма фізичної активності та релаксаційних методів забезпечила клінічно та статистично значуще зниження як ситуативної, так і особистісної тривожності та рівня суб'єктивного дистресу; отримані ефекти є відтворюваними у різних вікових підгрупах із найбільш вираженим впливом у віці 25–44 років.

Інтеграція фізичної активності та релаксаційних методів сприяє формуванню адаптивних копінг-стратегій, зниженню психоемоційної напруги та відновленню гармонійного функціонування системи «тіло – психіка».

Загалом проведене дослідження дало можливість зробити такі висновки:

1. Тривожність є складним феноменом, який проявляє себе на особистісному та ситуаційному рівнях, має психологічні та фізіологічні корені.

2. Високі показники тривожності серед респондентів підтвердили актуальність розробки програми психологічної допомоги.

3. Позитивний взаємозв'язок між особистісною та реактивною тривожністю свідчить про їхню взаємозумовленість.

4. Поєднання фізичної активності та релаксаційних технік виявилось перспективним засобом зменшення тривожності.

5. Найвищу ефективність виявлено у вікових групах 25–44 років.

6. Розроблена програма має практичне значення і може бути використана психологами у різних сферах діяльності.

Подальші наукові розвідки можуть бути спрямовані на вдосконалення програм тілесно-орієнтованої психотерапії, впровадження інтервенцій релаксації у практику психологічного консультування та вивчення довготривалих ефектів застосування таких програм у різних вікових і професійних групах.

Рік виконання дипломної роботи - 2025р.

Місце виконання - Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, кафедра психології.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА РЕЛАКСАЦІЙНИХ МЕТОДІВ У ПРОЦЕС СУПРОВОДУ ОСІБ ІЗ ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ	
1.1. Аналіз поняття «тривожний стан», причини виникнення, його психологічні та фізіологічні аспекти.....	6
1.2. Система роботи з супроводу осіб із тривожними станами.....	16
1.3. Роль фізичної активності та релаксаційних методів у регуляції психоемоційного стану людини.....	24
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ	
2.1. Методика та процедура проведення дослідження.....	30
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	36
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА СУПРОВОДУ ОСІБ ІЗ ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА РЕЛАКСАЦІЙНИХ МЕТОДІВ	
3.1 Алгоритм застосування фізичної активності та релаксаційних методів у процес супроводу осіб із тривожними станами.....	44
3.2 Практичні поради щодо імплементації фізичної активності та релаксаційних методів у повсякденне життя осіб із тривожними станами.....	48
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	72

ВСТУП

Серед населення України значно зростає кількість людей, які стикаються з проявами тривожності та перебувають у тривожному стані внаслідок високого темпу життя, соціальної нестабільності, пандемії COVID-19 та війни в країні. Це зумовлює зростання потреби у психологічній допомозі, що враховує як психічні, так і тілесні аспекти функціонування особистості.

Вивчення наукових джерел показало, що дана тема в Україні є добре дослідженою, але на тлі зростання тривожності населення та осіб, що перебувають у тривожних станах має перспективи для дослідницької роботи. Всесвітньо відомими дослідниками, які зробили вагомий внесок в теорію, діагностику та лікування тривожних станів є Аарон Бек, Чарльз Д. Спілбергер, Зигмунд Фрейд, Мішель Крамер.

Використання тілесно-орієнтованих практик для зниження тривожності вивчає І.Когут (НПУ ім. М. П. Драгоманова), О. Кокун (Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України), М. Ткаченко (Київський університет імені Бориса Грінченка), С. Попов (Національний університет фізичного виховання і спорту України).

Одним із перспективних напрямів у роботі з особами із тривожними станами є поєднання фізичної активності з релаксаційними техніками, які сприяють зниженню рівня напруження, покращенню саморегуляції та зменшенню симптомів тривожних розладів. Попри наявність окремих досліджень у цій сфері, в українському контексті все ще відсутні систематизовані підходи до впровадження таких методів у клінічну практику. Це визначає необхідність глибшого наукового осмислення і практичного впровадження фізичних і релаксаційних інтервенцій у психологічний супровід осіб із тривожними станами.

Об'єктом дослідження магістерської роботи є тривожні стани особистості.

Предметом дослідження є процес імплементації фізичних навантажень та технік релаксації у супровід осіб, які переживають тривожні стани, а також їх вплив на психоемоційний стан цих осіб.

Мета роботи – теоретично вивчити та емпірично дослідити особливості тривожних станів особистості, визначити роль фізичної активності та релаксаційних методів у регуляції психоемоційного стану людини.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні аспекти впливу фізичної активності та релаксації на тривожні стани.
2. Провести емпіричне дослідження особливостей тривожних станів особистості.
3. Розробити, впровадити програму супроводу осіб із тривожними станами із застосуванням фізичної активності та релаксаційних методів; надати практичні рекомендації щодо імплементації розробленої програми у повсякденне життя осіб із тривожними станами.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося у період з червня по серпень 2025 року та первинне тестування охопило 72 учасники віком від 18 до 75 років, серед яких 62 жінки та 6 чоловіків. Завершили повний цикл участі та повторне тестування 30 осіб. Респондентами були особи, які проживають у різних регіонах України — мешканці Бучанського району Київської області, міста Володимирець Рівненської області та міста Полтава, а також учасники, які на момент дослідження тимчасово або постійно проживали за кордоном.

Методи дослідження. Згідно мети та завдань даної кваліфікаційної роботи було використано такі методи, як:

- теоретичні (аналіз, порівняння та узагальнення наукових матеріалів з зазначеної теми);
- емпіричні: спостереження; тестування, опитування, психодіагностична методика: шкала тривожності STAI, SUDS;
- методи обробки та аналізу даних із застосуванням статистики та математики.

Теоретичне значення даної роботи передбачає більш детальне вивчення наукового розуміння природи тривожних станів особистості та механізмів їх корекції через фізичну активність і релаксаційні методи. Робота розширює уявлення про міждисциплінарні підходи до психологічного супроводу, поєднуючи психофізіологічні й психотерапевтичні засоби впливу.

Практичне значення полягає у розробці ефективних методичних рекомендацій для фахівців у сфері психології, психореабілітації та фізичної терапії, які можна застосовувати у супроводі осіб із підвищеним рівнем тривожності з метою зниження симптоматики, покращення емоційного стану та загального благополуччя клієнтів.

Апробація результатів дослідження. Дана робота пройшла апробацію результатів на XI регіональній науково-практичній конференції «Людина і світ» Мелітопольського державного педагогічного університету 28 лютого 2025 р. в місті Запоріжжя.

Структура та обсяг магістерської роботи. Наукова робота включає в себе вступ, три розділи, загальні висновки, список використаних джерел та додатки. Список використаних джерел налічує 48 найменувань. Містить: 21 - таблицю, 20 - рисунків та 4 - додатки. Загальний обсяг роботи –89 сторінки, основний зміст викладено на 65 сторінках.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА РЕЛАКСАЦІЙНИХ МЕТОДІВ У ПРОЦЕС СУПРОДУ ОСІБ ІЗ ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ

1.1. Аналіз поняття «тривожний стан», причини виникнення, його психологічні та фізіологічні аспекти.

Тривожний стан – це скороминучий негативний емоційний стан індивіда, причиною якого стала уявна або наявна подія чи обставина, що розцінюється як небезпека, несподівана зміна діяльності, відтерміноване отримання очікуваного.

В 1970 році Ч. Спілбергер у роботі Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) окреслив, що тривога є неоднорідним поняттям і поділив тривожність на ситуативну, як стан людини і особистісну, як властивість особистості. Тривогу, як стан він окреслював, що це емоційний стан людини, спровокований конкретною ситуацією протягом короткого проміжку часу. Її особливістю є те, що вона з'являється при виникненні стресових ситуацій, які мають зовнішню природу, супроводжується фізіологічними проявами та при усуненні стресової ситуації, вона швидко зникає.

Тривогу, як рису людини Ч. Спілбергер пояснював, що це – індивідуальна психологічна особливість людини, проявом якої є підвищена схильність реагувати тривогою на різні ситуації в житті, навіть в тих випадках коли вони не є явною небезпекою. Основними характеристиками тривожності, як риси характеру є її постійна наявність протягом довгого періоду життя, тенденція поширювати відчуття тривоги на різні ситуації, негативне сприйняття життєвих ситуацій, фізіологічні прояви тривоги, підвищена емоційна чутливість. Формування даного виду тривоги проходить під впливом виховання, оточуючих, життєвих подій і темпераменту людини. Помірний рівень тривоги-риси не завжди є патологічним, вона може проявлятися у таких рисах людини, як пильність і відповідальність. Але при її високому рівні вона проявляється у постійному напруженні, труднощах при прийнятті рішень, людина не впевнена

в собі та призводить до психосоматичних розладів. В таблиці 1.1 ми провели порівняльний аналіз ситуативної та реактивної тривожності.

Таблиця 1.1

Порівняння ситуативної та реактивної тривожності за Ч. Спілбергером

Критерій	Ситуативна тривожність	Реактивна тривожність
Ситуативність	Стан людини, що виникає, як відповідь на конкретну ситуацію	Властивість особи, не залежить від певної ситуації
Тривалість	Короткий проміжок часу, до закінчення провокуючої ситуації	Тривала, постійна і стабільна в різних обставинах
Причина виникнення	Конкретна дестабілізуюча ситуація	Отриманий досвід, вплив виховання та оточення, темперамент людини
Характер переживань	Страх, хвилювання, напруження,	Хронічна тривожна настороженість
Залежить від контексту	Має об'єктивну зовнішню конкретну ситуацію, причину, обставину	Не залежить від контексту ситуації чи будь яких обставин
Тілесні прояви	Короткочасні	Хронічні
Вплив на функціонування людини	Організм людини мобілізується для вирішення труднощів	Дезадаптивна реакція, що знижує ресурси організму і психіки

Тривожність як риса особистості є відносно стабільною характеристикою, яка визначає схильність індивіда реагувати тривогою у різних життєвих ситуаціях, навіть за відсутності реальної загрози. Вона включає когнітивні,

емоційні та фізіологічні компоненти, проявляється у підвищеній емоційній чутливості, негативному сприйнятті подій та фізіологічних реакціях організму. На відміну від тимчасової тривожності-стану, тривожність-рису стабільна, менш залежна від конкретного контексту і може бути як адаптивною, мобілізуючи ресурси для подолання труднощів, так і дезадаптивною, обмежуючи впевненість та психологічну стійкість особистості.

В.І. Войтко в Психологічному словнику (1982р) визначає тривожність, як «індивідуальну психологічну особливість, що проявляється у схильності людини до частих та інтенсивних переживань станів напруження, занепокоєння, хвилювання, а також у низькому порозі їхнього виникнення»[3].

Ч. Рікрофт, австрійський психоаналітик, у книзі «Anxiety and Neurosis» (1968р.) виділив 5 форм тривожних станів[14]:

1) Тривожність – хвилювання, коли людина хвилюється про тих осіб, хто знаходиться під її опікою.

2) Тривожність - передчуття.

3) Тривога – настороженість, виражається у пильності, передбачливості і усвідомленні можливих труднощів в майбутньому.

4) Тривога відокремлення. Такі люди дуже важко сприймають все нове, мають підвищену чутливість до сигналів зовнішнього середовища (вігільність) і водночас мають знижену соціальну комунікацію.

5) Інтернальна тривога. Людина несвідомо в своїх думках знецінює раніше авторитетних для себе осіб, що призводить до появи тривоги.

Фізіологічною основою тривоги вважають порушення динамічного стереотипу, якщо тривога пов'язана з страхом, то її можна розглядати як гальмівний стан. Причини виникнення тривоги можуть бути різні. Вони іноді зумовлені емоційною нестійкістю людини. Одні люди тривожаться з будь-яких причин, вони ніби «настроєні» на цей стан, інші переживають його лише стосовно певних об'єктів, ситуацій (наприклад, коли доводиться виступати перед слухачами тощо). Тривога може виявлятися і в результаті наслідування поведінки окремих людей. В цьому випадку в ній немає страху. Стан тривоги

свідчить про недостатню пристосованість організму до змін навколишнього середовища, неспроможність швидко і адекватно реагувати на них [3].

Австрійський психіатр, невролог, засновник психоаналізу Зигмунд Фрейд розглядав тривогу, як конфлікт між свідомим і несвідомим, між - Я, Воно і Над-Я. Він вважав, що тривога виникає в людини, як реакція для захисту психіки на лихо в майбутньому, яке не вдасться уникнути. Коли внутрішні несвідомі мотиви намагаються проявитися на рівні свідомості. З. Фрейд виокремлював три види тривоги: реалістична тривога, невротична тривога та моральна тривога.

Реалістична тривога – це емоційна реакція людини на об’єктивні загрози оточуючого середовища. Це, як інформаційний сигнал, що вказує про наближення небезпеки та адаптує поведінку людини до ситуації, що виникла. Механізм виникнення реальної тривоги зображено на рис 1.1.

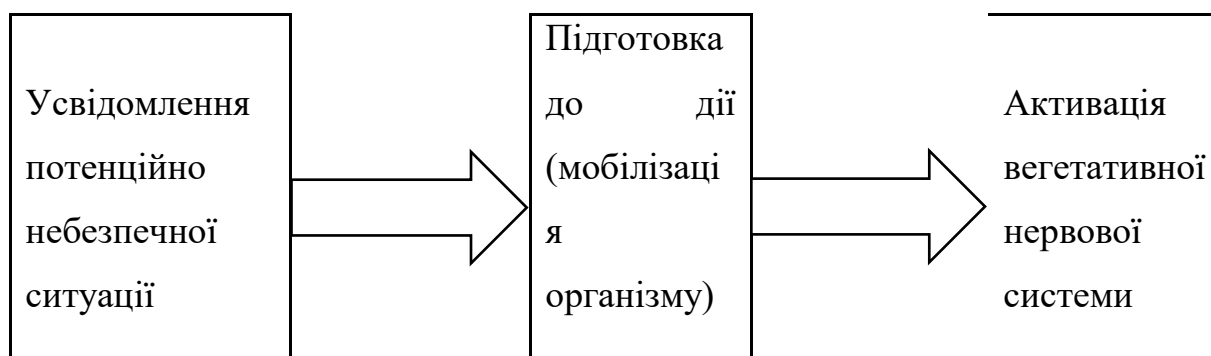


Рис.1.1 Механізм виникнення реалістичної тривоги за Зигмундом Фрейдом

До першої функції, можна віднести те, що даний вид тривоги попереджає людину про реально існуючу небезпеку і дає час для відреагування. Другою функцією є – захисна, вона оптимізує так поведінку людини, щоб уникнути або нейтралізувати небезпеку. Прикладом тут виступають такі поняття, як «біжи» або «бий». І третьою є мобілізаційна функція, яка полягає у підвищеній фізичній та психічній готовності до подолання небезпечної ситуації, що виникла.

Невротична тривога – це емоційний стан людини, що є наслідком внутрішнього конфлікту між несвідомим «Воно» та свідомим «Я». Цей вид тривоги не має реальних підстав з боку зовнішнього світу, це – психологічне

напруження, пов'язане з несвідомими потягами, які лякають своєю потенційною реалізацією. На рисунку 1.2 відображено механізм виникнення невротичної тривоги.

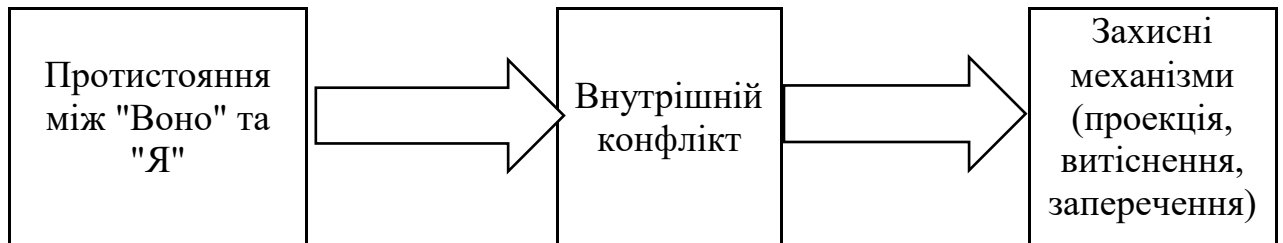


Рис.1.2 Механізм виникнення невротичної тривоги за Зигмундом Фрейдом

Сигнальна функція невротичної тривоги, дає зрозуміти, що є внутрішній конфлікт і може виникнути реальна загроза для психіки людини. Мобілізаційна функція провокує психіку людини знаходити варіанти, щоб не допустити реалізації заборонених імпульсів. Регулятивна функція невротичної тривоги, проявляється в тому, щоб контролювати поведінку людини, так, щоб звести до мінімуму виникнення небажаних наслідків для себе та оточуючих. Невротична тривога є характерною при фобіях, obsesивно-компульсивних розладах та генералізованій тривожності.

Моральна тривога за З. Фрейдом – це тип тривоги пов'язаний із внутрішніми моральними та етичними нормами, які виникли на основі того, що «Над-Я» засуджує поведінку та думки людини, наслідком чого є почуття провини, сорому та тривоги. На рис.1.3 показано механізм виникнення моральної тривоги.

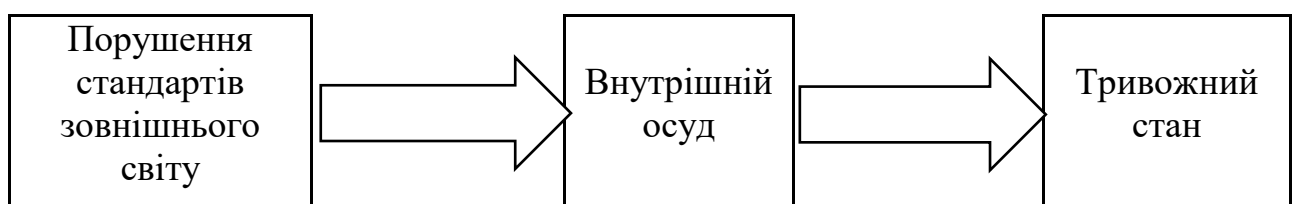


Рис.1.3 Механізм виникнення моральної тривоги за З. Фрейдом

Регулятивна функція моральної тривоги спрямовує людину до дотримання норм і правил оточуючого світу. Другою функцією моральної тривоги є попереджувальна – вона вказує людині про соціальну та моральну відповідальність за свої дії та в деяких випадках бездіяння. Третьою є корекційна функція – спрямовує людину до аналізу її поведінки та самоконтролю. Даний вид тривоги може виникати без наявності реальної небезпеки та призводити до самокритики, хронічного стану провини, депресивних станів.

3. Фрейд у своєму психоаналітичному підході заклав основу розуміння механізмів тривожних станів. Він вважав, що основна робота з клієнтом повинна полягати в тому, щоб допомогти йому усвідомити несвідомі конфлікти, які є основою симптомів.

Аарон Бек американський психотерапевт, професор Пенсільванського університету, розробник напряму - когнітивна терапія, одним із перших системно описав механізми формування тривожних розладів внаслідок спотворення мислення людини. Під «спотвореним мисленням» або ще інколи використовують поняття «когнітивні викривлення» він мав на увазі – неправильний, протилежний раціональному, однобокий погляд людини на трактування подій, що відбуваються навколо неї. Така інтерпретація реальності, призводить до появи у людини - провини, розпачу, сорому, страху, тривоги та інших негативних емоцій. Люди, які схильні до когнітивних викривлень тлумачать повсякденні звичайні рутинні події, як потенційну загрозу їх життю, при цьому недооцінюючи власні сили, що можуть допомогти їм у вирішенні даної ситуації. Отже, Аарон Бек у своїй теорії роз'яснював, що джерелом тривоги є автоматичні думки людини, а не реальні події зовнішнього світу. Автоматичні думки – це спотворені несвідомі тлумачення ситуацій, що виникають протягом життя людини, головна їх особливість це – миттєвість появи.

На його думку, кожна особа також має свої когнітивні схеми – це ментальний фільтр через який оцінюється кожна подія, робляться висновки, та як наслідок призводить до виникнення тої чи іншої емоції. Ці схеми так само, як і автоматичні думки з'являються автоматично поза усвідомленням людини.

Когнітивні схеми у людини можуть бути адаптивними і мати позитивний вплив на її життя, але дуже часто вони є дисфункційними та призводять до виникнення негативних наслідків. На рисунку 1.4 зображено когнітивна модель А. Бека.

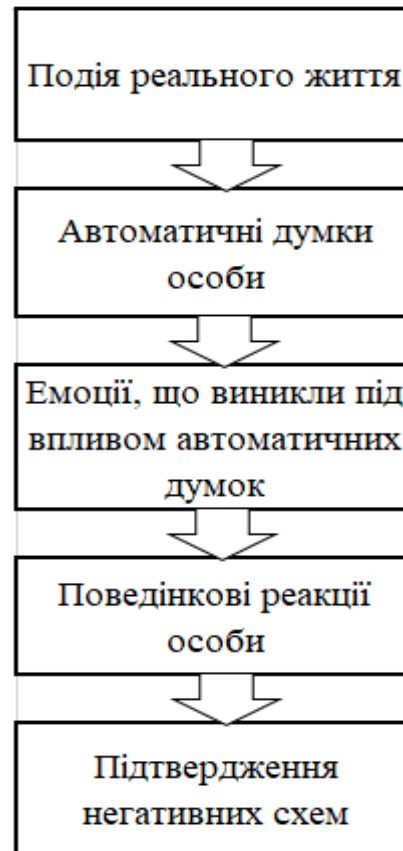


Рис. 1.4 Когнітивна модель тривоги Аарона Бека

А. Бек запропонував спочатку виявляти та усвідомлювати когнітивні викривлення, а потім за допомогою технік когнітивної реструктуризації, експозиційних технік, роботою з автоматичними думками, навчити людину змінювати їх на більш конструктивні та реалістичні. Внаслідок корекції спотвореного мислення змінюється поведінка людини та її емоції. У своїй роботі Когнітивна терапія тривожних розладів А. Бек та Емері в 1985р. описали, як формується тривога, стратегію терапевтичної роботи, та методи когнітивної корекції людей з тривогою. В таблиці 1.2 ми провели порівняння поглядів на тривогу А. Бека, З. Фрейда та Ч. Спілбергера.

Таблиця 1.2

Концептуальні підходи до тривожності А. Бека, З. Фрейда та
Ч. Спілбергера

Критерій	Аарон Бек	Зигмунд Фрейд	Ч. Спілбергер
Природа тривоги	Емоційний стан, що виникає через спотворене мислення та негативні автоматичні думки; пов'язана з когнітивним сприйняттям загрози.	Психічний прояв конфлікту між несвідомими бажаннями та моральними чи соціальними обмеженнями; сигнал внутрішньої напруги.	Емоційна реакція, яка може бути тимчасовою (стан) або стабільною характеристикою особистості (рису).
Причини прояву	Негативні когнітивні схеми та хибні інтерпретації подій.	Несвідомі імпульси та внутрішні протиріччя, що викликають страх.	Для стану: конкретні ситуації; для риси: індивідуальні особливості, темперамент та життєвий досвід.
Основний акцент	Мислення та сприйняття; когнітивні процеси, що формують тривогу.	Психічні конфлікти та несвідомі процеси.	Взаємодія тимчасових станів і стійких рис особистості; стабільність у часі.

Види тривожності	Поділ на типи не виділяється; увага на когнітивних спотвореннях.	Тривога як сигнал конфлікту: реалістична, невротична, моральна.	Тривожність-стан (тимчасова) та тривожність-рису (стійка характеристика).
Функціональна роль	Мобілізує психічні ресурси для оцінки загрози; при спотворених переконаннях може бути шкідливою.	Виконує захисну роль, попереджає про внутрішній конфлікт або моральну небезпеку.	Може допомагати (адаптивна) або шкодити (дезадаптивна) психологічній стійкості та продуктивності.
Методи подолання	Когнітивно-поведінкова терапія: зміна хибних думок та переконань.	Психоаналітична робота: усвідомлення несвідомих конфліктів.	Психотерапія, релаксаційні методики та робота зі стресовими реакціями; залежить від типу тривожності.
Природа тривоги	Емоційний стан, що виникає через спотворене мислення та негативні автоматичні думки; пов'язана з когнітивним	Психічний прояв конфлікту між несвідомими бажаннями та моральними чи соціальними обмеженнями; сигнал	Емоційна реакція, яка може бути тимчасовою (стан) або стабільною характеристикою особистості (рису).

	сприйняттям загрози.	внутрішньої напруги.	
--	-------------------------	-------------------------	--

Порівняння підходів А. Бека, З. Фрейда та Ч. Спілбергера демонструє різноманітність пояснень природи тривоги: Аарон Бек акцентує на когнітивних процесах і спотворених переконаннях, Зигмунд Фрейд розглядає тривогу як сигнал внутрішніх психічних конфліктів, а Ч. Спілбергер виокремлює тимчасові стани і стійкі риси особистості. Це підкреслює, що тривожність має багатовимірну природу, поєднуючи емоційні, когнітивні та особистісні аспекти.

Основними факторами, що призводять до виникнення тривожних станів у людей є:

- травматичні події, які пережила особа впродовж свого життя. Найпоширеніші з них психологічні травми дитинства, насильство, як фізичне так і психологічне, розпад сім'ї, смерть родичів чи людей з близького оточення, була свідком або учасником трагічних подій, переїзд та ін.;
- перебування тривалий час в стресовому стані, до них можна віднести складні умови праці, що призводять до постійної втоми і вигорання, фінансова скрута, проблеми в родині та сімейному житті;
- значний дисбаланс в головному мозку таких медіаторів, гамма-аміномасляної кислоти, серотоніну та дофаміну;
- спадковість;
- негаразди зі здоров'ям, частіше це хронічні захворювання щитоподібної залози, хвороби серця, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи, патології нервової та психічної діяльності;
- особистісні індивідуальні риси, такі як замкненість, підвищена обережність, чутливість, вразливість, залежність від думки оточуючих, перфекціонізм, самокритичність;
- вживання наркотичних препаратів, алкоголю, паління та вдихання нікотиновмісних речовин, ускладнення пов'язані з прийомом ліків,

вживання великих доз енергетичних напоїв, які в своєму складі мають кофеїн.

Посилення роботи вегетативної нервової системи є наслідком того, що людина тривалий час перебуває в тривожному стані. Це проявляється у головному болі, апатії, гіперемії, гіпергідрозі, діареях, треморі, хронічній втомі, слабкості, проблемах зі сном, розширенні зіниць.

Підсумовуючи вищезазначене, слід відзначити, що доцільно розглядати поняття «тривожний стан» розділяючи тривожність на «ситуативну» (інша назва, яка використовується в науковій літературі «реактивну») та «особистісну» (інша назва «активну»).

До причин, які найчастіше спричиняють виникнення тривожних станів, відносять генетику, психологічні травми, хвороби, дисбаланс медіаторів, постійні стреси та багато інших. Війна стала ключовим чинником підвищення рівня тривожності серед українського населення, адже вона супроводжується загрозами життю, втратами та соціальною нестабільністю.

Психологічні аспекти тривожних станів у людини відображають її внутрішні переживання, емоційний стан і процеси сприйняття та обробки інформації, а фізичні аспекти в свою чергу – те як тіло реагує на стресові ситуації.

1.2. Система роботи з супроводу осіб із тривожними станами

Система роботи з супроводу осіб із тривожними станами являє собою комплекс інтервенцій, невід'ємними складовими якого є такі компоненти:

1) психодіагностика. На даному етапі роботи з клієнтом виявляють причини, що призвели до появи тривожного стану. Для обстеження використовують клінічне інтерв'ю, анкетування, психодіагностичні тести для визначення типу та рівня тривоги та диференційна діагностика [26]. Диференційна діагностика проводиться для того, щоб виключити інші стани, які

можуть мати схожі симптоми. Схожі симптоми мають такі соматичні захворювання, як гіпертиреоз, серцево-судинні захворювання, гіпоглікемія та ін. Для цього проводиться збір анамнезу та фізикальне обстеження [30], лабораторні тести, інструментальні обстеження. Для повноцінної диференціації діагнозу необхідно виключити вживання клієнтом психоактивних речовин та наявність у нього інших психічних розладів, а саме депресивних розладів, панічних атак та розладів адаптації.

2) психотерапевтична підтримка клієнта. Даний компонент може включати, як індивідуальну так і групову терапію, або їх поєднання. На цьому етапі роботи з клієнтом фахівці використовують методи когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, психоаналіз, тренінги з управління стресом, майндфулнес, медитації та методи релаксації.

3) медикаментозне лікування. Лікарі-психіатри можуть призначати протитривожні препарати та антидепресанти для полегшення симптомів тривоги, проте це робиться під суворим медичним наглядом. Дуже часто на практиці медикаментозне лікування поєднують з психотерапією, це дає швидший і триваліший ефект в лікуванні осіб із тривожними станами.

4) формування навичок самопомоги у клієнта. На цьому етапі роботи фахівець навчає клієнта технікам усвідомленості (майндфулнес) [12], дихальним вправам, фізичним методам відновлення, здоровому способу життя, веденню щоденника та інші[8].

Система роботи з особами, що перебувають в тривожному стані є комплексною і відбувається на багатьох рівнях, включаючи психодіагностику, психотерапевтичну підтримку, медикаментозне лікування та формування навичок самопомоги. Такий підхід дозволяє не тільки впоратися з вже наявним тривожним станом, а й попередити рецидиви, що говорить про його результативність.

Тривожні розлади є однією з найпоширеніших форм психічних порушень у світі, що робить питання організації психологічної допомоги надзвичайно актуальним. Підходи до супроводу таких осіб значно відрізняються залежно від

культурного контексту, рівня розвитку медицини, системи освіти, соціальної політики та доступності психотерапевтичних послуг у різних державах.

У США діє добре структурована система психологічної підтримки, яка ґрунтується на принципах доказової практики. Основним методом є когнітивно-поведінкова терапія, яка вважається найбільш ефективною для зменшення проявів тривожності. Крім індивідуальних консультацій, широко використовуються групові програми, онлайн-консультування та короткотривалі терапевтичні інтервенції, що спрямовані на розвиток навичок самоконтролю, управління думками та фізіологічними реакціями. Важливу роль відіграє діяльність таких установ, як Національний інститут психічного здоров'я (NIMH) та Американська психологічна асоціація (APA), які визначають стандарти роботи, проводять навчання для спеціалістів і реалізують просвітницькі кампанії для населення.

У країнах Європейського Союзу психологічний супровід часто інтегрований у систему охорони здоров'я. У Великій Британії діє програма IAPT (Improving Access to Psychological Therapies), що забезпечує безкоштовний доступ до КПТ, майндфулнес-терапії, психоосвіти та груп підтримки. У Німеччині та Нідерландах активно функціонують центри психічного здоров'я, де психотерапевти, психіатри та соціальні працівники працюють у складі мультидисциплінарних команд. Така організація дозволяє поєднати психотерапевтичний, медикаментозний та соціальний супровід пацієнтів.

У Скандинавських країнах (Швеція, Данія, Норвегія) велика увага приділяється профілактиці тривожних станів, розвитку стресостійкості та створенню здорового робочого середовища. Психологічна допомога зазвичай інтегрована в первинну медичну ланку, а лікар загальної практики може направити пацієнта до психолога; ці послуги покриваються державним страхуванням. Значну роль відіграють також просвітницькі програми, спрямовані на формування позитивного ставлення населення до звернення за психологічною підтримкою.

У Канаді система супроводу поєднує державні та недержавні ініціативи. Велику роль відіграють громадські організації та волонтерські програми, що проводять психоосвітні заходи, телефонні лінії підтримки та онлайн-групи для осіб із тривожними станами. У навчальних закладах працюють шкільні психологи, які здійснюють раннє виявлення емоційних порушень і профілактику тривожності у дітей та підлітків.

В Україні система психологічного супроводу осіб із тривожними станами перебуває на етапі розвитку. За останні роки збільшилась увага до ментального здоров'я, з'явилися центри психічного здоров'я, розробляються освітні програми для психологів і психотерапевтів за міжнародними стандартами. Водночас існують проблеми: обмежена кількість державних фахівців, низький рівень інформованості населення та часткова стигматизація психічних розладів. Позитивним є активний розвиток онлайн-платформ психологічної підтримки, кризових ліній, а також використання КІТ і релаксаційних технік у практичній діяльності психологів.

Отже, досвід різних країн демонструє, що ефективна система супроводу осіб із тривожними станами має бути доступною, науково обґрунтованою, багаторівневою та спрямованою на профілактику. Україні важливо адаптувати міжнародні практики, зокрема інтегрувати психологічні послуги у первинну медицину, підвищити кваліфікацію фахівців та формувати культуру психологічної грамотності серед населення. В таблиці 1.3 наведено порівняння організації роботи з супроводу осіб із тривожними станами в США, Скандинавських країнах та Україні за основними критеріями: структурою системи, методами роботи, профілактичною діяльністю, міждисциплінарною взаємодією, доступністю послуг, роллю держави, ставленням суспільства та використанням сучасних технологій.

Таблиця 1.3

«Порівняльна характеристика системи супроводу осіб із тривожними станами в США, Скандинавських країнах і Україні»

Критерій порівняння	США	Скандинавські країни (Швеція, Норвегія, Данія)	Україна
1. Загальна структура системи допомоги	Система має чітку багаторівневу структуру: первинна діагностика, психотерапія (індивідуальна, групова), реабілітація, післятерапевтичний супровід. Психологічна допомога є інтегрованою частиною охорони здоров'я.	Модель побудована на принципі доступності — психологічна підтримка входить до первинної медичної допомоги. Активно функціонують муніципальні центри психічного здоров'я, що працюють за міждисциплінарним принципом.	В Україні система супроводу лише формується: існують окремі державні та приватні центри психологічної допомоги, але відсутня єдина інтегрована мережа. Основне навантаження лягає на приватних психологів і волонтерські ініціативи.
2. Основні підходи та методи роботи	Провідна роль належить когнітивно-поведінковій	Використовуються КПТ, методи релаксації, майндфулнес і	Найчастіше застосовуються інтегративний, гуманістичний і

	<p>терапії (КПТ), майндфулнес-підходам, АСТ-терапії, психоосвітнім програмам і методам управління стресом. Використовуються короткотривалі, структуровані інтервенції з доказовою ефективністю.</p>	<p>тілесно-орієнтовані техніки. Основний акцент робиться на розвитку навичок саморегуляції, емоційної стійкості та профілактиці вигорання.</p>	<p>психодинамічний підходи. КПТ та релаксаційні техніки активно впроваджуються останніми роками, зокрема через навчальні програми для практичних психологів.</p>
<p>3. Організація профілактичної діяльності</p>	<p>Держава реалізує масштабні програми профілактики тривожних розладів: шкільні тренінги, психоосвітні курси для дорослих, корпоративні програми підтримки</p>	<p>Профілактична робота — ключовий елемент системи. У школах, університетах та громадах діють програми формування психологічної грамотності, розвитку стресостійкості, запобігання вигоранню.</p>	<p>Профілактика має епізодичний характер. Діяльність у цьому напрямі частіше ініціюють громадські організації або міжнародні проекти. Державні профілактичні програми лише</p>

	ментального здоров'я.		починають формуватись.
4. Міждисциплінарна взаємодія фахівців	Поширена модель командної роботи: психотерапевт, психіатр, лікар, соціальний працівник та консультант із психічного здоров'я. Такий підхід забезпечує цілісність допомоги.	Діє система співпраці психологів із сімейними лікарями, педагогами, соціальними службами. Мультидисциплінарні команди координуються місцевими муніципалітетами.	Взаємодія між фахівцями різних сфер відбувається переважно на локальному рівні. Міждисциплінарна модель ще не стала системною практикою.
5. Доступність і фінансування послуг	Більшість психологічних послуг фінансується через страхові програми. Існує велика кількість безкоштовних або частково оплачуваних клінік.	Послуги психолога покриваються державними страховими програмами. Громадяни мають гарантований доступ до безкоштовної консультації психолога або психотерапевта.	Переважна частина послуг є платною. Державне фінансування охоплює лише окремі категорії населення (військових, переселенців, учасників бойових дій).
6. Державна політика у сфері	Активна участь державних	Держава координує політику	В Україні з 2021 р. реалізується

ментального здоров'я	інституцій (NIMH, АРА). Фінансуються дослідження, освітні програми, національні кампанії інформування населення.	ментального благополуччя через національні стратегії. Значна увага приділяється превенції, соціальній інтеграції та ранньому втручанню.	Національна програма охорони психічного здоров'я. Створюються центри ментального здоров'я при лікарнях, але система ще недостатньо розгалужена.
7. Ставлення суспільства до психологічної допомоги	Звернення по психологічну допомогу вважається частиною культури самопіклування. Високий рівень довіри до психологів.	Високий рівень соціальної відкритості, розуміння важливості ментального здоров'я. Відсутність стигматизації.	Спостерігаються позитивні зрушення: зменшується страх перед зверненням до психолога, але певні упередження ще залишаються, особливо серед старшого покоління.

Аналіз свідчить, що США та скандинавські країни мають високорозвинену, науково обґрунтовану і соціально орієнтовану систему

супроводу осіб із тривожними станами, яка поєднує профілактику, терапію та реабілітацію. В Україні ця система перебуває на етапі становлення, демонструючи поступову інтеграцію сучасних методів (КПТ, релаксаційні практики, онлайн-допомога) та розвиток державних програм ментального здоров'я. Однак для досягнення ефективності необхідно розширити мережу центрів, посилити державне фінансування, забезпечити підготовку фахівців за міжнародними стандартами й формувати позитивне ставлення суспільства до психологічної підтримки.

1.3. Роль фізичної активності та релаксаційних методів у регуляції психоемоційного стану людини

Фізична активність відіграє одну з головних ролей в подоланні тривожності і тривожних станів [28]. Під час виконання фізичних вправ покращується циркуляція крові збільшується подача кисню, поживних речовин в мозок, всі групи м'язової маси, суглоби людини. М'язи збільшуються у розмірі, покращується їх еластичність та швидкісна сила. Така робота м'язів є посиленням навантаженням на серцево-судинну, дихальну, нервово-м'язову та інші системи людського організму, що покращує функціональні можливості та резистентність до негативних чинників зовнішнього середовища. Регулярні заняття аеробними вправами найбільшу користь приносять м'язам та опорно-руховому апарату[7,17,31].

Під час виконання вправ в м'язах утворюється тепло, я вторинний продукт розкладання поживних речовин для отримання енергії [18]. Для зниження температури тіла людський організм посилює циркуляцію крові, тепло переноситься до поверхні шкіри та відбувається посилене виділення поту. Ця фізіологічна реакція організму під час тренувань або фізичних навантажень є частиною природного механізму терморегуляції під час якого посилюється викид гормонів стресу таких, як кортизол та адреналін.

Зниження цих гормонів стабілізує роботу нервової системи, знижує артеріальний тиск, покращує сон людини, сприяє вирівнюванню рівня глюкози в організмі, сприяє психоемоційній рівновазі, покращенню концентрації уваги, зменшенню проявів тривожності та тривожних станів.

Посилена циркуляція крові в організмі також сприяє покращенню обміну речовин. Це досягається через роботу взаємопов'язаних механізмів, до яких відносять:

- покращення гормонального обміну. Це досягається тим, що гормони швидше досягають органів-мішеней, при цьому регулюючи рівновагу енергетичних процесів та процесів синтезу;
- швидше та у більшій кількості надходження амінокислот, глюкози, жирних кислот;
- ефективніше виведення вуглекислого газу, молочної кислоти та інших продуктів обміну, перешкоджаючи їхньому накопиченню в організмі людини;
- покращення доставки субстратів (амінокислоти, жирні кислоти, глюкоза) і коферментів (коензим А, ТПФ, біотин, FAD/FAD₂, NAD⁺/NADH) до клітини;
- ефективніший розподіл тепла через кров, що створює стає внутрішнє середовище для оптимального функціонування ферментних систем і клітинних метаболічних процесів.

Під час фізичної активності в мозку людини проходять нейрохімічні процеси з вироблення таких медіаторів «спокою», як серотонін, дофамін та ендорфіни, що відповідають за передачу імпульсів між нервовими клітинами [36,37].

Серотонін є один з основних нейромедіаторів, який відповідає за регуляцію тривожності та тривожного стану. Механізм його дії полягає в регуляції роботи амігдали. При підвищенні рівня серотоніну йде зниження гіперактивації роботи амігдали, і як наслідок знижує силу тривожних реакцій.

Другим механізмом є регуляція нейромедіаторного балансу. Завдяки цьому встановлюється рівновага між такими системами, як серотонінова, дофамінова та норадреналінова.

Третім механізмом є активація роботи префронтальної кори головного мозку людини. Тут серотонін підсилює гальмівні сигнали на лімбічні структури і відбувається кращий контроль людиною своїх емоцій.

До четвертого механізму відноситься – регуляція серотоніном сну, апетиту, больових відчуттів та робота ШКТ. Серотонінові рецептори знижують нейрональне збудження, що сприяє релаксації і кращому засинанню.

Лікарі-психіатри в терапії з пацієнтами, що мають тривожні стани широко використовують препарати - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну для підвищення рівня серотоніну в синапсах.

В регуляції психоемоційного стану людини основоположну роль також мають методи релаксації. Згідно Економічного словника Й.С. Завадського (2006) релаксація (англ. relaxation) – розслаблення або суттєве зниження м'язової та психічної активності людини, що дає змогу забезпечити відпочинок, спокій у разі перевтомлення[25].

Методи релаксації – це поєднання психологічних технік та фізіологічних методів регуляції направлених на зниження стесу, напруги, тривожності, тривожних станів та відновлення внутрішньої емоційної гармонії.

До цих методів відносять дихальні вправи, методи релаксації, аутогенне тренування за Шульцом, сугестивну терапію, музична терапія, медитацію та багато інших.

Під час перебування людини у стресових ситуаціях, активується симпатична нервова система внаслідок чого збільшується вироблення адреналіну та норадреналіну. Що провокує прискорену роботу серця, зростає артеріальний тиск, дихання стає поверхневим, м'язи напружуються. Під час виконання людиною технік релаксації проходить процес гальмування симпатичної системи – сповільнюється серцевий ритм, зменшується тонус

м'язів, внаслідок зменшення тонусу периферичних судин йде зниження артеріального тиску.

На етапі входження в стан розслаблення активується парасимпатична нервова система, це призводить до того, що зменшується частота серцевих скорочень, дихання уповільнюється і стає глибшим, зменшується тривога і людина стає спокійнішою.

Діафрагмальне, повільне та ритмічне дихання є дуже важливим для організму людини [33]. Тому що гіпервентиляція при поверхневому грудному диханні може викликати запаморочення, тремтіння, відчуття задухи. В таблиці 1.4 проведено порівняння впливу фізичної активності та методів релаксації на тривожний стан особи за видом активності/методом, механізмом дії, психоемоційним ефектом.

Таблиця 1.4

Вплив фізичних вправ та релаксаційних методик на психоемоційний стан людини

Категорія	Метод / вид активності	Механізм дії	Психоемоційний ефект	Джерела / автори
Фізична активність	Аеробні навантаження (біг, плавання, їзда на велосипеді)	Підвищують рівень ендорфінів та серотоніну, знижують концентрацію стресового гормону кортизолу	Поліпшення настрою, зменшення тривожності та депресивних симптомів, підвищення стресостійкості	Salmon, 2001; Craft & Perna, 2004

	Силові тренування	Стабілізація гормонального фону, зменшення м'язового напруження	Зростання впевненості, зниження психоемоційної напруги	Dishman et al., 2006
	Групові заняття спортом	Формування соціальної підтримки, відчуття приналежності	Зниження самотності, покращення емоційного стану	Babyak et al., 2000
Релаксаційні методи	Дихальні вправи	Регулюють ритм дихання, зменшують активність симпатичної нервової системи	Зниження тривожності, стабілізація психоемоційного стану	McEwen, 2007
	Прогресивне розслаблення м'язів	Поступове напруження та розслаблення груп м'язів	Зменшення фізіологічного напруження, покращення якості сну	McEwen, 2007
	Медитація та майндфулнес	Усвідомлене спостереження за внутрішніми станами	Зменшення стресу, розвиток самоконтролю та	Kabat-Zinn, 2003

			концентрації уваги	
Комплексний підхід	Поєднання фізичних вправ із релаксаційними методами	Синергія фізіологічного та психологічного впливу	Зниження тривожності, стабілізація настрою, покращення сну та загальної психоемоційної стійкості	Herring et al., 2010; Babyak et al., 2000

З огляду на вище зазначене, можна вважати, що фізична активність та релаксаційні техніки сповільнюють функціонування симпатичної нервової системи, стимулюють парасимпатичну та відновлюють фізіологічний баланс організму людини, що перебуває в тривожному стані.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

2.1 Методика та процедура проведення дослідження

У першому розділі магістерського дослідження було здійснено всебічний теоретичний аналіз феномену тривожних станів особистості, розкрито їхню психологічну природу, внутрішні механізми формування, а також охарактеризовано вплив фізичної активності й методів релаксації на зниження емоційної напруги та стабілізацію психоемоційного стану. Відповідно до завдань дослідження, другий розділ присвячено емпіричному вивченню зазначеної проблеми. У ньому подано детальний опис організації, методики та процедури проведення експериментальної частини, спрямованої на визначення ефективності впровадження засобів фізичної активності та релаксаційних технік у процес психологічного супроводу осіб із підвищеною тривожністю. Основною метою емпіричної частини стало підтвердження гіпотези про те, що систематичне використання технік розслаблення та регулярних фізичних вправ позитивно впливає на психоемоційний стан людини, знижує рівень тривожності та сприяє підвищенню загального рівня психологічного благополуччя. Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання дослідження: з'ясувати вихідний рівень тривожності респондентів із застосуванням стандартизованих і валідних психодіагностичних методик; розробити та впровадити програму, що поєднує елементи фізичної активності та релаксаційних практик; провести повторне тестування після завершення програми з метою оцінювання динаміки показників; здійснити комплексний кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних даних і сформулювати висновки за результатами дослідження. На рисунку 2.1 зображена схема проведення емпіричного дослідження, що включає хронологічну послідовність етапів.

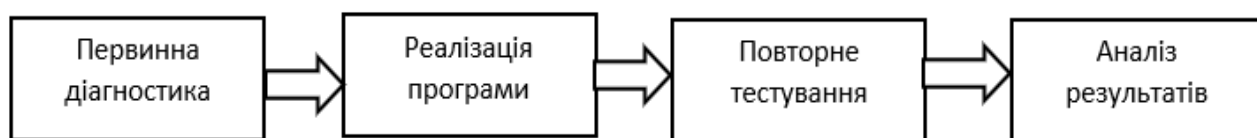


Рис.2.1 Схема організації емпіричного дослідження

Для проведення емпіричного дослідження впливу застосування методів релаксації та фізичної активності в супроводі осіб із тривожними станами ми використали Опитувальник особистісної та ситуаційної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) [46] (Додаток 1), Шкала суб'єктивного рівня дистресу (SUDS) (Додаток 2) та анкета, яка включала відомості про вік, стать респондента, бажання прийняти участь в повторному тестуванні та засоби зв'язку (номер телефона) (Додаток 3). Дослідження проводилося двічі, первинне та повторне після імплементації фізичної активності та технік релаксації в повсякденне життя учасників.

Опитувальник Спілбергера-Ханіна є інструментом, що оцінює тривожність особистості в контексті її стану та риси характеру. Його розробив у 1970 році американський психолог, спеціаліст по клінічній психології, психометриці, психології особистості, емоцій та стресу Ч.Д. Спілбергер. Адаптацію провів у 1978 році Ю.Л. Ханін.

Така тривожність, як реакція на стрес у різних людей проявляється з різною інтенсивністю, динамікою та мінлива за часом. О.С. Чабан у своїй книзі Практична психосоматика: діагностичні шкали (2016р.) визначає, що реактивна тривожність людини, як стан виділяється суб'єктивно прожитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, «нервозності», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Високе значення показника реактивної тривожності особи при обстеженні вказує на сильну емоційно-психологічну напругу. Даний показник відображає реакцію на коливання психічного та емоційного стану людини під час лікування і являється найоптимальнішим для оцінювання результативності психотерапевтичної роботи.

Опитувальник Спілбергера-Ханіна включає 40 питань, перші двадцять для оцінки реактивної тривожності (Опитувальник А) та наступні двадцять для оцінки особистісної тривожності (Опитувальник Б). Якщо є потреба дослідити тільки один вид тривожності, то можна використати тільки один з них.

Застосовують дане опитування як індивідуально так і в групах. Інструкція до Опитувальника А та Опитувальника Б є однаковою: прочитайте кожне з запропонованих питань і закресліть відповідну цифру праворуч, яка найбільше відповідає вашому теперішньому стану. Довго з відповіддю не вагайтеся, так як тут немає правильних і неправильних відповідей. На кожне питання має бути тільки одна відповідь.

Оцінка результатів. При відповіді на питання «ніколи»- вказує про відсутність тривоги, «майже ніколи» - легкий ступінь, «часто» - середній ступінь тривоги, «майже завжди» - людина постійно відчуває тривогу. В опитувальнику є «зворотні» питання, їх оцінка буде проводитись за зворотним принципом.

Показник реактивно тривожності (Тр) рахують за формулою 2.1:

$$Тр=ЕРП-Еро+50 \quad (2.1)$$

де: ЕРП- сума балів за питаннями 3,4,6,7,9,12,14,15,17,18 (прямі питання),
Еро- сума балів 1,2,5,8,10,11,13,16,19,20 (зворотні питання).

Розрахунок особистісної тривожності (Тл) проводять за формулою (2.2):

$$Тл=ЕЛП-Ело+35 \quad (2.2)$$

де: ЕЛП- сума балів 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40 (прямі питання),
Ело- сума балів 21,26,27,30,33,36,39 (зворотні питання).

Інтерпретація результатів з Шкалою Спілбергера-Ханіна: до 30 балів – низький рівень тривожності, 31-40 балів – помірний рівень тривожності, більше 45 балів – високий рівень тривожності[24].

Коефіцієнти внутрішньої узгодженості по даній шкалі коливаються від 0,86 до 0,95, тест-ретестова надійність – від 0,65 до 0,75 після 2-місячного інтервалу (Spielberger et al., 1983). Повторне дослідження показало тест-

ретестову надійність на рівні 0,69-0,89. За свідченням автора шкала має високий показник валідності та надійний конструкт [41].

За Шкалою суб'єктивного рівня дистресу проводять еспрес-оцінювання власного рівня стресу та тривоги від 0 (немає страждань, повне розслаблення) до 100 (страждання, які не можна витерпіти, найсильніший дистрес). Дана шкала є простою у використанні при роботі з клієнтами, потрібно оцінити та записати рівень дистресу/тривоги клієнта від 0 до 100. Це розробка американського психіатра, психотерапевта, автора методу систематичної десенсибілізації Джозефа Вольпе (1969р.). Мета SUDS – розвивати навичку відстежувати власний рівень емоційного напруження в даний момент. Відповіді особи є суб'єктивними та унікальними на заданий момент часу, тому що на них впливають поточні думки та самопочуття. В таблиці 2.1 описано вказівки при роботі з шкалою SUDS [27], які пропонуємо респонденту.

Таблиця 2.1

Підказки для роботи з Шкалою суб'єктивного рівня дистресу

Сила стресу - SUDS	Показник	Приклади
0-12: Немає	Тіло	Розслаблений із нормальним пульсом і диханням
	Думки, почуття	«Я розслаблений, умиротворений, відчуваю легкість і безтурботність». Переважно позитивні емоції
	Поведінка	Жодних зовнішніх ознак тривоги
13 — 37: Низький	Тіло	Невелике підвищення напруги м'язів і зміна частоти дихання
	Думки, почуття	«Я трохи засмучений». Як правило, це не помітно для вас самих, якщо ви не звернете увагу на свої почуття і не зрозумієте: «Так, мене щось турбує»
	Поведінка	Інші можуть помітити зміни, якщо

		звернуть на це особливу увагу. Загалом без великих зовнішніх змін.
38 — 67: Помірний	Тіло	Зміни в диханні, прискорене серцебиття, сильніше потовиділення, збільшення напруги м'язів спини, щелепи тощо
	Думки, почуття	«Я точно засмучений». Це на такому рівні, що ви не можете легко проігнорувати неприємну думку. З неприємними відчуттями все ж можна впоратися, доклавши певних зусиль.
	Поведінка	Стискання щелепи, схвильований вигляд, ускладнення спілкування з іншими. Інші помічають напругу і можуть запитувати про це.
68-87: Високий	Тіло	Зміни в поставі, утруднене дихання, біль у животі, головний біль, біль у спині
	Думки, почуття	«Мене охопить паніка» «Мені потрібно піти звідси». Утримати контроль можна лише докладаючи великих зусиль.
	Поведінка	Втеча від ситуації. Інші люди бачать, що ви стривожені
88-99: Сильний	Тіло	Дуже прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість, блювота
	Думки, почуття	«Я божеволію». «Я не можу цього витримати». «Я помру». Нездатність зосередитися ні на чому іншому. Втрата контролю над своїми емоціями через паніку.
	Поведінка	Активно тікає із зони небезпеки
100: Максимум	Тіло	Сильне тремтіння, блювота, сильне потовиділення, головний біль

Думки, почуття	Цілковита нездатність спілкуватися, людина почувається погано, не може контролювати свої емоції, перебуває на межі нервового зриву, втішити її неможливо
Поведінка	Сидить, згорнувшись калачиком у кутку, інші телефонують 103 чи інші екстрені служби

Інструкція для респондента: перед початком та після завершення фізичної активності та релаксаційних технік оцініть свій рівень тривоги від 0 до 100 (0 – відсутність тривоги, 100 – дуже сильна тривога). Для того, щоб краще зрозуміти свій актуальний стан використайте подану таблицю 2.1.

Для більш зручної роботи та кращого візуального сприйняття респондентом використовують Шкалу суб'єктивного рівня дистресу у вигляді вертикальної лінійки, де 0 нижня точка, а 10 – найвища. Приклад даної лінійки наведено у додатку 4.

Шкала суб'єктивного рівня дистресу, Шкала Спілбергера-Ханіна та анкета для респондентів були об'єднані в один опитувальник з використанням Google Forms. Опитувальник розповсюджувався за допомогою таких месенджерів, як VIBER, Telegram, WhatsApp та соціальної мережі Facebook.

Респонденти були поінформовані, що у будь який момент дослідження вони можуть відмовитися від участі у ньому. При виникненні потреби у кризовій психологічній допомозі – можуть звернутися і отримати її безкоштовно. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів, визначених Гельсінською декларацією (1964 р., перегляди 2013 р.) [47] та Кодексом етики психолога [48]. Учасники добровільно надали інформовану згоду на участь у дослідженні, а всі отримані дані були анонімізовані та використовувалися виключно в наукових цілях. Респондентам, які під час тестування демонстрували високий рівень тривожності або значний емоційний дистрес, надавалися поради

щодо звернення за психологічною консультацією або виконання релаксаційних вправ для зниження напруження.

Для кількісного аналізу результатів використовувались методи описової статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, медіана), а також критерії перевірки гіпотез (тест Шапіро–Уїлка для перевірки нормальності розподілу, t-критерій Стьюдента для зв'язаних вибірок).

Обробка даних здійснювалася у програмному середовищі IBM SPSS Statistics 26.0 та Microsoft Excel 2019. Це дозволило визначити достовірність відмінностей між показниками до та після реалізації програми психофізичного супроводу.

У цьому розділі було представлено методику та процедуру проведення емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення впливу застосування технік релаксації та фізичної активності на рівень тривожних осіб. Для емпіричного збору даних використано валідні психодіагностичні методики: Опитувальник Спілбергера-Ханіна, Шкалу суб'єктивного дистресу та анкету для збору соціально-демографічної інформації.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Метою дослідження в даній магістерській роботі було емпірично дослідити, як вплине на психоемоційний стан групи осіб регулярна фізична активність (зокрема заняття стейчингом, лісотерапія) та релаксаційні техніки (дихальні вправи, Біосугестивна терапія). В першому тестуванні взяли участь 72 респонденти, в повторному - 30. Таким чином, група досліджуваний складає 30 осіб (n=30). За статтю група складається 3% - чоловіки та 97%- жінки.

Розподіл учасників дослідження за статтю

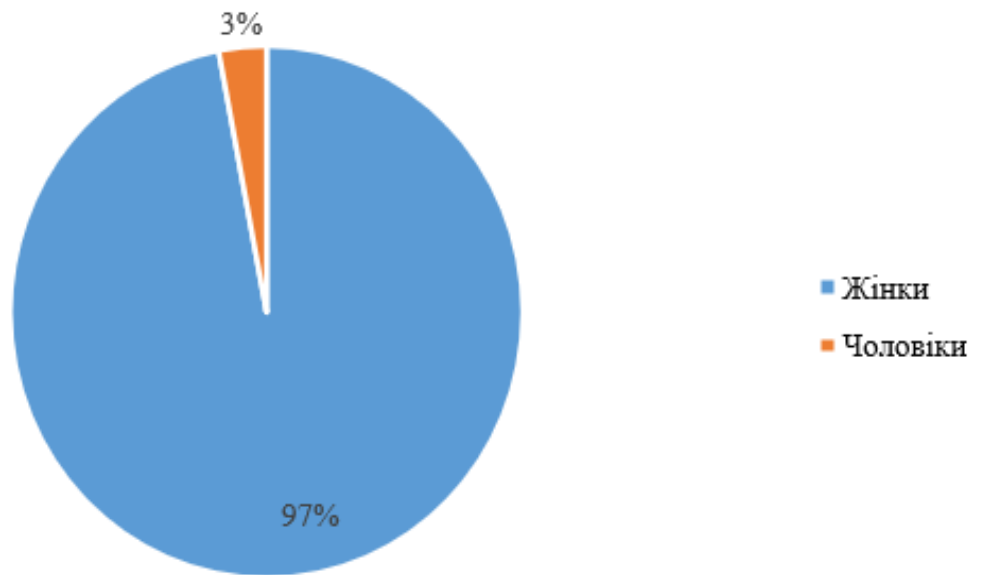


Рис.2.2 Розподіл учасників за статтю

В дослідженні брали участь повнолітні особи, наймолодшому учаснику 18 років, а найстаршому – 75р. Вся вибірка була розбита на 4 вікові групи:

- 1)18-25 років,
- 2)25-44 років,
- 3)44-60 років,
- 4)60-75 років.

Як показав проведений нами аналіз найбільша частка (50%) учасників дослідження входили в другу вікову групу від 25 до 44 років. Згідно класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я ця категорія осіб відноситься до молодого віку.

Розподіл учасників по вікових групах

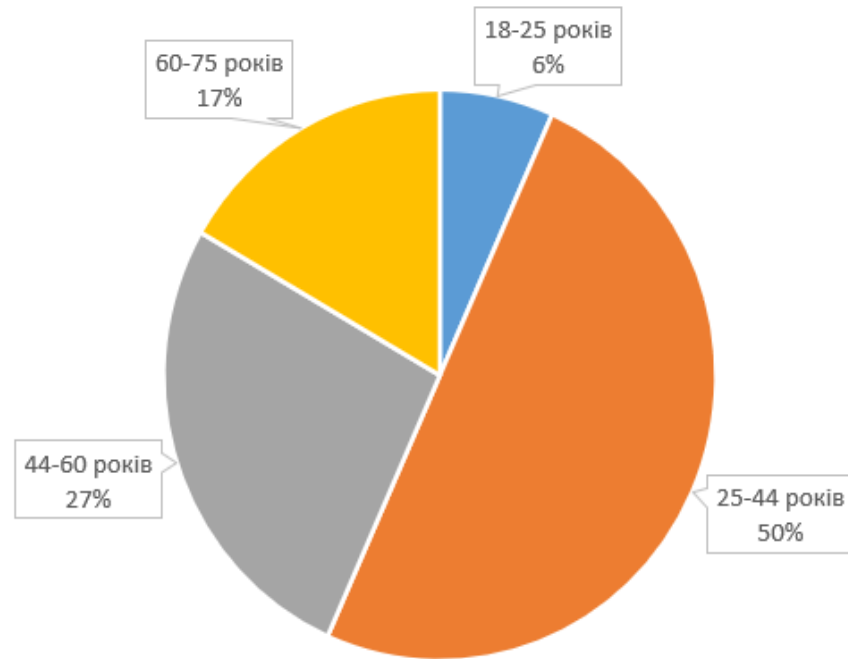


Рис.2.3 Розподіл учасників по вікових групах.

Перед початком імплементації розробленою нами програми підтримки в повсякденне життя респондентів їм було запропоновано самостійно оцінити свій психоемоційний стан за Шкалою суб'єктивного дистресу, отримані результати відображено на рис.2.4.



Рис.2.4 Шкала суб'єктивного дистресу перед впровадження програми підтримки

Перед впровадженням програми підтримки за Шкалою суб'єктивного дистресу респонденти демонстрували середній рівень суб'єктивного дистресу - 55,33. Діапазон значень був широким - від 20 до 90, що відображає значні індивідуальні відмінності серед учасників дослідження. Медіана складала - 54. За критерієм Шапіро-Уїлка, який має значення - 0,876, дані є нормально розподіленими, тобто є репрезентативними. Отримані результати, вказують на те, що більшість групи мають середній та високий рівень тривожності, що є обґрунтуванням того, щоб рекомендувати психологічну підтримку та релаксаційні методики.

Використовуючи опитувальник Спілбергера-Ханіна ми провели оцінку рівня тривожності учасників до впровадження програми підтримки. В табл.2.2 відображено, як розподілилася вибірка за рівнями двох видів тривожності.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнями реактивної та особистісної тривожності на початку дослідження

Шкала	Рівні тривожності		
	Низький, %	Помірний, %	Високий, %
Реактивна тривожність	7	37	56
Особистісна тривожність	13	17	70

Високий рівень тривожності, як реакції мали - 17 респондентів, що склало 56% із опитаних, 11 респондентів мали помірний рівень (37%) та 2 респонденти – низький (7%) (рис.2.5).



Рис.2.5 Розподіл респондентів за рівнем реактивної тривожності при первинному тестуванні

Низький рівень особистісної тривожності мали 4 респонденти (13%), 5 - помірний (17%) та 21 респондент (70%) мав високий рівень (рис.2.6).



Рис.2.6 Розподіл респондентів за рівнем особистісної тривожності при первинному тестуванні

З огляду на отримані дані, ми бачимо, що більше половини учасників (63%) мають високий рівень тривожності, 27% учасників мають помірний рівень та 10%- низький.

На наступному етапі дослідження було проведено аналіз даних з використанням програм Excel та SPSS Statistics [1,11,15,34]. Перший етап аналізу передбачав перевірку даних на нормальність розподілу. За допомогою тесту Шапіро-Уїлка ми перевірили, що дані є нормально розподілені. ШСД-1 показник склав – 0,876, це значення є >0.05 . Це вказує на те, що дана вибірка є репрезентативною.

Також було перевірено на нормальність розподілу даних отримані результати за опитувальником Спілбергера-Ханіна табл.2.3.

Таблиця 2.3

Результати перевірки нормальності розподілу показників тривожності за критерієм Шапіро-Уїлка

	Statistic	df	Sig.
реактивна тривожність-1	0,961	30	0,332
особистісна тривожність-1	0,933	30	0,059

Провівши розрахунки критерію Шапіро-Уїлка, ми визначили, що для реактивної тривожності на початку дослідження даний показник мав значення - 0,332, а для особистісної тривожності – 0,059. Отримані значення $>0,05$. Отже, дана вибірка адекватно відображає структуру та характеристики генеральної сукупності з якої вона була вибрана.

Висновки до II розділу

У другому розділі магістерського дослідження було представлено опис організації, методики та процедури проведення первинного емпіричного етапу, спрямованого на вивчення рівня тривожності у дорослих осіб різних вікових груп. Основна увага приділялася визначенню початкового психоемоційного стану респондентів до впровадження програми психофізичного супроводу, яка поєднує елементи фізичної активності та релаксаційних технік.

З метою комплексного вивчення тривожних станів було використано стандартизовані методики, які мають високі показники надійності та валідності: Опитувальник Спілбергера–Ханіна (STAI) для оцінювання реактивної та особистісної тривожності, а також Шкалу суб'єктивного рівня дистресу (SUDS) для вимірювання поточного рівня емоційного напруження. Додатково застосовувалася анкета соціально-демографічних даних, що дала змогу визначити вік, стать та готовність респондентів до участі в подальшому дослідженні.

Емпіричне дослідження проводилося в онлайн-форматі з використанням платформи Google Forms, що забезпечило зручність, анонімність та добровільність участі, відповідно до етичних норм, закріплених Гельсінською декларацією (1964, перегляд 2013 р.) та Кодексом етики психолога. До дослідження долучилися 72 особи, з яких у подальшому сформовано основну вибірку у складі 30 респондентів. За гендерним складом переважали жінки (97%), що узгоджується з даними сучасних досліджень про вищу схильність жінок до проявів тривожності та їхню більшу відкритість до участі в психологічних опитуваннях. Віковий діапазон учасників становив від 18 до 75 років, причому найбільшою була група віком 25–44 роки (50%), тобто особи молодого працездатного віку.

Отримані результати первинного тестування дали змогу визначити загальний емоційний фон і вираженість тривожних станів у вибірці. За Шкалою суб'єктивного дистресу середній показник склав 55,33 бала, що відповідає середньому рівню дистресу з тенденцією до високого, а розкид значень від 20 до 90 свідчить про значні індивідуальні відмінності у сприйнятті стресу.

Аналіз результатів за Опитувальником Спілбергера–Ханіна показав, що більшість респондентів характеризуються високим рівнем тривожності як особистісної (70%), так і реактивної (56%), тоді як низький рівень спостерігався лише у 7–13% учасників. Це свідчить про наявність у значної частини вибірки схильності до переживання тривоги як стабільного емоційного стану, що може бути наслідком хронічного стресу, інформаційного перевантаження,

невизначеності та соціально-психологічних наслідків воєнного періоду. Перевірка нормальності розподілу змінних за критерієм Шапіро–Уїлка підтвердила, що отримані дані мають нормальний розподіл ($p > 0,05$), а отже, вибірка є репрезентативною, а результати можуть бути використані для подальших статистичних обчислень і порівнянь на наступних етапах дослідження.

Проведене дослідження дозволило зробити такі узагальнення:

1. У більшості досліджуваних виявлено помірно-високі рівні тривожності, що вказує на необхідність психологічної підтримки та навчання навичкам саморегуляції.

2. Найбільш вразливою групою виявилися особи молодого та середнього віку, які мають найвищі показники реактивної тривожності, що може бути пов'язано з інтенсивним життєвим ритмом, професійними навантаженнями та соціальною нестабільністю.

3. Високі значення особистісної тривожності свідчать про схильність респондентів до тривалого переживання емоційної напруги, що зумовлює потребу у впровадженні цілеспрямованих психопрофілактичних заходів.

3. Обрані методики — STAI та SUDS — зарекомендували себе як інформативні інструменти для діагностики тривожних станів і можуть бути використані для подальшого моніторингу ефективності психокорекційних програм.

Отже, результати первинного етапу емпіричного дослідження створюють базу для подальшого аналізу впливу фізичної активності, дихальних вправ, біосугестивної терапії та лісотерапії на зниження рівня тривожності. У третьому розділі планується здійснити порівняльний аналіз показників до та після впровадження програми психологічної підтримки, що дозволить кількісно та якісно оцінити її ефективність і підтвердити робочу гіпотезу дослідження.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА СУПРОВОДУ ОСІБ ІЗ ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА РЕЛАКСАЦІЙНИХ МЕТОДІВ

3.1 Алгоритм застосування фізичної активності та релаксаційних методів у процес супроводу осіб із тривожними станами

В ході проведення первинного опитування учасників дослідження та оцінки результатів було виявлено, що 90% респондентів потребують психологічного супроводу для зниження тривожності. Для того щоб структурувати та систематизувати супровід нами було розроблено алгоритм супроводу осіб з тривожними станами та представлено в таблиці 3.1. Алгоритм складається з шести етапів, зміст кожного етапу був детально описаний, що давало чітке пояснення порядку дій та їх тривалості. Кожен з етапів передбачав отримання певного результату. Ці всі складові дають можливість застосовувати його масово у роботі з особами, що перебувають у тривожних станах.

Таблиця 3.1

Алгоритм супроводу осіб із тривожними станами із застосуванням фізичної активності та релаксаційних методів

Етап	Назва етапу	Зміст
1	Первинна діагностика	Визначення рівня тривожності (STAI, SUDS та ін.), з'ясування індивідуальних особливостей (стать, вік, рівень фізичної підготовки, стан здоров'я, протипоказання)
2	Розробка програми інтервенцій	Підбір форм фізичної активності, технік релаксації
3	Організація занять	Визначення структури заняття, встановлення тривалості та комфортного середовища
4	Виконання комплексу вправ	помірна фізична активність з поступовим підвищенням навантаження, включення дихальних вправ і методів релаксації

5	Рефлексія та самоконтроль	Обговорення відчуттів після заняття, навчання учасника самостійним технікам зниження тривоги, ведення щоденника самопочуття
6	Оцінка ефективності	Повторна діагностика рівня тривожності, аналіз динаміки показників, корекція програми відповідно до отриманих результатів

Проаналізувавши дані кожного респондента, їм було надіслано інтерпретацію результатів опитування та програму підтримки для зниження тривожності та тривожного стану (Додаток 4). Програма підтримки включала 4 елементи:

1) Сеанси біосугестивної терапії (БСТ). Це спеціальний психотехнічний метод, для корекції і лікування психосоматичних розладів, хронічної втоми, астенії, тривожних станів, стресу, втраті сенсу життя, зниженні пам'яті, проблемами з концентрацією уваги, порушенням сну та інших. Відповідно до Наказу МОЗ України від 13.12.2023р. №2118 про «Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю» метод Біосугестивної терапії може застосовуватись згідно до розділу «Нейролігвістична психотерапія (у тому числі Еріксонівська гіпнотерапія та інші методи, базовані на навіюванні та гіпнозі)» [16]. Сеанс триває 18 хв, протягом якого людина переходить у стан глибокої релаксації. Рекомендовано проходити від двох до семи сеансів на тиждень (онлайн чи очно з психологом) у групі не більше восьми чоловік, але можливі і індивідуальні сеанси. Метод БСТ був розроблений та застосований в 1994 році українським лікарем-терапевтом, психіатром Олександром Страшним, за псевдонімом Олександр Стражний. Опис процедури проведення сеансу біосугестивної терапії наведено на рисунку 3.1.



Рис.3.1 Хронологічна послідовність етапів проведення сеансу біосугестивної терапії

2) Дихальні вправи. Респондентам було запропоновано обрати одну з поміж таких технік, як Дихання «по квадрату», Почергове дихання ніздрями, Дихання з резонансною частотою та застосовувати щоденно [2,32,38]. В таблиці 3.2 вказано назву техніки, механізм її дії, основний ефект та рекомендована тривалість виконання. Метою створення таблиці 3.2 є допомога респондентам у виборі дихальної техніки відповідно до їхніх пріоритетів.

Таблиця 3.2

Порівняльна таблиця дихальних технік, рекомендованих для зниження тривожності

Техніка	Механізм дії	Основний ефект	Рекомендована тривалість
«По квадрату»	Контроль дихального ритму	Зниження стресу, нормалізація дихання	2–3 рази/день
Почергове дихання	Баланс нервової системи	Зниження тиску, підвищення уваги	5–10 хв
Резонансне дихання	Узгодження серцево-дихального ритму	Глибоке розслаблення	до 10 хв

3)Стрейчинг – комплекс з п'ятнадцяти вправ на розтягування та зміцнення бокових м'язів, м'язів ніг, рук, сідниць та спини. Рекомендовано виконувати три рази на тиждень [4,5,6,9,10,29]. Послідовність виконання комплексу наведена на рисунку 3.2.

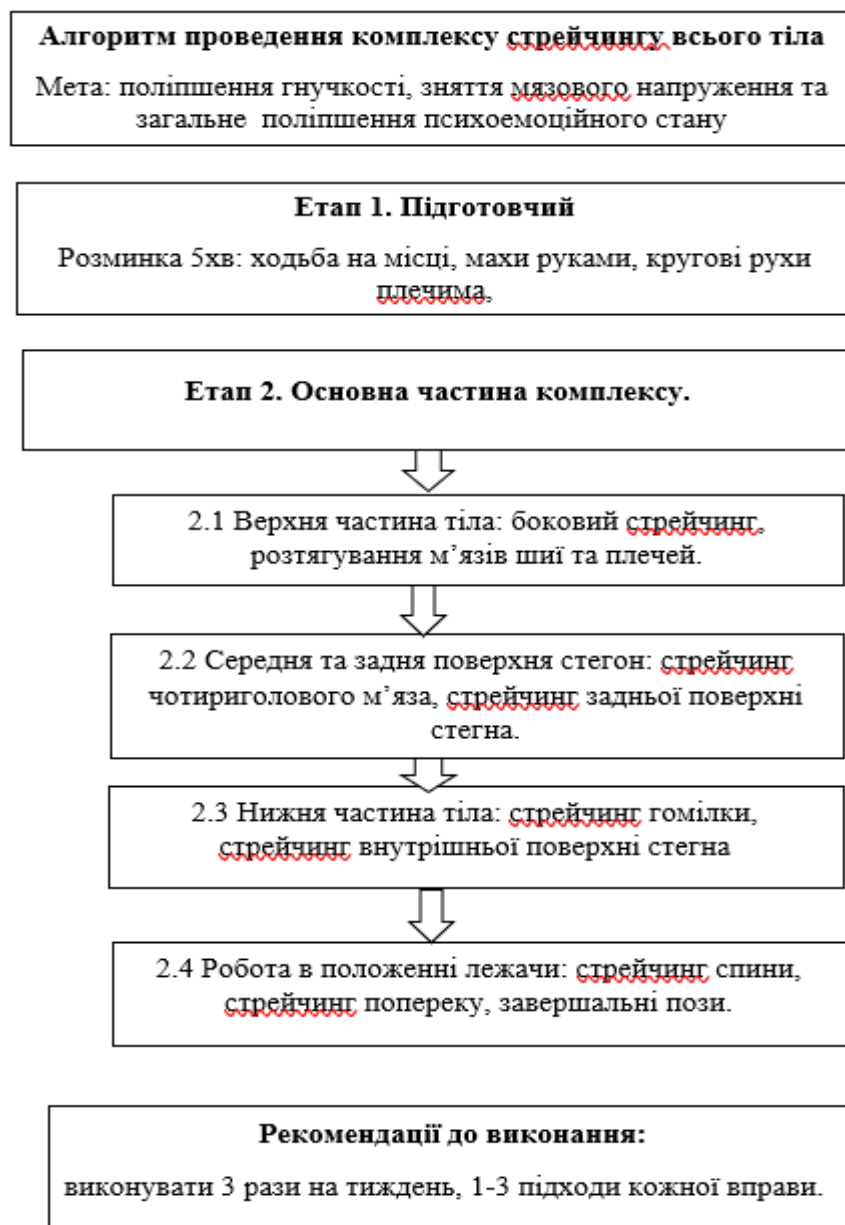


Рис.3.2 Алгоритм проведення комплексу стрейчингу всього тіла

4)Лісотерапія, що передбачало усвідомлене перебування у лісі чи парку [44,45]. При цьому рекомендувалося відмовитися від використання телефону, не відволікатися на розмови, а зосередитися на своєму диханні та звуках [35,39,40].

При виконанні даного інструменту відновлення психоемоційного стану, ми рекомендували учасникам дотримуватись такої черговості дій (рис. 3.3).



Рис.3.3 Послідовність етапів усвідомленого перебування в лісі

В розділі 3.1 було представлено розроблений нами алгоритм супроводу осіб з тривожними станами, який складається з шести етапів. Представлений алгоритм в своїй структурі має первинну діагностику, комплексну програму підтримки осіб, що має чотири інтервенції до яких входять сеанси біосугестивну терапії, дихальні вправи, комплекс з п'ятнадцяти вправ, лісотерапію та контрольне тестування. Алгоритм виконання кожного елементу програми наведено графічно, для кращого розуміння респондентами. Запропонована програма націлена на зниження тривожності та покращення психоемоційного стану учасників дослідження [19,20,21,22,23].

3.2 Практичні поради щодо імплементації фізичної активності та релаксаційних методів у повсякденне життя осіб із тривожними станами

Кінцевим етапом дослідження було проведення ре-тестування учасників, що мало на меті проаналізувати зміни рівня тривожності та тривожних станів після виконання програми підтримки. На рисунку 3.4 представлено дані шкали суб'єктивного дистресу кожного респондента, блакитним відображені дані першого опитування і помаранчевим - повторного.

Згідно поданої діаграми можемо зробити висновок, що по суб'єктивних оцінках респондентів, після участі в експерименті їх рівень дистресу зменшився. Нами було також проведено статистичну обробку даних. Мінімальне значення зменшення показника дистресу – 5 балів, а максимальне – 47 балів . Медіана склала - 17,5. Критерій Шапіро-Уїлка для ШСД-2 склав - 0,546, це $\epsilon > 0.05$. Таким чином, вибірка відповідає критеріям репрезентативності.



Рис.3.4 Показники за шкалою суб'єктивного дистресу до та після проведення програми

Після виконання учасниками рекомендованої програми підтримки протягом шести тижнів, також проведено повторне тестування за Шкалою Спілбергера-Ханіна. Таблиця 3.3 містить відображення отриманих результатів у відсотковому вигляді.

Таблиця 3.3

Рівні реактивної та особистісної тривожності у вибірці при повторному опитуванні

Шкала	Рівні тривожності		
	Низький, %	Помірний, %	Високий, %
Реактивна тривожність	30	67	3
Особистісна тривожність	27	63	10

Провівши порівняльний аналіз ми бачимо, що відсоток осіб з високим рівнем тривожності, як стану зменшився з 56% до 3%, з помірним з 37% зріс до 67%, з низьким з 7% зріс до 30%. Що вказує на зменшення реактивної тривожності респондентів дослідження та дієвості програми підтримки.

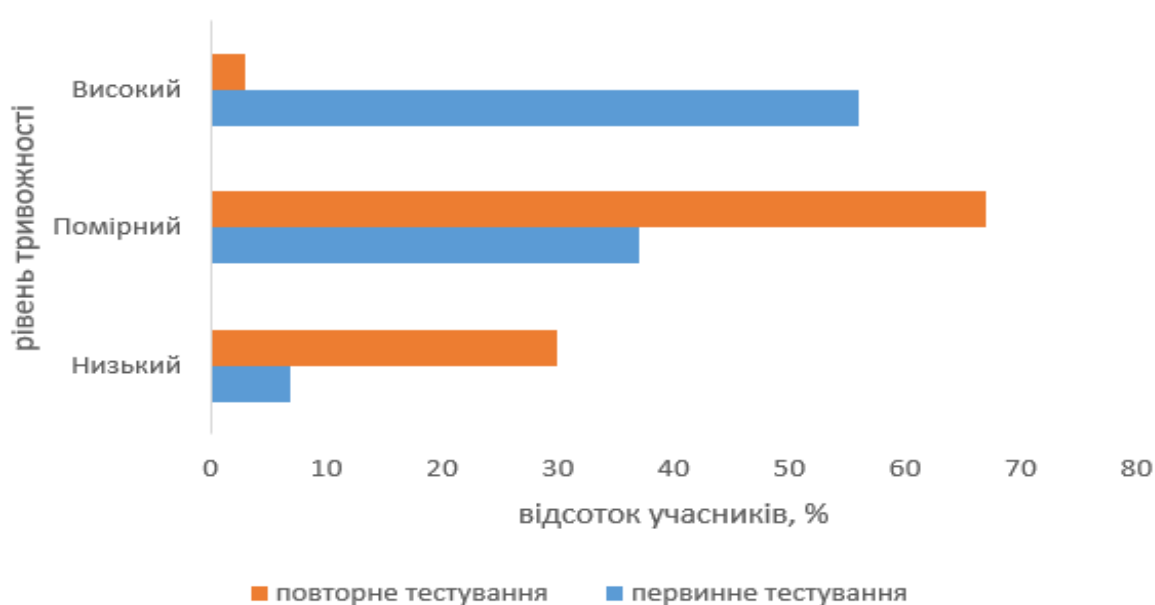


Рис.3.5 Динаміка показників реактивної тривожності учасників протягом дослідження

Під час дослідження впровадження фізичної активності та технік релаксації в життя респондентів показало позитивну динаміку. Відсоток осіб з високою тривогою, як рисою особистості зменшився з 70% до 10%, з помірною з 17% збільшився до 63% та з низькою збільшився з 13% до 27% (рис.3.6).

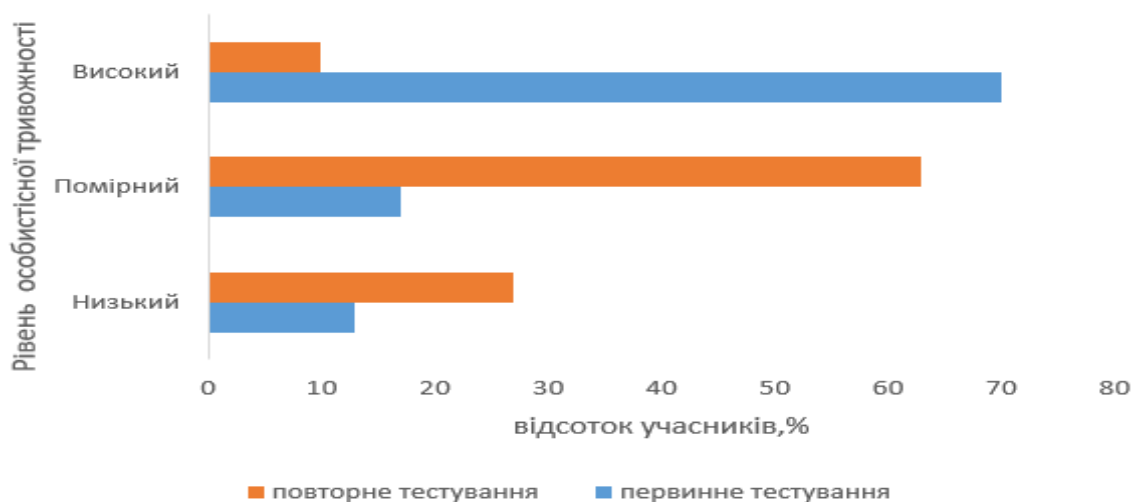


Рис.3.6 Динаміка показників особистісної тривожності учасників протягом дослідження

На основі аналізу динаміки тривожності, як риси характеру можемо констатувати, що розроблена нами програма підтримки осіб з тривожними станами – позитивно вплинула на психоемоційний стан учасників.

Результати повторного опитування за шкалою Спілбергера-Ханіна ми перевірили на нормальність розподілу даних за критерієм Шапіро-Уїлка (табл.3.4).

Таблиця 3.4

Результати перевірки нормальності розподілу показників тривожності повторного тестування за критерієм Шапіро-Уїлка

	Statistic	df	Sig.
реактивна тривожність-2	0,945	30	0,126
особистісна тривожність-2	0,914	30	0,019

З отриманих результатів ре-тестування показник Шапіро-Уїлка для Шкали реактивної тривожності склав - 0,126, що є більшим за 0,05, що вказує на те що дані є нормально розподілені і є репрезентативними. Даний показник для Шкали особистісної тривожності – 0,019, що є менше 0,05, отже отримані дані не мають нормального розподілу і не можуть адекватно представити генеральну

сукупність. Щоб визначити чи мають між собою залежність тривожність, як стан і тривожність, як риса ми провели кореляційний аналіз Пірсона табл.3.5.

Таблиця 3.5

Результати кореляційного аналізу взаємозв'язку між реактивною та особистісною тривожністю

		реактивна тривожність-1	особистісна тривожність-1
реактивна тривожність-1	Pearson Correlation	1	0,690**
	Sig. (2-tailed)		<,001
	N	30	30
особистісна тривожність-1	Pearson Correlation	0,690**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	
	N	30	30

За результатами кореляційного аналізу встановлено статистично значущий сильний позитивний зв'язок між показниками реактивної та особистісної тривожності ($r=0.690$, $N=30$). Це свідчить про те, що підвищення рівня реактивної тривожності супроводжується зростанням рівня особистісної тривожності. Отримані нами результати кореляційного аналізу Шкали суб'єктивного дистресу та Шкали Спілбергера-Ханіна наведено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Кореляційний зв'язок між показниками Шкали Спілбергера-Ханіна та Шкали суб'єктивного дистресу

		Реактивна тривожність-1	Особистісна тривожність-1	Шкала суб'єктивного дистресу-1
Реактивна тривожність-1	Pearson Correlation	1	0,690	0,721
	Sig. (2-tailed)		<,001	<,001
	N	30	30	30
Особистісна тривожність-1	Pearson Correlation	0,690	1	0,611
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001

	N	30	30	30
Шкала суб'єктивного дистресу -1	Pearson Correlation	0,721	0,611	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	
	N	30	30	30

Для більшої наочності кореляційні зв'язки між досліджуваними шкалами представлені за допомогою діаграм розсіювання та лінії регресії. На рисунку 3.7 зображено взаємозв'язок між реактивною тривожністю та суб'єктивним дистресом. Дані вказують на наявність сильного позитивного кореляційного зв'язку ($r=0.721$, $p<0.001$). Отже, підвищення ситуативної тривожності супроводжується підвищенням суб'єктивного дистресу.

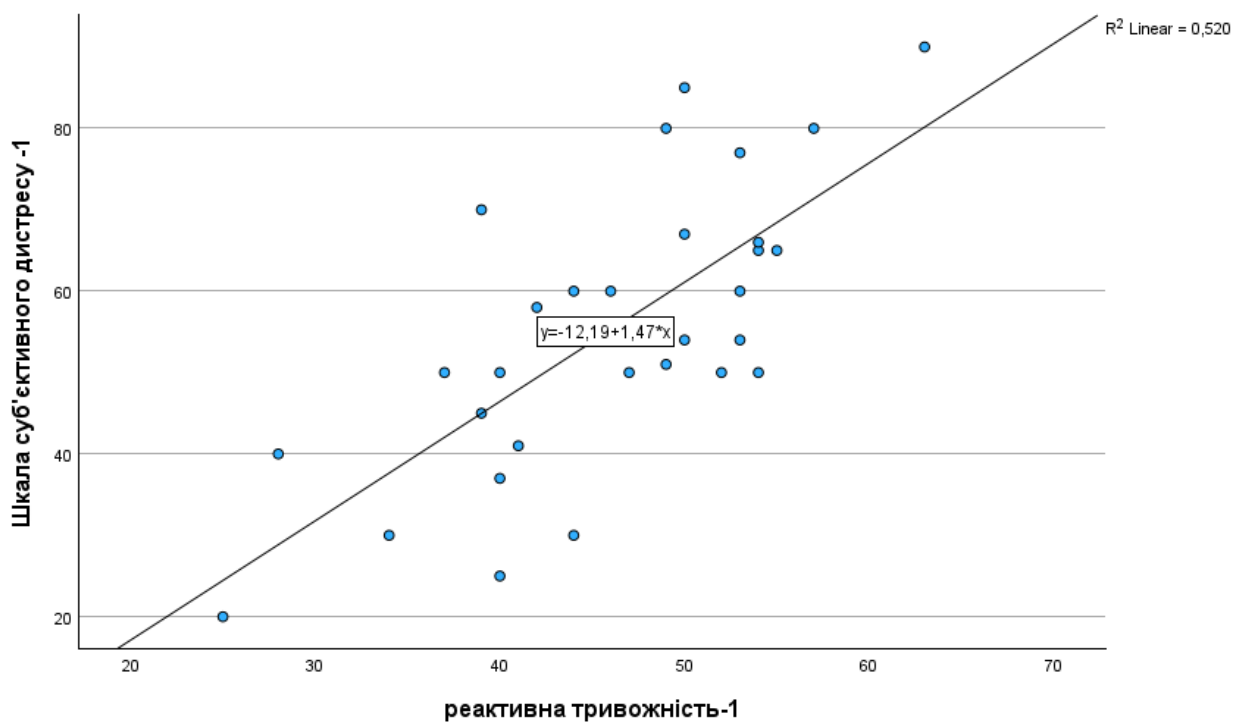


Рис.3.7 Кореляція суб'єктивного дистесу та реативної тривожності

На рис.3.8 відображено взаємозв'язок між суб'єктивним дистресом та особистісною тривожністю.

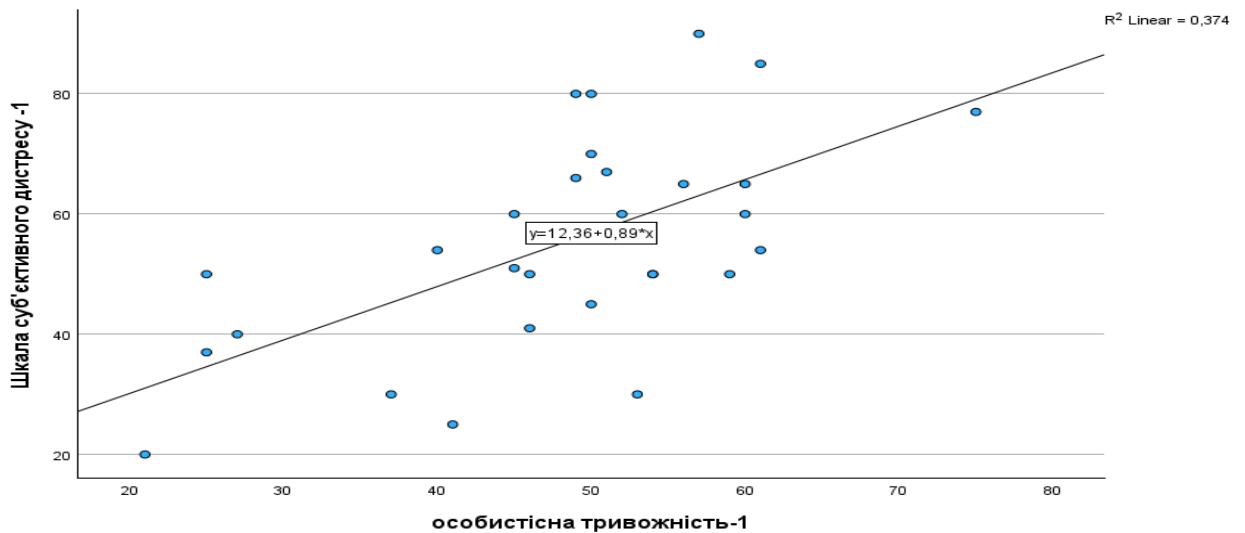


Рис.3.8 Кореляція суб'єктивного дистресу та особистісної тривожності

Попри дещо меншу щільність розташування точок навколо лінії регресії, зв'язок залишається статистично значущим і достатньо сильним ($r=0,611$, $p<0.001$).

Отримані нами результати візуально і статистично підтверджують, що реактивна та особистісна тривожність позитивно корелюють із суб'єктивним дистресом, причому найбільш виражений вплив має ситуативна тривожність.

На рис.3.9 зображено теплову карту де показано силу кореляційних зв'язків між досліджуваними шкалами.

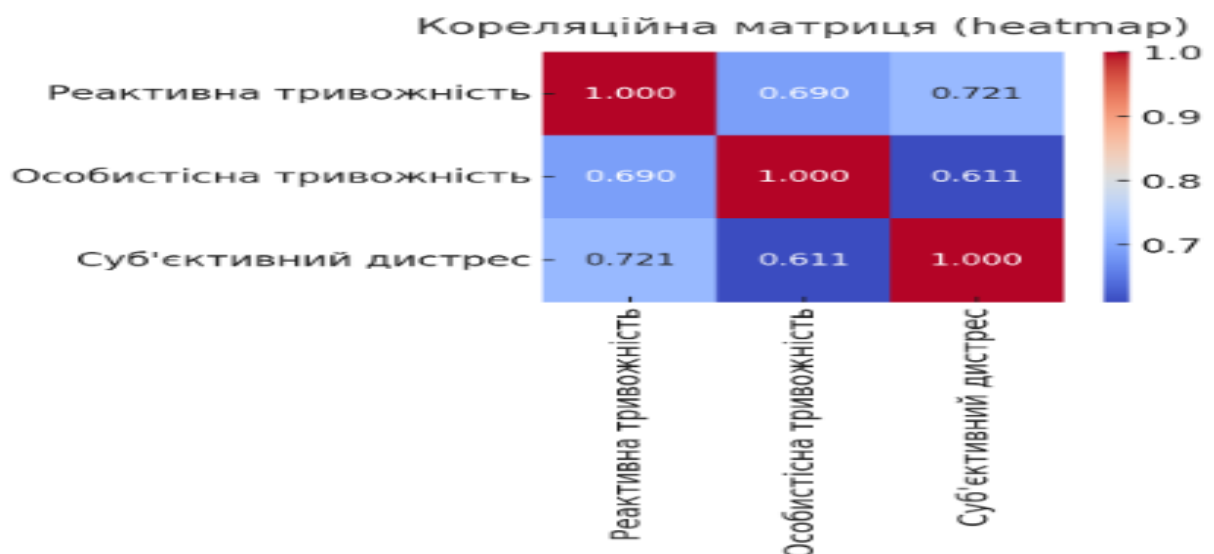


Рис.3.9 Кореляційна матриця між показниками тривожності та суб'єктивного дистресу

Нами було проведено статистичний аналіз ефективності програми у різних вікових груп. Для цього було використано такі показники: зміна реактивної тривожності до і після (Δ STAI PT), зміна особистісної тривожності (Δ STAI OT), зміна суб'єктивного дистресу (Δ SUDS). Учасників розподілено на 4 вікові групи: 1 (18-25 років), 2 (25-44 років), 3 (44-60 років), 4 (60-75 років). У таблиці 3.7 представлені середні значення змін до та після для кожної вікової групи.

Таблиця 3.7

Середні показники змін рівня тривожності та суб'єктивного дистресу учасників різних вікових груп

Вікова група	Кількість учасників	Δ STAI PT (середнє)	Δ STAI OT (середнє)	Δ SUDS (середнє)
18-25	3	8	9	20
25-44	15	13	11,93	23,73
44-60	7	12	11,28	15,14
60-75	5	12,4	16,6	14,6

На першому етапі ми визначили середні значення, медіани та стандартні відхилення для кожного показника в чотирьох вікових групах таблиця 3.8.

Таблиця 3.8

Описові статистики основних показників дослідження (Δ STAI PT, Δ STAI OT, Δ SUDS)

Показник	Δ STAI PT	Δ STAI OT	Δ SUDS
Середнє (M)	11,85	12,7	18,87
Медіана	12,2	11,61	17,87
Стандартне відхилення (SD)	2,09	2,95	4,46
Мінімум-максимум	8-13	9-16,6	14,6-23,73

Отримані результати свідчать, що всі вікові групи показали позитивну динаміку – після участі у програмі рівень тривожності та дистресу знизився. Найбільше зниження зафіксовано у групі 25–44 років, що може бути пов’язано з вищою мотивацією до змін і кращою адаптивністю до методів релаксації.

Для перевірки, чи відрізняються показники ефективності програми між різними віковими групами, було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (One-Way ANOVA). В таблиці 3.9 ми провели даний аналіз для показника Δ STAI реактивної тривожності.

Таблиця 3.9

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) змін рівня тривожності (Δ STAI PT) у різних вікових групах

Джерело варіації	Сума квадратів відхилень (SS)	Ступені вільності (df)	Середня сума квадратів (MS)	Критерій Фішера (F)	Рівень значущості(p)
Між групами	24,49	3	8,16	2,03	0,16
Всередині груп	52,6	12	4,38	-	-

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) показали, що відмінності між віковими групами за показником Δ STAI не є статистично значущими, $F(3,12) = 2.03$, $p = 0.16$. Це свідчить про те, що віковий фактор не мав істотного впливу на зміни рівня тривожності після програми.

Аналогічно в таблиці 3.10 проведемо розрахунок ANOVA для Δ STAI особистісної тривожності для визначення змін показників тривожності респондентів.

Таблиця 3.10

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) змін рівня тривожності (Δ STAI OT) у різних вікових групах

Джерело варіації	Сума квадратів відхилень (SS)	Ступені вільності (df)	Середня сума квадратів (MS)	Критерій Фішера (F)	Рівень значущості(p)
Між групами	34,15	3	11,38	2,45	0,11
Всередині груп	55,7	12	4,64	-	-

Як і в попередньому випадку, між віковими групами не виявлено статистично достовірних відмінностей ($p > 0.05$). Програма однаково знизила рівень особистісної тривожності, тобто більш глибинної індивідуальної схильності до переживання тривоги.

В таблиці 3.11 відображені результати обчисленого однофакторного дисперсійного аналізу змін шкали суб'єктивного дистресу Δ SUDS у різних вікових групах.

Таблиця 3.11

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) змін рівня суб'єктивного дистресу (SUDS) у різних вікових групах

Джерело варіації	Сума квадратів відхилень (SS)	Ступені вільності (df)	Середня сума квадратів (MS)	Критерій Фішера (F)	Рівень значущості(p)
Між групами	217,3	3	72,43	3,8	0,04

Всередині груп	228,9	12	19,7	-	-
----------------	-------	----	------	---	---

Результати показали статистично значущу різницю між групами ($p < 0.05$). Це означає, що ступінь зниження суб'єктивного дистресу (Δ SUDS) відрізнявся залежно від віку учасників. Найбільше покращення відбулося у групі 25–44 років, де середній показник Δ SUDS = 23.73, тоді як у старших учасників цей показник був нижчим (44–60 років – 15.14; 60–75 років – 14.6).

На основі проведеного дисперсійного аналізу (ANOVA), нами було проведено Post Hoc Tukey для зміни шкали суб'єктивного дистресу, щоб визначити які конкретно групи відрізняються між собою. Отримані результати наведено в таблиці 3.12, де наведено, які саме пари груп порівнювали між собою, різниці середніх, які показують на скільки відрізняються середні показники між цими двома групами та рівень статистичної значущості для цієї різниці (p).

Таблиця 3.12

Пара груп	Різниця середніх	Рівень статистичної значущості
1-2	-3,73	0,32
2-3	8,59	0,04
2-4	9,13	0,06
3-4	0,54	0,89

Рівень статистичної значущості $p < 0.05$ вказує, що різниця не випадкова і є статистично значущою. Якщо $p > 0.05$ – різниця є недостовірною. Результати показали, що статистично значущі відмінності спостерігаються лише між другою та третьою віковими групами ($p = 0.04$). Це свідчить про те, що саме у

цих групах ефективність програми щодо зниження рівня суб'єктивного дистресу відрізнялася достовірно. Для інших пар груп (1–2, 2–4, 3–4) різниця середніх не є статистично значущою ($p > 0.05$).

Для оцінки зміни тривожності та суб'єктивного дистресу до і після впровадження програми було проведено t-тест залежних вибірок, отримані результати наведено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Результати t-тесту для залежних вибірок (до–після) за показником Δ STAI у різних вікових групах

Група	t-критерій Стьюдента	Ступінь вільності (df)	Рівень статистичної значущості (p)	Висновок
18-25	3,2	2	0,04	Значущі зміни
25-44	5,6	14	<0.001	Значущі зміни
44-60	4,1	6	0,006	Значущі зміни
60-75	3,9	4	0,016	Значущі зміни

Якщо значення рівня статистичної значущості $p < 0,05$, то це означає, що зміни статистично значущі. А при умові, що $p < 0,01$ – то вважається, що зміни є високо значущими. Згідно отриманих нами даних можемо констатувати, що у всіх досліджуваних нами вікових групах зміни рівня тривожності є статистично значущими. Зокрема виявлено, що у групі 25-44 років отримано найвищий ефект ($p < 0,001$) зниження тривожності.

Таблиця 3.14

Результати t-тесту для залежних вибірок (до–після) за показником Δ SUDS у різних вікових групах

Група	t-критерій Стьюдента	Ступінь вільності (df)	Рівень статистичної значущості (p)	Висновок
18-25	2,8	2	0,05	Помірний ефект
25-44	6,9	14	<0.001	Сильний ефект
44-60	3,4	6	0,013	Значущий ефект
60-75	3	4	0,038	Значущий ефект

На основі отриманих нами даних в таблиці, ми бачимо, що усіх вікових групах спостерігається зниження рівня дистресу після програми, проте найвираженіший ефект має група 25–44 років ($t=6.9$, $p<0.001$). В таблиці 3.15 подано узагальнення статистичного аналізу ефективності програми у різних вікових груп респондентів.

Таблиця 3.15

Узагальнення результатів впровадження програми на різні вікові групи
учасників

Вікова група	Δ STAI PT	Δ STAI OT	Δ SUDS	Ефективність	Висновок
18-25	8	9	20	Середня	Ефект помірний, але позитивний
25-44	13	11,93	23,73	Висока	Найкраща реакція на програму
44-60	12	11,28	15,14	Середня	Покращення, але менш виражене
60-75	12,4	16,6	14,6	Нижча	Слабша реакція, через вікові зміни

Результати проведеного статистичного аналізу засвідчили, що у всіх вікових категоріях учасників після проходження програми відбулося помітне зниження рівня як тривожності, так і суб'єктивного дистресу, що свідчить про її загальну результативність. Згідно з даними однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA), за показником Δ SUDS була виявлена статистично значуща різниця між окремими групами ($p = 0.04$), що підтверджує неоднакову динаміку змін залежно від віку респондентів. Найбільш виражене покращення спостерігалось серед осіб вікової категорії 25–44 років, що може пояснюватися вищою гнучкістю психоемоційних процесів, здатністю до саморегуляції та активним використанням адаптивних стратегій поведінки у цьому віці. У старших учасників (44–75 років) також зафіксовано позитивні зрушення, проте інтенсивність ефекту дещо нижча, що ймовірно зумовлено фізіологічними змінами, характерними для процесів старіння, а також уповільненням адаптаційних механізмів і підвищеним базовим рівнем тривожності. Таким чином, можна зробити висновок, що впровадження комплексу фізичної активності та релаксаційних методик є дієвим засобом зниження тривожності, особливо ефективним для осіб середнього віку, які характеризуються високою пластичністю психоемоційних реакцій.

Під час проведення дослідженнями нами не було отримано результатів, щодо впливу на психоемоційний стан респондентів кожного окремого елемента запропонованої програми. Використавши результати таких чотирьох досліджень, як Дослідження ефекту аеробних та силових тренувань на тривожність і настрій (Salmon, 2001; Craft & Perna, 2004; Dishman et al., 2006), Вплив групових занять на соціальну підтримку та емоційний стан (Babyak et al., 2000), Дослідження дихальних технік, прогресивної м'язової релаксації та майндфулнес (McEwen, 2007; Kabat-Zinn, 2003; Hoffman et al., 2010), Комплексний підхід до поєднання фізичних і релаксаційних методів (Herring et al., 2010) нами було створено матрицю де відображено взаємозв'язок фізичної активності та методів релаксації з психоемоційним станом людей, що проживають у США та Великобританії (таблиця 3.16).

На сьогодні відомостей про проведення подібних досліджень в Україні не виявлено. Тому подальші наукові пошуки доцільно спрямувати на дослідження взаємозв'язку фізичної активності та релаксаційних практик із психоемоційним станом українського населення, що сприятиме адаптації ефективних зарубіжних методик до національних умов і розробці власних програм психологічної підтримки.

Таблиця 3.16

Взаємозв'язок фізичної активності та релаксаційних методів з психоемоційним станом людини

Вплив на психоемоційний стан	Аеробні вправи	Силові тренування	Групові заняття спортом	Дихальні техніки	Прогресивне розслаблення м'язів	Медитація / майндфулнес	Йога	Комплексний підхід
Зниження тривожності	+++	++	++	+++	++	+++	++ +	++++
Покращення настрою	+++	++	+++	++	++	+++	++ +	++++
Зниження депресивних симптомів	+++	++	++	+	+	++	++	+++
Стабілізація психоемоційного стану	++	+	+	+++	+++	+++	++ +	++++
Покращення концентрації та самоконтролю	+	+	+	++	++	+++	++	+++

Підвищення стресостійкості	++	++	++	++	++	++	++ +	++++
Покращення якості сну	+	+	+	+	+++	++	++	+++

Висновки до III розділу

Проведений аналіз результатів емпіричного дослідження показав, що застосування комплексу фізичних вправ, релаксаційних технік та лісотерапії суттєво знижує рівень реактивної, особистісної тривожності учасників, а також рівень суб'єктивного дистресу (рис.3.10).

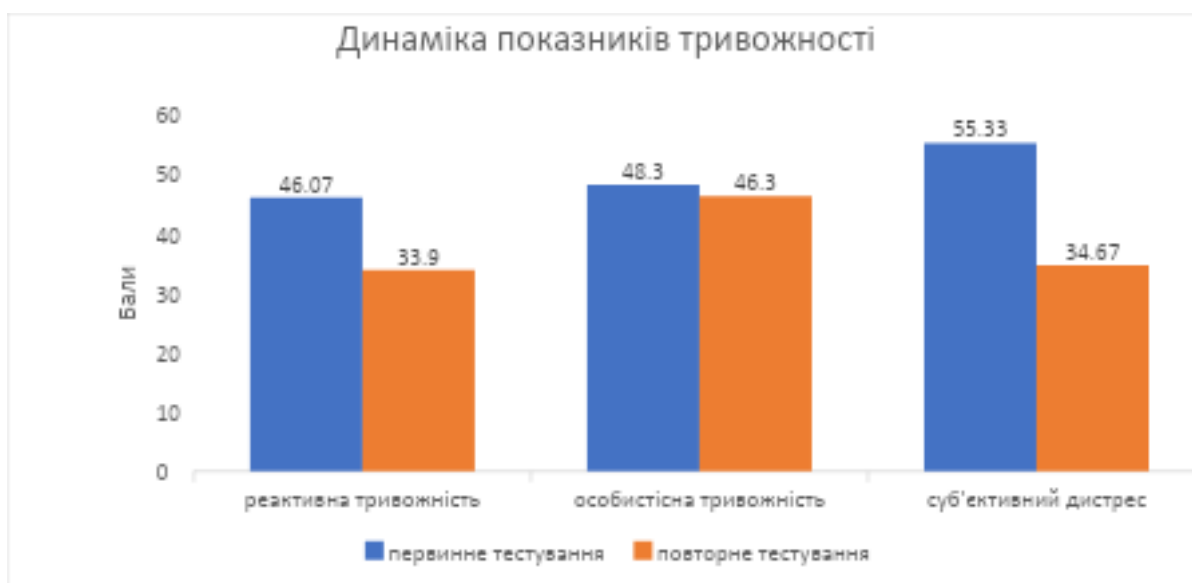


Рис.3. Динаміка показників тривожності протягом дослідження

У результаті повторного тестування зафіксовано значне зменшення частки осіб з високими показниками тривожності (з 63% до 6,5%) та відповідне зростання кількості учасників із помірними (з 27% до 65%) й низькими рівнями тривожності (з 10% до 28,5%). Кореляційний аналіз підтвердив наявність сильного позитивного зв'язку між реактивною та особистісною тривожністю (0,690), а також між реактивною тривожністю й суб'єктивним дистресом (0,721)

і особистісною тривожністю та суб'єктивним дистресом (0,611), що узгоджується з дослідженням Мейєр, Дж. (2001р.) Стрес у зв'язку між тривогою, пов'язаною з рисами характеру та станом [42] та Лю Цзіньюань, Лі Хун (2021р.) Вплив тривожності рис характеру на тривожність стану через нетерпимість до невизначеності та майстерності [41]. Такий підхід дозволив комплексно оцінити зміни рівня тривожності до та після застосування запропонованої програми, а також забезпечив надійність та обґрунтованість результатів.

Отже, результати дослідження підтвердили ефективність застосованої програми для зниження тривожності, позитивний вплив на психоемоційний стан респондентів та обґрунтували доцільність використання комплексного підходу у психологічній роботі з респондентами.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження феномену тривожних станів особистості та апробацію програми психологічного супроводу із застосуванням фізичної активності та релаксаційних технік. Робота об'єднала аналітичний, діагностичний і практичний рівні дослідження, що дало змогу не лише виявити закономірності прояву тривожності, а й визначити ефективні способи її зниження.

У теоретичній частині дослідження проаналізовано сучасні наукові підходи до розуміння природи тривоги та тривожності. Визначено, що тривожність є інтегративною психологічною характеристикою, яка відображає напруження системи саморегуляції особистості у ситуації реальної чи уявної загрози. Розкрито взаємозв'язок тривожності з фізіологічними, емоційними та когнітивними компонентами психічного функціонування людини, а також доведено роль фізичної активності й релаксаційних технік як ефективних засобів стабілізації психоемоційного стану.

На емпіричному етапі (розділ II) було проведено первинне тестування 72 респондентів із подальшим формуванням вибірки у складі 30 осіб віком від 18 до 75 років. Дослідження проводилось за допомогою Опитувальника Спілбергера–Ханіна (STAI) та Шкали суб'єктивного дистресу (SUDS). Отримані результати свідчили про те, що: середній рівень суб'єктивного дистресу складав 55,33 бала; високий рівень реактивної тривожності виявлено у 56% респондентів, а високий рівень особистісної тривожності — у 70%. Ці дані свідчать про значну поширеність тривожних станів серед дорослого населення та необхідність впровадження програм психологічної підтримки.

На практичному етапі (розділ III) була розроблена та впроваджена програма психофізичного супроводу, що включала шість етапів і поєднувала чотири ефективні інтервенції: біосугестивну терапію, дихальні вправи, стрейчинг і лісотерапію. Програма тривала шість тижнів і мала на меті зниження

рівня тривожності, покращення психоемоційного стану та підвищення усвідомленості учасників щодо власного тіла й емоцій.

Результати повторного тестування після виконання програми засвідчили істотні позитивні зміни у стані респондентів: частка осіб із високим рівнем реактивної тривожності зменшилася з 56% до 3%, із високим рівнем особистісної тривожності — з 70% до 10%. Середній показник за шкалою SUDS знизився на 17,5 бала, що підтверджує позитивну динаміку емоційного стану учасників. Кореляційний аналіз показав сильні позитивні зв'язки між реактивною та особистісною тривожністю ($r = 0,690$; $p < 0,001$), а також між тривожністю та суб'єктивним дистресом ($r = 0,721$ і $r = 0,611$), що вказує на єдність психоемоційних процесів.

Статистичний аналіз за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок підтвердив значущі зміни ($p < 0,05$ – $0,001$) у всіх вікових групах, із найвищим ефектом у категорії 25–44 років. Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) показав достовірні відмінності між групами за показником Δ SUDS ($p = 0,04$), що свідчить про вікову специфіку ефективності програми. Найбільше зниження тривожності спостерігалось у молодших і середніх вікових групах, тоді як у старших осіб ефект виявився дещо нижчим, що може бути пов'язано з віковими змінами адаптаційних можливостей.

Отже, результати дослідження підтвердили гіпотезу про ефективність комплексного поєднання фізичної активності та релаксаційних технік як засобу зниження рівня тривожності. Запропонована програма продемонструвала високу результативність у стабілізації емоційного стану, підвищенні саморегуляції, зменшенні дистресу та поліпшенні якості життя учасників.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості впровадження програми у роботу практичних психологів, психотерапевтів, педагогів, фахівців з психічного здоров'я, а також у реабілітаційних центрах і закладах освіти. Розроблена програма може бути адаптована до різних вікових і соціальних груп населення.

Перспективи подальших досліджень передбачають розширення вибірки, формування контрольної групи, аналіз гендерних відмінностей, оцінку довготривалого ефекту програми та її впровадження у цифровому форматі для дистанційного психологічного супроводу.

Таким чином, проведене дослідження довело, що програма супроводу осіб із тривожними станами є ефективним, науково обґрунтованим і практично доцільним інструментом для зниження тривожності, підвищення психологічного благополуччя та зміцнення психічного здоров'я особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Аналіз даних соціологічних досліджень засобами SPSS: навч. посіб. (2008). Луцьк: Вежа Волинського національного університету ім. Лесі Українки.
2. Василенко, М. М., Омельченко, Т. Г., & Корнєва, Ю. В. (2024). Вплив дихальних практик на психоемоційний стан осіб різного віку. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, 3К(176), 144–149. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K\(176\).31](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K(176).31)
3. Войтко, В. І. (Ред.). (1982). Психологічний словник. Київ: Вища школа.
4. Воловик, Н. І. (2010). Основи оздоровчого фітнесу: навч. посіб. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова.
5. Воловик, Н. І. (2012). Оздоровчий фітнес для студентів: навч. посіб. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова.
6. Кібальник, О. Я. (2008). Застосування фітнес-технології для підвищення рухової активності та фізичної підготовленості підлітків (Автореф. дис. канд. наук). Львів: Львівський держ. ун-т фізичної культури.
7. Круцевич, Т. Ю. (Ред.). (2008). Теорія і методика фізичного виховання (Т. 1–2). Київ: Олімпійська література.
8. Кузікова, С., та ін. (2024). Психологічний супровід особистості в умовах війни : навчальний посібник. Київ–Ніжин: ПП Лисенко М. М.
9. Левицький, В. (2000). Термінологічний апарат у галузі оздоровчої фізичної культури. Теорія і методика фізичного виховання і спорту, (2–3), 93–95.
10. Луковська, О. Л., & Сологубова, С. В. (2005). Особливості довгострокового планування у жіночому фітнесі. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту, (20), 50–58.
11. Методичні рекомендації до виконання практичних завдань з дисципліни «Методи аналізу кількісних соціологічних даних»... (2022). Київ: Ф-т соціології КНУ ім. Т. Шевченка.
12. Михайлишин, У. Б., & Скрипинець, С. М. (2025). Інтегративні механізми впливу майндфулнес-базованих втручань на емоційну регуляцію. Науковий

вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія», (2), 159–164.

13. Мицкан, Т. С., Мегем, О. М., & Коровинський, І. О. (2025). Дослідження ефективності програм фізичної активності в зниженні стресу та покращенні ментального здоров'я. Педагогічна Академія: наукові записки, (16).

14. Соціальні науки. (б.р.). [Стаття]. Взято з <https://social-science.uu.edu.ua/article/478>

15. Сотніков, Ю. М. (2016). Маркетингові дослідження з використанням пакету SPSS: навч. посіб. Одеса: Атлант.

16. Стражний, О. (2024). Біосугестивна терапія: для корекції та лікування психосоматичних розладів. Посібник для лікарів і психологів. Тернопіль: Підручники і посібники.

17. Стецура, Ю. В. (2006). Фітнес. Шлях до здоров'я і краси (І. Г. Данилюк, Пер.). Донецьк: ВКФ «БАО».

18. Тимчик, С. Г., Бриксін, О. О., & Омелянчук, Є. П. (2021). Вплив різних типів навантажень на серцево-судинну й м'язову системи в процесі занять фізичним вихованням на відділенні атлетичної гімнастики. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15, 5(136), 128–132.

19. Ткачук, В. Г., & Похололенчук, Ю. Т. (2010). Загальні основи фізіології фізичної культури і спорту: навч. посіб. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова.

20. Усачов, Ю. (2005а). До питання про ідентифікацію системного статусу засобів оздоровчого фітнесу. Теорія і методика фізичного виховання і спорту, (2–3), 68–70.

21. Усачов, Ю. (2005б). Особливості формування термінології сучасного фітнесу. Теорія і методика фізичного виховання і спорту, (1), 84–86.

22. Усачов, Ю. (2006). Об'єктивація поняття «фізичний стан» в аспекті розвитку системи оздоровчого фітнесу. Теорія і методика фізичного виховання і спорту, (3), 50–52.

- 23.Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації». (1998). Київ.
- 24.Чабан, О. О., & Хаустова, О. О. (Ред.). (2019). Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч. посіб. (2-ге вид., випр. і допов.). Київ: Медкнига.
- 25.Завадський, Й. С., Осовська, Т. В., & Юшкевич, О. О. (2006). Економічний словник. Київ: Кондор.
- 26.Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях.
- 27.Вольпе, Дж. (Ред.). (б.р.). Шлях до зцілення: посібник з використання шкали SUDS. Київ: б.в.
- 28.Allsen, P. E., Harrison, J. M., & Vance, B. (1993). *Fitness for life: An individualized approach* (5th ed.). Madison, WI: Brown & Benchmark.
- 29.Alter, M. J. (2001). *Наука про гнучкість*. Київ: Олімпійська література.
- 30.American College of Sport Medicine. (2007). *ACSM's health/fitness facility standards and guidelines* (3rd ed.). Champaign: Human Kinetics.
- 31.American College of Sport Medicine, Dwyer, G. B., & Davis, S. E. (2008). *ACSM's health-related physical fitness assessment manual* (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins.
- 32.Ashfaak, A., Gayathri Devi, R., & Jyothi Priya, A. (2021). The effect of box breathing technique on lung function test. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(58A), 25–31.
- 33.Avudaiselvi, T., & Prabha, S. L. (2025). Effectiveness of box breathing exercises in reducing stress among women postmastectomy: A randomized controlled trial. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 17(2), 75–77.
- 34.Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.
- 35.Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- 36.Craske, M. G. (2019). *Anxiety Disorders: The Science of Emotional Dysregulation*. Routledge.

- 37.Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066–1085.
- 38.Freud, S. (1936). *The Problem of Anxiety*. W.W. Norton & Company.
- 39.Heritage, J., Bennett, S., & Allen, R. (2015). *SPSS Statistics Version 22: A practical guide*. Pearson Higher Education.
- 40.Kim, K., Kim, J., Song, I., Yi, Y., Park, B.-J., & Song, C. (2023). Effects of forest walking on physical and mental health. *Forests*, 14, 2332.
- 41.Liu, J., & Li, H. (2021). The influence of trait anxiety on state anxiety through intolerance of uncertainty and coping mastery. *Science Innovation*, 9(4), 134–138.
- 42.Meyer, J. (2001). Stress in relation to trait and state anxiety. *Psychological Reports*, 88(3_suppl), 947–964.
- 43.Muhliso, M., Khasayni, A., & Sukmawati. (2024). Effectiveness of box breathing on respiratory rate and blood oxygen saturation in patients with COPD. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(4), 2497–2502.
- 44.Song, C., Ikei, H., Park, B. J., Lee, J., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2018). Psychological benefits of walking through forest areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2804.
- 45.Song, C., Ikei, H., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2019). Effects of walking in a forest on young women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 229.
- 46.Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD)* [Database record]. PsycTests APA.
- 47.https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/?utm_source=chatgpt.com
- 48.<https://www.kspu.edu/FileDownload.ashx/%D0%95%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%BA%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D1%81-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%>

ДОДАТКИ

Додаток 1

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі	1	2	3	4

	невдачі				
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно

21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4

38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Шкала суб'єктивних одиниць дистресу «SUDS»

Шкала суб'єктивних одиниць дистесу (Subjective units of distress scale - SUDS) – це шкала для вимірювання суб'єктивної інтенсивності занепокоєння чи стресу, що переживається людиною в даний момент. Шкала від 0 до 100, де 0 – найменший рівень відчуття дистресу, 100 – найбільший.

Приклад шкали для самооцінки стану (розгорнутий):

100 - Почуваюся нестерпно погано, все виходить з-під контролю, стан як при нервовому зриві, я надто пригнічений/пригнічена, я в паніці. Я настільки засмучена/засмучений, що не хочу ні з ким розмовляти, тому що ніхто не може уявити мій стан.

90 – Почуваюсь наляканим/наляканою, це майже нестерпно. Почуваюсь дуже і дуже погано, втрачаю контроль над своїми емоціями.

80– Мені дуже погано, цей стан важко терпіти. Я сильно стривожений/стривожена, я сильно хвилююся.

70 – Мені важко утримувати контроль. Напруга в моєму тілі суттєва і неприємна, але я можу це стерпіти і здатен/здатна міркувати.

60 - Почуваю себе неприємно і починаю думати, що треба щось робити з цим. Відчуваю хвилювання і занепокоєння.

50 – Моє хвилювання трохи неприємне, я наче засмучений/засмучена. Але з цими неприємними відчуттями все ж таки можна впоратися. Відчуваю певну напругу у тілі.

40– Відчуваю легке хвилювання і занепокоєння, трохи напружене тіло.

30 – Відчуваю легке напруження, але я майже це не помічаю.

20– Я не відчуваю напруження чи занепокоєння, скоріш мій стан можна назвати спокійним і врівноваженим.

10 – Я добре себе почуваю. Я розслаблений/розслаблена.

0 – Моє самопочуття прекрасне, моє тіло розслаблене. Відчуваю безтурботність.

Для зручності використання і полегшення візуального сприйняття можна застосовувати дану шкалу SUDS у вигляді лінійки рис.1.

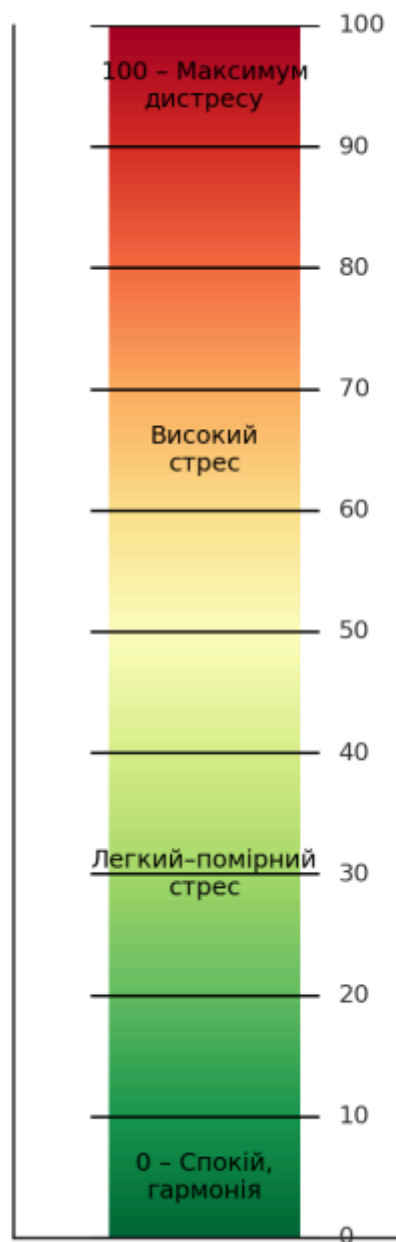


Рис.1 Шкала суб'єктивного дистресу

Анкета

1. Вкажіть ваш вік.

Відповідь: _____

2. Вкажіть вашу стать.

Відповідь: _____

3. Чи бажаєте Ви продовжити участь в дослідженні?

Відповідь: _____

4. Бажаю отримати результати тестування з роз'ясненнями.

Відповідь: _____

5. Вкажіть своє ім'я, номер телефону Viber/Telegram на який Вам надіслати результати тестування.

Відповідь: _____

Шановний(а) клієнте!

Вітаємо вас на початку роботи з психоемоційним станом. Ви вже пройшли первинне тестування, ваш результат вказує, що у Вас

На основі його результатів для вас сформовано програму підтримки, яка допоможе зменшити рівень тривожності, стабілізувати емоційний стан і відновити внутрішні ресурси. Прошу вас уважно ознайомитися з цією пам'яткою та дотримуватись запропонованих рекомендацій протягом наступних 2–4 тижнів.

Першим елементом програми є *біосугестія*. Це спеціальний психотехнічний метод, який допомагає перейти в стан глибокого розслаблення за допомогою спокійного голосу, звуків природи, музики та простих рухів. Кожен сеанс триває 18 хвилин. Ви можете проходити його онлайн, прослуховуючи аудіофайл у навушниках, або очно з психологом. Для цього потрібно обрати спокійне місце, сісти або лягти, увімкнути запис і дозволити собі зануритися в процес. Рекомендується пройти щонайменше два, а за можливості – чотири сеанси на тиждень. Якщо під час практики з'явиться внутрішнє занепокоєння – не турбуйтеся, це звичайна реакція, яка минає після адаптації до техніки.

Якщо ви маєте змогу відвідувати сеанси очно в м. Ірпінь прошу зателефонувати мені за телефоном 066-128-94-74 та домовитись про час та місце.

Другим важливим елементом є *дихальні вправи*. Вони мають виражену антистресову дію, активізують парасимпатичну нервову систему, зменшують частоту серцебиття та глибину тривожних думок. Вам пропонується щодня виконувати одну з технік:

1. Дихання “по квадрату”: на чотири рахунки зробіть вдих, потім затримайте дихання ще на чотири рахунки, далі спокійно видихніть на чотири та знову

затримайте на чотири. Такий цикл повторюється кілька разів. Практикуйте цю вправу 2–3 рази на день або щоразу, коли відчуваєте емоційне напруження чи безсоння.

2. Почергове дихання ніздрями. Почергове дихання ніздрями, відоме як Наді Шодхана, є дихальною технікою йоги, яка може знизити артеріальний тиск і покращити увагу. Людина закриває одну ніздрю, вдихаючи через іншу, а потім переходить на видих через іншу ніздрю.

1. У положенні сидячи покладіть ліву руку на ліве коліно.
2. Для початку вдихніть і видихніть.
3. Підніміть праву руку до носа.
4. Зігніть вказівний і середній пальці до долоні, залишивши великий, безіменний і мізинець витягнутими.
5. Великим пальцем правої руки закрийте праву ніздрю.
6. Вдихніть через ліву ніздрю.
7. Закрийте ліву ніздрю безіменним пальцем.
8. Відпустіть праву ніздрю і видихніть.
9. Вдихніть через праву ніздрю.
10. Закрийте праву ніздрю великим пальцем.
11. Відпустіть ліву ніздрю і видихніть.

Проте, якщо під час виконання вправи людина починає відчувати запаморочення, слід повернутися до нормального дихання.

3. Дихання з резонансною частотою. Дана техніка, яка також називається когерентним диханням, може допомогти зменшити тривожність і дозволити людині увійти в розслабленіший стан.

1. Лежачи із закритими очима, вдихніть через ніс із закритим ротом, рахуючи до шести. Легені не повинні бути занадто повними.
2. Повільно й обережно видихніть, рахуючи до шести, не форсуючи дихання.
3. Продовжуйте вправу за необхідності до 10 хвилин.
4. Після виконання вправи людина повинна залишатися нерухомою та зосередитися на самопочутті протягом кількох хвилин.

Хоча частота резонансної частоти дихання різна для різних людей, типовий діапазон становить від 4-5 до 7 вдихів-видихів на хвилину.

Наступним елементом є *стретчинг* – це м'який комплекс вправ на розтягування м'язів. Заняття стретчингом теж приносить свою користь для збереження та зміцнення здоров'я. Основним його призначенням є: покращення гнучкості й рухливості суглобів, зміцнення м'язів і зняття психоемоційного стресу, поліпшення настрою, підвищення самооцінки, відчуття комфорту й задоволення. Це поєднання фізичних вправ, які засновані на різноманітних позах та медитації з метою покращення контролю над розумом і тілом.

Стретчинг для м'язів всього тіла

Комплекс стрейчингу для всіх м'язів тіла, виконувати 3 рази на тиждень.

Розминка 5 хвилин: ходьба на місці, легкі кругові рухи руками і плечима.

1. Боковий стрейчинг



В.п. – широка стійка, ноги нарізно.

Праву руку вгору – нахил тулуба вліво, затримка 10-30с.

Випрямити тулуб, опустити руки.

Ліву руку вгору- нахил тулуба вправо, затримка 10-30с.

Випрямити тулуб, опустити руку.

2. Стрейчинг чотиригодового м'яза.



В.п.: стоячи на лівій нозі, праву ногу зігнути назад і тримати рукою. Затримка 10-15с.

Повторити для лівої ноги.

3. Стрейчинг задньої поверхні стегна (стоячи)



В.п.: стоячи на лівій нозі, права нога попереду на п'ятці, руки на стегнах.

Присід з нахилом тулуба, затримка 10-15с.

Повторити для іншої ноги.

4.Стрейчинг гомілки



В.п.: поза «собака, що дивиться вниз».

Зігнути ліву ногу, затримка 10-30 с - випрямити.

Зігнути праву ногу, затримка 10-30 с випрямити.

5.Стрейчинг задньої поверхні стегна (лежачи)



В.п.: лежачи на спині, права нога догори, ліва зігнута.

Руки обхоплюють праву ногу-нахил до тулуба, затримка 10-30с.

Повторити для іншої ноги.

6.Стрейчинг сідниць та стегна (лежачи)



В.п.: лежачи на спині, ліва нога зігнута, права нога на коліні лівої.

Руки обхоплюють стегно- нахил тулуба, легкий дискомфорт, 10-30с.

Повторити для іншої ноги.

7.Стрейчинг сідниць та стегна (йога «голуб»)



Передпліччя на підлозі, затримка 10-30с.

Повторити для іншої ноги.

8.Стрейчинг квадрицепса (лежачи на боці)



В.п.: лежачи на лівому боці, ліва рука під плечем, права нога зігнута назад.

Рукою тримати стопу, затримка 10-30с.

Повторити для іншої ноги

9.Стрейчинг внутрішньої поверхні стегна



В.п.: сидячи на підлозі, ноги нарізно, долоні на підлозі попереду.

Нахил тулуба вперед, поперек нейтральний, 10-30с.

10.Стрейчинг задньої поверхні стегна (сидячі)



В.п.: сидячи на підлозі, ноги разом, руки на гомілках.

Нахил тулуба вперед, поперек нейтральний, 10-30с.

11.Стрейчинг спини (на колінах)



Округлити спину- затримка 10с.

Прогнути спину- затримка 5с.

Повторити 3 рази.

12.Стрейчинг всього тіла (на колінах)



Підняти стегна догори, випрямити ноги- 10-30с.

Поперек нейтральний.

13.Стрейчинг спини (йога «дитяча»)



Затримка 10-30с.

14.Стрейчинг попереку (лежачи)



Лежачи на спині, ноги зігнуті, руки обхопили гомілки – 10-30с.

15.Стрейчинг спини (лежачи, обертання ніг)



Лежачи на спині, ноги зігнуті, руки вбік.

Опустити ноги вправо - 10-30с.

Опустити ноги вліво – 10-30с.

Виконувати 3 рази на тиждень, по 1-3 підходи кожної вправи. Затримка в позиціях повинна бути комфортної-дискомфорт легкий біль відчувати не можна. Дихати рівно і спокійно, без затримки дихання. Перед виконанням переконатися, що місце для тренування безпечно та без слизької поверхні.

Ще один дуже корисний ресурс – це контакт із природою. Вам пропонується щонайменше один-два рази на тиждень проводити час у лісі або парку. **Лісотерапія** – це не просто прогулянка, а усвідомлене перебування на природі з залученням уваги до звуків, кольорів, запахів. Під час таких прогулянок бажано відмовитися від телефону і розмов, натомість сконцентруватися на диханні, кроці, русі вітру, шелесті листя. Це дає змогу нервовій системі відновитися природним чином. Під час ходіння намагайтеся усвідомлено відчувати, як ваші стопи торкаються землі при кожному кроці. З цією метою ходіть дуже повільно, дозволяючи вазі тіла переноситися по чергово на кожен зі стоп. Ступайте спочатку на п'ятку плавно переходячи на носок.

Розслабте плечі і звертайте увагу на те, щоб не стримувати подих і не блокувати колінні суглоби.. Спочатку ходіть повільно, щоб розвинути чуттєвість у ногах і стопах. Коли ви станете краще відчувати землю, можете змінювати ритм кроків в залежності від вашого настрою.

Через 2–4 тижні після початку практик буде проведено повторне тестування для оцінки змін. До цього часу рекомендується вести короткий щоденник спостережень: фіксувати, які техніки ви виконували, як реагував організм, які з них допомагали краще за все. Це дозволить вам краще зрозуміти власну динаміку та дасть змогу психологу точніше налаштувати подальшу роботу.

Нагадую, що ви можете звертатися до мене за підтримкою, якщо виникатимуть запитання чи труднощі. Усі ці вправи мають накопичувальний ефект – важливо практикувати їх регулярно. Навіть кілька хвилин на день – це вже вагомий крок до вашого психологічного добробуту.

Бажаю вам внутрішньої рівноваги, спокою та міцного здоров'я!



Звіт подібності

Метадані

Назва організації

Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

Заголовок

_Коцюбайло І.С_магістерська_робота_1

Автор

Науковий керівник / Експерт

Коцюбайло І.С.Олександр Непша

підрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



10285

Кількість слів



80293

Кількість символів