

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА:
ВПЛИВ МАЙНДФУЛНЕС МЕДИТАЦІЙ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН МОЛОДІ В
УМОВАХ ВІЙНИ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»

з напрямку 053 «Психологія»

ОНП «Клінічна психологія з основами психотерапії»

Студентки ОКР «Магістр»
Півень Ксенії Олександрівни
Наукова керівниця:
кандидатка психологічних наук, асистентка
кафедри психодіагностики та клінічної
психології
Вавілова Альона Сергіївна

Допустити до захисту
Кафедра психодіагностики та
клінічної психології
Протокол №_____ від _____
Завідувач кафедри:
Доктор психологічних наук, професор
Крупельницька Людмила Францівна

(підпис)

КИЇВ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА МАЙНДФУЛНЕС МЕДИТАЦІЇ, ЯК ЗАСОБУ РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ.....	7
1.1 Наукові підходи до визначення емоційного стану.....	7
1.2 Вплив війни на психічне здоров'я молоді.....	13
1.3 Теоретичний аналіз значення тривоги, депресії, стресу та симптоматики ПТСР у структурі емоційного стану.....	17
1.4 Теоретичні засади майндфулнес медитації.....	26
1.5 Застосування майндфулнес медитації, як засобу регулювання емоційного стану: огляд досліджень.....	31
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	38
2.1 Опис використаних методів дослідження.....	38
2.2 Процедура дослідження та збору даних.....	44
2.3 Характеристика досліджуваної вибірки.....	46
Висновки до розділу 2.....	52
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	53
3.1 Аналіз зібраних даних.....	53
3.2. Оцінка динаміки показників емоційного благополуччя в експериментальній групі.....	69
3.3. Визначення та аналіз впливу майндфулнес медитації.....	76
Висновки до розділу 3.....	80
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	86
ДОДАТКИ.....	97

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена сучасною російсько-українською війною та зростанням поширеності проблем психічного здоров'я серед молоді. Вплив сучасних війн на цивільне населення є недооціненим. Досвід та спостереження насильства, переміщення чи біженства, втрати близьких і руйнування звичного способу життя. Війна несе з собою не тільки фізичні загрози безпеці, але й психоемоційні. Молодь, яка перебуває на важливому етапі формування особистості та професійного самовизначення, є потенційно вразливою групою до впливу війни. Період молодості, у житті кожної людини, відзначається особливо чутливим до стресів та нестабільності. Тому дослідження сучасного стану проблеми та пошук ефективних втручань зараз є своєчасним та критичним.

Українське молоде покоління є важливою частиною суспільства, яка має одну з ключових ролей у розвитку країни. Вони не тільки сприяють економічному зростанню через свою трудову активність сплачуючи податки, а й беруть активну участь у волонтерських ініціативах та підтримують обороноздатність країни, у тому числі, через донати на потреби Збройних сил України. Враховуючи це, підтримка їхнього психічного здоров'я є важливим напрямом та своєрідним внеском у відновлення України після війни.

Майндфулнес, як форма медитації, має перспективу бути успішною інтервенцією для покращення емоційного стану. На відміну від концентрованої медитації, яка вимагає від учасника зосередження на одному об'єкті та може бути складною для людей з високим рівнем тривожності чи стресу, майндфулнес дозволяє учаснику прийняти свої поточні думки і відчуття без намагання їх контролювати або оцінювати, що може підвищити рівень усвідомленості і зменшити відчуття надмірної тривоги або безпорадності, які часто виникають у кризових ситуаціях. Як результат, майндфулнес медитація може надати кращу емоційну підтримку та сприяти певній резиліентності.

Значною перевагою під час війни є доступність майндфулнес медитації для

кожного. Ця практика не потребує спеціалізованого обладнання або значних фінансових витрат, що є важливим в умовах, коли доступ до інших ресурсів може бути обмеженим. Майндфулнес можна практикувати індивідуально або в групах, онлайн та офлайн, за допомогою застосунків, аудіозаписів або написаних методів. Це забезпечує певну гнучкість у залежності від особистих потреб та обставин.

До закордонних науковців, що займались дослідженням майндфулнес медитацій та їх впливом на емоційний стан належать J. Kabat-Zinn, M. Linehan, R. Davidson, S. Lazar, D. Goleman, Z. Segal, T. Brach, M. Siegrist, E. Hoge.

В Україні дослідження цієї теми знаходиться на стадії розвитку. До українських науковців, які займаються дослідженням та розвитком даного напрямку належать О. Романчук, О. Давидова, Т. Гера.

Об'єкт дослідження: емоційний стан молоді.

Предмет дослідження: емоційний стан молоді в умовах війни під впливом майндфулнес медитацій.

Метою дослідження є вивчення впливу майндфулнес медитацій на емоційний стан молоді в умовах війни.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання дослідження:**

- 1) Проаналізувати наукові підходи до визначення «емоцій» та «емоційних станів», здійснити теоретичний аналіз впливу війни на психічне здоров'я особистості, охарактеризувати теоретичну та практичну основу майндфулнес медитації.
- 2) Виявити показники емоційного стану (тривоги, депресії, рівня сприйняття стресу та симптоми ПТСР) української молоді в умовах війни.
- 3) З'ясувати ефективність впливу майндфулнес медитації на емоційний стан молоді шляхом порівняння показників тривоги, депресії, стресу та симптомів ПТСР учасників експериментальної та контрольної групи.
- 4) Визначити психологічні особливості впливу майндфулнес медитацій на емоційний стан молоді під час війни.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених завдань було використано такі методи:

- Теоретичні методи: аналіз, синтез, індукція, дедукція, порівняння, узагальнення.
- Емпіричні методи: опитування, анкетування, експеримент. Були використані такі інструменти як Шкала тривоги Спілбергера (STAI), Шкала депресії Бека (BDI-2), Шкала сприйманого стресу (PSS-10), Перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5), Опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА).
- Статистичні методи: описово статистичний аналіз, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз, дисперсійний аналіз, регресійний аналіз.

Організація дослідження та емпірична база. Дослідження було проведено методом інтернет-опитування за допомогою Google Forms. У опитуванні взяли участь 86 осіб різного соціально-демографічного складу від 19 до 35 років, які проживають в Україні та за її межами. Респонденти були розподілені на дві групи: експериментальну та контрольну. До експериментальної групи увійшли 22 людини, що проходили курс майндфулнес медитацій протягом 4 тижнів за допомогою українського застосунку для медитацій Svitlo. Контрольну групу склали 23 людини, що не зазнавали інтервенцій. Досліджувані групи складались переважно з осіб, що мали показники середнього та високого рівня вимірюваних шкал.

Наукова новизна одержаних результатів:

- Поглиблено знання про застосування майндфулнес медитацій у соціокультурному контексті України.
- Поглиблено розуміння ефективності майндфулнес медитацій в умовах війни.
- Уточнено сучасний рівень емоційного стану української молоді.
- Уточнено психологічні особливості впливу майндфулнес медитацій на емоційний стан молоді під час війни.

Апробація результатів дослідження відбулась на:

- І Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування» 17-18 жовтня 2023 року, за результатами якої було опубліковано тези «Медитація як інструмент зниження рівня тривожних проявів під час війни».

- I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Мозок, культура, особистість» 23-24 листопада 2023 року, за результатами якої було опубліковано тези «Нейропсихологічні аспекти впливу майндфулнес медитації на мозкову діяльність».

Структура та обсяг роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 114 сторінок. Робота містить 18 таблиць, 13 рисунків і 7 додатків. Список використаних джерел налічує 92 найменування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА МАЙНДФУЛНЕС МЕДИТАЦІЇ, ЯК ЗАСОБУ РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

1.1 Наукові підходи до визначення емоційного стану

Етимологічно термін «емоція» прийшов з французької літератури наприкінці 16-го - початку 17го століття. Вперше він з'явився в англійській мові, як переклад французького слова «*émotion*», що означало фізичне збудження чи фізичне хвилювання. Британський перекладач Джон Флоріо включив його у один зі своїх перекладів, за що потім мав вибачатись перед своїми читачами за введення «неотесаних термінів» [1].

Протягом довгого часу термін «емоція» змінювався у визначенні та вжитку, описуючи такі широкі категорії, як «апетити», «пристрасті», «афект» або «почуття». Вже у 18му столітті це слово почало більш широко використовуватися в англійській мові, часто означаючи тілесні збудження, що супроводжують психічні відчуття. А з середини того ж століття його стали вживати описуючі розумову сферу, замість тілесної.

Емоції стали повноцінним теоретичним терміном у 19му столітті. Великий внесок у це здійснив шотландський лікар-філософ Томас Браун. Браун був першим, хто розглядав «емоцію» як основну теоретичну категорію в академічному вивченні розуму, і його підхід мав найбільший вплив для того періоду. Він зазначав, що точне визначення терміну «емоція» важко сформулювати словами, кажучи що кожна людина сама для себе розуміє, що означає це слово. Не дивлячись на це, філософ намагався визначити «емоції» як яскраві почуття, що виникають безпосередньо від розгляду, сприйняття, запам'ятовування чи уявлення об'єктів, або від інших попередніх емоцій [2]. Тобто на відміну від відчуттів, які безпосередньо викликаються зовнішніми об'єктами, емоції спричинені психічним «розглядом» сприйнятих об'єктів.

Емоції дійсно більш багатогранні та варіативні, це не прості «відчуття», а щось, що складається з різних частин або компонентів.

Наступними одними із перших дослідників, які зробили вагомий внесок у вивчення емоцій, були Джеймс Ланге та Вільям Джеймс, які у 1885 році опублікували свою працю «The Emotions», у якій представили свою теорію, відому як «теорія Джеймса-Ланге» [3]. Згідно з нею, емоції виникають як результат фізіологічних реакцій на подразники. Тобто фізіологічні зміни в організмі (наприклад, зміна серцебиття, дихання) відбуваються першими, і лише на основі цих змін мозок інтерпретує емоцію. З цього, можна сказати, ми не плачемо тому, що сумні, а сумні через те, що плачемо. Праці цих науковців стали фундаментом для периферійного підходу до вивчення емоцій.

Отже, за Ланге та Джеймсом, емоції – це сприйняття та обробка фізіологічних реакцій внаслідок зовнішніх подій. Аналізуючи цю теорію, ми можемо розуміти, що вивчення емоцій та емоційних станів базується на фізіологічних аспектах. Замість того, щоб розглядати емоції як внутрішні стани, ця теорія стверджує, що емоції виникають через переживання фізіологічних змін, що виникають внаслідок конкретного подразника.

Волтер Кеннон, критикуючи теорію Джеймса-Ланге, запропонував власну таламічну теорію Кеннона-Барда [4], яку ми можемо віднести до нейрофізіологічного підходу. Згідно з нею емоційні процеси ініціюються у мозку, а фізіологічні зміни є наслідком цих процесів, а не їх причиною. Він писав про те, що центральним елементом у формуванні емоцій є таламус, який сприймає і переробляє інформацію від органів чуття до мозку, а також досліджував роль кори головного мозку в емоційному регулюванні. Це підкреслює більш складний і взаємопов'язаний підхід до розуміння емоцій, що включає інтеграцію як фізіологічних, так і нейрологічних компонентів.

Повертаючись до висновку Томаса Брауна, щодо складнощів точного формулювання терміну, можна сказати що це дійсно складна тема. Із Брауном погоджувались і досі згодні багато науковців, що досліджували емоції, у тому числі і Керрол Ізард. Психолог-науковець Ізард провів дослідження, де респондентами були

провідні дослідники в галузі емоцій [5]. Результатом було те, що серед науковців існують значні розбіжності в тому, як вони визначають «емоцію». Це відображає загальну проблему у науковому співтоваристві, де одне і те ж слово може мати багато різних і часто неузгоджених значень. Серед вчених, опитаних Ізардом, навіть була висунута точка зору, що цей термін є настільки неоднозначним, що від нього слід відмовитися.

Емоції, за Ізардом, це комплексна взаємодія між нейробиологічними процесами, емоційними відчуттями та когнітивними оцінками, які впливають на наші рішення та дії. У одній із своїх фундаментальних праць «The Psychology of Emotions» науковець розглядає емоції з еволюційно-онтогенетичної перспективи, підкреслюючи їхню роль для адаптаційної поведінки і виживанню, спонукаючи до дії, підтримуючи соціальні взаємини та забезпечуючи мотивацію. У книзі він надає таке визначення: «Емоція – це переживання особливого почуття, яке впливає на наше сприйняття, мотивує нас, формує наше мислення та керує нашими діями» [6]. Емоції мають центральну роль у мотивації, оскільки вони мотивують поведінку, що сприяє адаптації. Наприклад, страх може спонукати до уникнення небезпеки, тоді як радість може спонукати до соціальної взаємодії та плекання відносин. Емоції, за Ізардом, включають комплексну взаємодію між нейробиологічними процесами, емоційними відчуттями та когнітивними оцінками, які впливають на наші рішення та дії.

Також Ізард запропонував диференціювати емоції на фундаментальні та похідні, виділяючи специфічні особливості кожної і розглядає їх як окремі, добре визначені явища, кожне з яких має унікальні характеристики. До фундаментальних базових належать інтерес/хвилювання, радість, гнів, страждання, горе/страждання, презирство, страх, сором, провина, відраза [5].

Керрол Ізард у своїх дослідженнях акцентував увагу на тому, що вирази обличчя є ключовою і нерозривно пов'язаною, але не єдиною складовою емоцій. Ізард у 1979 році створив систему для об'єктивного кодування мимічних проявів основних емоцій [7]. Спочатку він дослідив анатомію людського обличчя, визначив активність м'язів у різних мимічних виразах, а далі ідентифікував характерні

експресивні зміни, що відповідають кожному універсальному емоційному виразу обличчя. Кожне виявлене зовнішня зміна отримала свій кодовий номер. Яскраві прояви базових емоцій зазвичай характеризуються однією або кількома змінами у кожній із трьох зон обличчя.

Це говорить нам про те, що мімічні зміни на обличчі, які ми часто вважаємо суб'єктивними або неясними, можуть бути систематизовані та аналізовані об'єктивно. Це дослідження полегшує розуміння емоційних станів, що має значний вплив на психологічні дослідження, зокрема експериментальні, а також на практичне застосування в клінічній психології.

У своїх роботах та висновках Ізард часто ґрунтувався на роботах Чарльза Дарвіна, автора концепції природного відбору, звідки і бере початок еволюційний підхід до вивчення емоцій. У своїй праці «The Expression of the Emotions in Man and Animals» 1872 року, Дарвін висловлював гіпотезу, що емоційні вирази обличчя мають еволюційне походження та служать спільним для людини і тварин комунікативним функціям [8]. Він аргументував, що емоційні вирази допомагають вижити, полегшуючи спілкування та реагуючи на середовище. Тобто Дарвін описує емоції як «виразні реакції, які виникають в результаті адаптації до середовища і мають біологічне значення для виживання виду».

Зокрема, про еволюційну користь емоцій писали та досліджували Девід Басс та Рендольф Нессі.

Басс у своїх роботах розглядає емоції як механізм, що дозволяє істотам пристосовуватися до змін у середовищі та виживати в умовах загроз та можливостей [9]. Він виділяє ключові емоції, такі як страх, радість, гнів і смуток, які мають адаптивні функції у забезпеченні безпеки, розмноження та соціальної взаємодії.

Рендольф Нессі є відомим психіатром та автором книги «Good Reasons for Bad Feelings», у якій розглядає психічні розлади та емоції, як продукт еволюційного відбору. Він аргументує, що багато емоційних станів, які можуть здаватися негативними, мають адаптивний характер і можуть бути виправданими у контексті еволюційних виборів. Він визначає емоції як «механізми, які виникли в результаті еволюції, щоб забезпечити організму адаптивні реакції на важливі для виживання

ситуації» [10]. Нессі вважає, що емоції допомагають в регуляції поведінки шляхом посилення їх та відповідно реакцій. У своїй праці психіатр буквально називає негативні емоції та можливі пов'язані з ними розлади «пожежною сигналізацією» у відповідь на загрози.

Таким чином, еволюційний підхід до вивчення емоційного стану наголошує на тому, що емоції є результатом природного відбору та виконують важливі функції у виживанні, комунікації та розмноженні різних видів. Цей підхід підкреслює, що емоції не просто випадкові або незначущі психічні процеси, а критично важливі інструменти, що допомагають організмам адаптуватися до складних соціальних і фізичних середовищ.

Існує ще один підхід, який варто розглянути, це когнітивний. Когнітивний підхід у психології емоцій зосереджується на важливості ментальних процесів у формуванні емоційних реакцій. За цим підходом, емоції вважаються результатом когнітивної оцінки подій, що дає змогу індивіду інтерпретувати і реагувати на різноманітні ситуації. Основні вчені та теорії в цьому напрямку представлені нижче.

Одним з ключових представників когнітивного підходу є Річард Лазарус, який розробив теорію когнітивної оцінки. Лазарус вважав, що емоції виникають коли індивід оцінює подію як значущу для своїх особистих цілей. Ця оцінка поділяється на два типи: первинну, де оцінюється, чи є подія позитивною чи негативною для особи, та вторинну, де визначається, які ресурси у особи є для впорядкування з ситуацією [11].

Якщо спробувати винести щось спільне та сформулювати визначення, засноване на всіх перелічених підходах, то можна сказати, що емоції – це складні психологічні стани, які включають аспекти, такі як суб'єктивний досвід, когнітивні оцінки, фізіологічні відгуки та виражені поведінкові реакції. Емоції виникають у відповідь на внутрішні або зовнішні події, які мають особливе значення для індивіда, та відіграють ключову роль у адаптаційних процесах, допомагаючи організму готуватися до дій. Вони часто мають вплив на міжособистісні взаємини та соціальні взаємодії.

Емоційні стани – це складні психологічні явища, які характеризуються певною

тривалістю та інтенсивністю переживань, що відрізняються від короточасних емоційних реакцій [12]. Це може бути збудження, страх, пригнічення/депресія, тривога. Основними характеристиками емоційних станів є: тривалість (вимірюється годинами та днями), причинність (пов'язані з конкретними подіями чи ситуаціями), вплив на поведінку та сприйняття, відображають та залежать від індивідуальних особливостей (темперамент, характер, стійкі риси особистості) [13].

Серед емоційних станів, які існують у людей, основними формами у яких вони виявляються є: емоції, почуття та афекти [14]. Ці терміни часто використовуються для опису різних аспектів емоційного досвіду. Емоції – це інтенсивні, часто короточасні стани, що виникають у відповідь на певні події або думки. Вони мають чітко виражені фізіологічні компоненти (наприклад, зміни у серцебитті, диханні, гормональному фоні) та впливають на поведінку. Емоції стандартно ділять на позитивні та негативні, іноді ще нейтральні. Почуття – це особистісні переживання емоцій, які є більш стійкими та глибокими. Вони включають когнітивну оцінку емоцій та їхнє інтегрування в особистісні структури. Почуття мають більш складний і розгорнутий характер і часто пов'язані з певними думками або спогадами. Наприклад, це може бути любов, вдячність, ностальгія. Афекти – це основні, часто неусвідомлені емоційні реакції, які є більш елементарними і загальними, ніж специфічні емоції. Вони мають меншу тривалість та менш виражену когнітивну складову. Афекти можуть проявлятися як негайні реакції на стимули, нерідко на базальному, біологічному рівні (наприклад, задоволення чи дискомфорт).

Усі емоційні стани прямо пов'язані з потребами особистості. Їх інтенсивність і характер залежать від актуальної потреби, а також від можливості її задоволення. Чим сильніше та важливіше для людини є ця потреба, тим більш виразними є її емоційні реакції. Задоволення або невиконання цих потреб відображається в позитивних або негативних емоційних станах відповідно. Виникнення емоційних станів - це складний процес, що охоплює як психологічні (наприклад, потреби та мотиви), так і фізіологічні аспекти (наприклад, нервову та ендокринну системи) [15].

Сергій Максименко розглядає емоційні стани людини як комплексні взаємодії між її потребами, емоціями, почуттями і діяльністю. У посібнику «Загальна

психологія» його авторства, емоційні стани включають такі компоненти, як стрес, афект, настрій, пристрасті та почуття. Всі ці елементи мають глибокий зв'язок з повсякденними переживаннями людини, її соціальними інтеракціями та внутрішньою психологічною динамікою [16]. Значення емоційних станів у житті людини Максименко особливо підкреслює через їхню здатність впливати на особистісний розвиток та поведінку. Емоції та почуття не просто реакції на події, але також важливі складові, що визначають мотиваційну та вольову сфери особистості, її здатність до саморегуляції та адаптації в соціальному середовищі .

1.2 Вплив війни на психічне здоров'я молоді

Війна є однією з найбільш деструктивних та травматичних подій, що можуть вплинути на життя людини. Її вплив на психічне здоров'я є глибоким і багатовимірним, враховуючи як безпосередні бойові дії та небезпеку, так і довгострокові соціальні та економічні наслідки, які вона викликає. Наслідки такого впливу можуть бути тривалими і мають потенціал формувати майбутнє наступних поколінь.

Війна має руйнівну силу для нашого психічного здоров'я. Вона може викликати різноманітні психологічні реакції, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривогу, та інші емоційні та поведінкові розлади. Люди втрачають суб'єктивну стабільність, а у їх життя приходять радикальні зміни. Це може бути втрата близьких людей, втрату дому, сім'ї, травми, перервання освіти та кар'єри, вплив інформаційного середовища, міграція та багато іншого.

Військові конфлікти належать до психотравмуючих ситуацій, які сприяють розвитку травми та пов'язаних з нею порушень та розладів.

Туриніна О. Л. у своїй праці «Психологія травмуючих ситуацій» [17] пише про травмуючі ситуації, як про події або обставини, що можуть призвести до серйозних психологічних чи фізичних наслідків для людини. Вони можуть включати загрозу для життя, можливість серйозних травм або поранень, а також сприйняття фізичного

насильства щодо інших осіб.

Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів (DSM-5), що є стандартом для психіатрів у діагностиці поведінкових порушень, надає наступне визначення травми. Травма це загроза смерті (власної чи інших), експозиція до смерті інших, серйозні травми або сексуальне насильство, які сталися один раз або більше разів [18]. Це має значення, якщо людина сама переживала подію, була свідком, дізналась що подія трапилась з близькою людиною, відчуваю повторюваний чи екстремальний вплив повторювальної події. Фактично пережиття людиною зазначених травмуючих подій, у один зі вказаних способів, є критерієм А у діагностиці ПТСР.

Найбільш поширені психічних проблеми, які можуть виникати або погіршуватися внаслідок військових конфліктів: ПТСР, депресія, фобічні розлади, розлад адаптації, тривога і тривожні розлади, підвищена афективність та агресивність, проблеми з довірою, проблеми зі сном, розлади харчової поведінки, зловживання психоактивними речовинами.

Згідно з інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від 2022 року, вплив війн та інших надзвичайних ситуацій на психічне здоров'я значний. Майже всі люди, які зазнають надзвичайних ситуацій, переживають психологічний стрес, включно з тривогою, безнадійністю, розладами сну та фізичними болями. У осіб, які пережили війну або конфлікт протягом останніх десяти років, ризик розвитку депресії, тривожних розладів, ПТСР, біполярного розладу або шизофренії становить близько 22%, що приблизно одна одна людина з п'яти [19]. Особливо вразливими є люди з тяжкими психічними розладами, які потребують доступу до базових потреб і клінічного догляду. ВООЗ також акцентує на необхідності забезпечення психосоціальної підтримки та медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, а також важливості впровадження довготривалих рішень для покращення психічного здоров'я після криз.

На 2019 рік, за даними іншого метааналізу, приблизно 242 мільйони дорослих, які пережили війну та проживають у постконфліктних районах, стикаються з ПТСР, що становить значну проблему. Для порівняння, близько 238 мільйонів дорослих, які

пережили війну, відчувають вплив великого депресивного розладу [20].

У останні десятиліття темі наслідків війни приділяється багато уваги у літературі та дослідженнях. Наприклад, одне з досліджень проведене на мікрорівні показує, що конфлікти призводять до більшої кількості смертей та інвалідності, ніж будь-яка серйозна хвороба, руйнують спільноти та сім'ї, та перешкоджають розвитку соціально-економічної структури націй [21].

Проте, незважаючи на безліч досліджень з даної проблеми, інформації про вплив військових конфліктів на психічне здоров'я є значно меншою, ніж на про вплив на соціально-економічні, аграрні та політичні фактори.

На нашу думку, це напряму залежить від розподілу фінансування досліджень та зацікавленості уряду країни. Тільки у останні десятиліття влада розвинених країн почала розглядати психічне здоров'я, як важливу складову людського капіталу країни, що впливає на ринок праці, витрати на охорону здоров'я, рівень благополуччя та інші фактори. Більш того, країни, які перебувають у воєнних конфліктах, зазвичай не здійснюють інвестиції у психічне здоров'я, пов'язане з цими конфліктами, через недостатність ресурсів, політичне планування, неефективне управління та корупцію. Оскільки у таких країнах, що перебувають у стані війни, зазвичай відсутні чіткі обов'язки, щодо інвестування коштів у психіатричну допомогу після війни, такі ініціативи розглядаються як вияви доброї волі та гуманітарних прагнень.

Продовжуючи аналіз наявних наукових досліджень про вплив військових конфліктів на психічне здоров'я, можна зазначити ще одну сумну тенденцію. Ще менше доступно інформації та даних про вплив на психічне здоров'я цивільного населення. Адже пріоритетом є допомога військовим та ветеранам, розробка стратегій ефективною психологічної допомоги. Як наслідок маємо те, що, на даний момент, мало обґрунтованих досліджень та надійних результатів з цієї теми.

Аналіз наявних досліджень впливу війни на психічний стан цивільного населення вказує на значні психічні наслідки, які можуть тривати довгі роки після завершення конфліктів і навіть розповсюджуватись на наступні покоління. У різних сценаріях ведення і закінчення сучасних воєн цивільне населення завжди є жертвою

фізичного та психологічного насильства. Цивільні особи ті, хто несе найбільший тягар втрат, включаючи тривалу хворобливість та смертність [22]. Адже сучасні війни ведуться не тільки на фронті і прифронтових містах, але й сотні-тисячі кілометрів поза ними. Війна приходить у дім кожного та має значні жахливі наслідки, через застосування руйнівної високотехнологічної зброї, особливо в містах, де зосереджена велика кількість важливої критичної інфраструктури. Крім того, люди продовжують страждати від високого рівня незахищеності та страху через порушення прав людини, злочини та нестабільність, навіть після укладення мирної угоди [23].

Війна збільшує інцидентність та поширеність психічних розладів, особливо серед жінок та інших вразливих груп, таких як діти, літні особи та інваліди, при цьому рівень травми корелює з доступністю фізичної та емоційної підтримки [24].

Жінки в умовах війни можуть зіткнутися з особливими травмуючими ситуаціями, такі як підвищений ризик сексуального насильства та фізичного насильства. Вони можуть відчувати глибшу депресію та анксіозність. Діти, які живуть в умовах війни, можуть мати проблеми з адаптацією в школі, поведінкові розлади та затримки у розвитку.

Також, на нашу думку, молодь є однією з уразливих груп, адже вони знаходяться на етапі становлення себе як особистості, закінченні навчання, початку кар'єри, будівні сім'ї. Але під час війни молодь має великі складнощі у лаштуванні планів на особисте життя, адже воно стає непередбачуваним та мінливим, втрачається внутрішня опора.

За результатами дослідження «Вплив війни на молодь в Україні» з початком повномасштабного вторгнення молодь, окрім відключення електроенергії, найбільше турбує здоров'я, фінансова скрута, небезпека, психічне здоров'я, відсутність можливості для розвитку, неможливість працевлаштування [25].

Українська молодь у даний час має високий рівень тривожності, але частіше він викликаний специфічними чинниками для кожної особи індивідуально. Хоча звісно ці чинники, так чи інакше, пов'язані з життям в умовах війни. До того ж існує чітко виражена тенденція підвищення рівня тривожності у людей, які перебували в

зоні конфлікту, це стосується і осіб, які були переміщеними [26]. Підвищена тривожність має серйозний вплив на переміщених осіб, оскільки впливає на адаптацію і дезадаптацію в нових умовах, що в свою чергу може приводити до ізоляції і депресії.

1.3 Теоретичний аналіз значення тривоги, депресії, стресу та симптоматики ПТСР у структурі емоційного стану

Під час війни у повсякденному житті людей є багато стресорів, які можуть радикально впливати на емоційний стан особи та її здатність до психічної адаптації. Вплив війни викликає широкий спектр психічних реакцій, від легких емоційних збурень до серйозних розладів, які можуть вимагати професійного втручання.

Зазвичай у людини, яка переживає досвід війни, може виникати різні емоційні стани та симптоматика розладів психічної сфери, до яких відносяться і тривога, депресія, стрес та симптоми ПТСР.

Американська психіатрична асоціація визначає тривогу як очікування майбутньої небезпеки або негативної події, супроводжуване відчуттям дискомфорту або фізичними ознаками напруги. Фактори ризику можуть виникати як у внутрішньому, так і у зовнішньому світі [27].

За М. Савчиним, тривога є станом гострого внутрішнього хвилювання, який пов'язаний з прогнозуванням невдачі, ризику або очікуванням чогось важливого та значущого в умовах невизначеності, який відбувається у свідомості людини [28].

Тривога характеризується підвищеною пильністю, напруженням та підвищеною готовністю до дії. Емоційна складова тривоги включає почуття стурбованості, туги та побоювання. За концепцією Барлоу тривога є емоційним станом, що орієнтований на майбутнє і пов'язаний з очікуванням можливих негативних подій, тоді як страх - це реакція тривоги на наявну або очевидну небезпеку, будь то реальна чи уявна [29]. Тобто, на відміну від страху, що виникає як реакція на конкретну загрозу, тривога є переживанням нечіткої, невизначеної загрози. Когнітивний аспект включає переживання про майбутнє, румінації та

занепокоєння, які можуть перешкоджати раціональному мисленню.

Тривога є вродженою частиною людського організму, який готується протистояти можливій небезпеці. Ми можемо відчувати вразливість, навіть якщо іноді ми не можемо точно пояснити, з чого вона виникає. У минулому, коли наші предки зіткнулися з небезпекою від диких тварин або ворожих племен, їх організми підготовлювалися до боротьби або втечі. Хоча сучасні загрози давно набули іншого характеру, і ми не так часто опиняємось під загрозою смерті, наш організм все ще реагує так само. У помірному обсязі тривога може бути корисною, оскільки мотивує нас діяти в складних ситуаціях і реагувати швидко. Проте, якщо тривога стає надмірною або триває дуже довго, навіть найпростіші завдання можуть стати важкими або ж непосильними.

Підвищена тривожність може значно впливати на повсякденну поведінку особи, обмежуючи її здатність до соціальної взаємодії, професійної ефективності та загального життєвого задоволення. У випадках патологічної тривоги, яка може бути розладом, необхідно вживати спеціалізовані заходи для лікування і відновлення нормального функціонування.

Психопатологічними конструктами тривоги є [30]:

- Схильність до негативних прогнозів або катастрофічного мислення, що характеризується тенденцією тривожної особи передбачати ширший діапазон негативних наслідків у порівнянні з не тривожними особами, виходячи з повсякденних ситуацій і сприймаючи небезпеку цих негативних можливостей як неминучу та непереборну.
- Страх перед помилками або патологічний перфекціонізм, означає тенденцію акцентувати увагу на помилках та недоліках виконаних завдань, а не на позитивних результатах, а також страхувати та передбачати, що ці недосконалості неминуче призведуть до негативних і катастрофічних наслідків.
- Нетерпимість до невизначеності, визначається як тенденція думати, що неможливо емоційно витримати той факт, що не всі можливі майбутні сценарії та події відомі, не витримувати сумніву, що серед можливих майбутніх подій

можуть бути негативні, навіть якщо ця ймовірність дуже низька, або боятися, що якщо є негативні можливості в певному сценарії, то саме вони неминучі або мають тенденцію відбутись.

- Негативна самооцінка, яка характеризується тенденцією до прогнозування катастрофічних сценаріїв, які безпосередньо впливають з негативної оцінки власних практичних навичок або результативності, та здатності контролювати емоції та відновлюватися у складних та стресових ситуаціях (негативна самооцінка слабкості).
- Потреба в контролі, яка визначається як наполегливі зусилля та ілюзії тривожною особою, що вона може запобігти всім негативним можливим ситуаціям, які вона сама постійно боїться та передбачає в румінаціях, через безперервний моніторинг і маніпулюванням аспектами зовнішньої або внутрішньої реальності.

Патологічна тривога може проявлятися різними способами [31]:

- Тривожні та стресові думки та відчуття.
- Фізичні симптоми, включаючи серцево-судинні (швидке серцебиття, перебої в роботі серця, біль у грудях, високий або низький тиск, знепритомлення), дихальні (задишка, відчуття задавнення, астма), шлунково-кишкові (нудота, болі в шлунку, діарея, дисфункція кишечника), нейром'язові (тремтіння, жорсткість, оніміння, м'язова напруга, втома), неврологічні (відчуття слабкості або тремтіння, головокружіння), дерматологічні (висипання, зміна кольору шкіри, надмірне потовиділення) та сечовидільні (часте та раптове сечовипускання).
- Зміна поведінки, така як швидке збудження, неспокій, збільшення/зменшення апетиту та уникнення певних ситуацій, відсторонення.

З цієї симптоматики ми можемо побачити що, коли тривога має вже патологічний стан, вона набуває вигляду одного з тривожних розладів, описаних у DSM-5. До тривожних розладів відносяться: розлад соціальної тривоги, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, специфічні фобії, селективний мутизм та інші [18].

У клінічній практиці часто спостерігається коморбідність психопатологічних явищ тривоги та депресії. Подібні порушення нейрофізіологічних систем викликають розвиток тривожних та депресивних розладів, що призводить до високого рівня коморбідності/співвідношення цих станів [32].

Згідно DSM-5 депресія є одним з клінічних синдромів, що визначається наявністю ряду клінічних особливостей. Одними з основних ознак депресії є пригнічений настрій, втрата інтересу/зацікавленості або задоволення від речей, які раніше приносили його, втрата енергії [18].

За Аароном Беком, депресія характеризується трьома основними когнітивними ознаками, які він назвав «Тріадою Бека» [33]:

- Негативне бачення себе, у якому індивід бачить себе як недостойного, некомпетентного або невдачу.
- Негативне бачення світу, у якому індивід інтерпретує життєві події через призму бар'єрів, перешкод і небезпек.
- Негативне бачення майбутнього, у якому індивід очікує, що поточні труднощі або страждання триватимуть у майбутньому та невирішені.

Ця тріада є основою когнітивної моделі депресії Бека, яка стверджує, що депресія виникає в результаті песимістичних інтерпретацій досвіду, зокрема через спотворені автоматичні думки. Це відображає та підтверджує думку про те, що депресивний розлад, по суті, є розладом настрою.

За тріадою Крепеліна депресія має такі компоненти [34]:

- Зниження настрою, що характеризується почуттям смутку, порожнечі або безнадійності. Пригнічений настрій переважає над іншими станами і відчувається більшу частину дня, майже щодня.
- Сповільнення мислення, що включає труднощі з концентрацією уваги та здатність приймати рішення.
- Загальмованість психомоторних функцій, що має прояв у вигляді уповільнення рухових функцій, уповільненні мови, думок та фізичних рухів. Люди з депресією часто відчують стомленість, зниження енергії та втому, що може впливати на їх здатність виконувати щоденні завдання.

Отже, за цією тріадою, депресія проявляється як значне зниження настрою, яке супроводжується пригніченням психічної та рухової активності

При депресивних розладах спостерігається виражена низька самооцінка, думки самоприниження, самозневаження чи самозвинувачення. Частими також є суїцидальні думки та дії. Когнітивні процеси в таких осіб уповільнені, складні і здійснюються з великими труднощами. У їх свідомості переважають думки про власну безцінність, безперспективність життя та вчинені помилки. Також вони можуть відчувати погіршення фізичного здоров'я: порушення шлунково-кишечного тракту, зниження лібідо, втрату чи підвищення апетиту, зміни у смакових відчуттях, порушення сну та інше.

При субдепресії, яка визначаються меншою інтенсивністю симптоматики, домінують скарги на втому, апатію, небажання щось робити, загальне пригнічення, втрату інтересу до роботи та близьких. Люди з субдепресією сумніваються у власних здібностях, постійно переоцінюють правильність своїх дій, із важкістю приймають рішення.

Слід пам'ятати ще про підпорогову депресію, яка включає депресивні симптоми і впливає на її загальне психічне здоров'я та повсякденну поведінку. Хоча границі нозології залишаються нечіткими, термін «субсиндромальна» або ж «підпорогова» депресія було вперше введено Джаддом та іншими [35]. Вони визначили категорію субсиндромальної симптоматичної депресії як «наявність двох або більше симптомів депресії одночасно, які спостерігаються протягом більшості або усього періоду, не менше двох тижнів, і супроводжуються показниками соціальної дисфункції. Це відноситься до осіб, які не відповідають критеріям для діагнозів невеликої депресії, великої депресії або дистимії».

Стрес часто стає каталізатором депресивної симптоматики, активізуючи або загострюючи симптоми депресивного розладу.

Перше визначення стресу дав Ганс Сельє. За визначенням Сельє, стрес розуміється як універсальна реакція організму на будь-які вимоги, що ставляться перед ним [36]. Сельє особливо наголошував на важливості застосування поняття стресу для опису неспецифічних реакцій, а також відзначав, що стрес може виникати

у відповідь на різноманітні стимули, в тому числі емоційні. Стрес, за його словами, не є чимось, що слід уникати, адже він є невід'ємною частиною життєвого процесу.

Сальє розглядав стрес з фізіологічної точки зору, як реакцію. З психологічної можна сказати що стрес виникає, коли особа сприймає, що вимоги зовнішнього середовища надмірно великі або виходять за межі її можливостей адаптуватися [37].

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, стрес розглядається як психічне напруження або стан тривоги, викликаний складними обставинами у житті [38]. Цей стан є частиною нормальної людської реакції, яка мобілізує особу до дії у відповідь на виклики. Від того, як людина реагує на стрес, залежить її здатність до адаптації та загальне психологічне благополуччя.

Можливі джерела стресу в сучасному суспільстві можна класифікувати за чотирма основними категоріями [39]:

- Життєві та робочі умови.
- Взаємодія з іншими людьми.
- Соціальні фактори та фактори навколишнього середовища.
- Надзвичайні події (наприклад, війна).

Згідно з дослідженнями А. Каннера та його колег, серед типових повсякденних джерел стресу, можна виділити невдоволення власною зовнішністю або вагою, турботи про здоров'я членів родини, складнощі ведення домогосподарства, зростання цін на товари, стреси на роботі, фінансові труднощі, необхідність сплати податків та інші подібні проблеми [40]. Отже, з більшістю стресорами чи подразниками, які можуть стати стимулами, ми зустрічаємось у повсякденному житті майже щодня. Проте від сприйняття і емоційного стану людини, залежить чи стане подразник стресором чи ні.

Події, що викликають стрес у житті, можуть призвести до різних психологічних та фізіологічних змін, включаючи активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та симпатичної нервової системи [41]. Ці реакції можна вважати відгуками на психологічний стрес. Психологічний стрес, як адаптація до реакції «ботьби або втечі», може включати різноманітні фізіологічні реакції (включаючи нервову, ендокринну та імунну системи), які умовах хронічного

стресу, можуть бути шкідливими.

Зазвичай дослідження показують що під час стресу збільшується виявлення симптомів фізичних та психічних розладів, спостерігається негативний емоційний настрій і загальний стан погіршується [42]. Найбільш поширеними формами переживань у стресових умовах є тривога та депресія.

Стрес можна описати через три основні стадії, які були визначені Гансом Сельє в його теорії загального адаптаційного синдрому [43]:

Перша – стадія тривоги, я початкова реакція організму на стрес, яка активізує систему «боротьби або втечі», в результаті чого виробляються стресові гормони, такі як адреналін та кортизол. Організм готується до фізичної активності, що може включати збільшення серцебиття, підвищення кров'яного тиску тощо.

Друга – стадія опору, коли стресовий чинник триває і організм намагається адаптуватися до стану стресу. У цей період енергетичні ресурси організму використовуються щоб справлятися з триваючим стресором, організм намагається відновити свій внутрішній баланс та ефективність.

Третя – стадія виснаження, коли вже стрес триває довго. У цьому випадку якщо організм не здатний адаптуватися, він може досягти стану виснаження. На цій стадії ресурси тіла вичерпуються, що може призвести до зниження функцій імунної системи, збільшення вразливості до хвороб, фізичної слабкості, емоційних порушень.

Під час переходу від початкової реакції організму на стрес до більш тривалих стадій адаптації, важливо враховувати вплив цих стадій на психологічну стійкість особи. На цьому шляху від миттєвої тривоги до глибшого опору, організм не лише зазнає фізіологічних змін, але й зазнає значні емоційні коливання.

Під впливом стресу емоційна реактивність особи може зростати. Люди відчувають тривогу, роздратування, злість, смуток, відчуття перевантаження, безпорадність, невпевненість, втому. Емоційні реакції на стрес можуть значно варіюватися в залежності від особистості, досвіду та доступних стратегій керування емоціями.

Як вже обговорювалось, тривалий і інтенсивний стрес позитивно корелює з

більш серйозними і довготривалими розладами. На нашу думку, в межах досліджуваної теми війни варто розглянути ще один розлад, який позитивно корелює з симптомами депресії, тривоги та стресом – ПТСР. Розвиток ПТСР може бути спричинений одноразовою травматичною подією або може накопичуватися з часом через постійне впливання визначених стресових факторів, що не дозволяє індивіду адекватно відновитися або обробити травматичні досвіди.

Американська психіатрична асоціація визначає посттравматичний стресовий розлад як психічний стан, що розвивається після подій, які включають фактичну або загрозу смерті, серйозної травми, або сексуального насильства. Цей стан може виникнути у тих, хто безпосередньо пережив такі події, був свідком таких подій, дізнався, що ці події трапилися з кимось близьким, або випробував екстремальну відповідь на подібні події [44].

Діагноз ПТСР відрізняється від більшості інших психіатричних діагнозів тим, що для його встановлення важливою є конкретна травматична подія, яка включена у діагностичні критерії. Тим не менш, ця подія сама по собі не є достатньою причиною для розвитку ПТСР, оскільки у багатьох осіб, які потрапили у потенційно травматичну ситуацію, вона не призводить до цього розладу.

Метааналіз, який намагався оновити оцінки ВООЗ про поширеність психічних розладів у надзвичайних ситуаціях, зазначає що поширеність ПТСР має широкий діапазон серед населення, який варіюється від 3% у свідків і до 88% серед безпосередньо постраждалих [45]. При тому за результатами дослідження проведеному у 2017 році, приблизно 5,6% респондентів, які зазнали травми, мали довічний діагноз ПТСР [46]. Ці високі показники, особливо серед безпосередньо постраждалих, підкреслюють серйозність та глобальну проблему ПТСР як психічного розладу.

ПТСР має чітко визначені симптоми та діагностичні критерії згідно з DSM-5, які тривають протягом більше ніж одного місяця та викликають значний дистрес у різних, важливих для особи, аспектах життя [18]:

- Наявність травматичної події.
- Інтрузивні симптоми. Постійні спогади, нав'язливі думки, нічні кошмари,

флешбеки, які можуть супроводжуватися фізичними реакціями або відчуттями страху, що спонукає особу переживати травму знову і знову.

- Уникнення стимулів. Особа уникає місць, людей, розмов та активностей, які можуть нагадувати або асоціюватися з травматичною подією, що може призвести до значного обмеження її повсякденних активностей.
- Негативні зміни в думках і настроях. Це може включати стійкий негативний емоційний стан, негативні переконання про себе та інших, відчуття відчуженості або емоційної віддаленості від інших, зменшення інтересу до значущих захоплень або втрата позитивних емоцій. Також це включає неможливість пригадати деякі важливі аспекти події.
- Підвищена збудливість та реактивність. Підвищена пильність, реакції наляканості, збільшена дратівливість або гнів, труднощі з концентрацією або засинанням, ризикована поведінка, афективність.

Аналізуючи ці критерії, можна помітити, що існує велика подібність до інших розладів, описаних у DSM-5, пов'язаними із настроєм і тривогою. Емоційне та фізіологічне збудження, є загальними ознаками тривожних розладів, такими як фобічний розлад чи панічний розлад. Сильні негативні почуття, такі як провина та сором, зниження інтересу до речей та людей, у яких був раніше зацікавлений, проблеми з концентрацією та порушення сну, є ознаками великого депресивного розладу та генералізованого тривожного розладу [47]. Тобто, якщо усунути критерій А (наявність визначеної травматичної події), то диференціація від розладів, що входять до спектру депресії чи тривоги, буде вкрай важкою.

Такі критерії, як постійне переживання травми та намагання уникнути цього, на нашу думку, є виразом глибоких емоційних коливань, які відбуваються всередині людини. Постраждалі можуть відчувати ангедонію, алекситимію, песимізм та негативізм, відчуженість, почуття провини, страх і тривогу, вибухи неконтрольованого гніву та інше. І це не просто емоційні реакції, а стани, які можуть тривати роками, що чинить великий вплив на емоційну регуляцію і загальну психологічну адаптацію до повсякденного життя.

1.4 Теоретичні засади майндфулнес медитації

Майндфулнес медитація або медитація усвідомленості, відома також як усвідомлена медитація, є формою медитації, що зосереджується на розвитку здатності усвідомлено спостерігати за своїми думками, емоціями та тілесними відчуттями в теперішньому моменті, без оцінки чи реакції. Ця практика витоки бере з буддійської традиції, але її адаптовано в західній психотерапії як ефективний метод редукції стресу, тривожності та покращення загального психічного здоров'я.

Термін «mindfulness» в англійській мові з'явився, як переклад з мови палі терміна «sati». У технічному розумінні «sati» вказує на психічну стійкість, яка заважає розірванню концентрованої уваги [48]. Палі – це мова, якою спочатку були записані вчення Будди.

У перекладі на українську мову «mindfulness» означає «усвідомленість» або ж «уважність». Тому у сучасній науковій літературі ми можемо зустріти такі взаємозамінні назви однієї і тієї ж медитативної практики, як «майндфулнес медитація», «медитація усвідомленості» чи «медитація уважності».

Важливим початком розвитку руху майндфулнес було створення Клініки зменшення стресу та програми зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR) у медичному центрі Університету Массачусетса під керівництвом доктора філософії Джона Кабат-Зінна у 1979 році. MBSR виник як спосіб реагування на виснажливий стрес у пацієнтів амбулаторного прийому, часто стикаючись з хронічним болем. На даний момент у клінічній практиці існує значна частина втручань з використанням медитації усвідомленості, яка базується на цій програмі, наприклад когнітивна терапія на основі усвідомленості [49].

Кабат-Зінн визначає майндфулнес як усвідомлення, яке виникає за допомогою свідомого спрямування уваги на поточний момент, без засудження досвіду від моменту до моменту. Він описує майндфулнес як процес, який залучає увагу до поточного моменту з відкритістю, цікавістю та прийняттям [50]. Кабат-Зінн акцентує на ідеї, що майндфулнес не є технікою, яку можна просто виконувати, а радше станом буття, до якого потрібно постійно прагнути. Ця практика включає розвиток

здатності усвідомлювати свої думки, відчуття, навколишнє середовище у реальному часі, що дозволяє людині краще розуміти себе та свої реакції на різноманітні події життя.

Фундаментом для створення майндфулнес медитацій Кабат-Зінн та його колеги розглядали взаємодію між буддизмом та психотерапією. Техніки для майндфулнес медитації, на основі MBSR, переважно виникають з буддійських спостережних практик. Научення психічної стабільності, яка заважає розірванню уваги, проходить через різноманітні стилі буддійських практик усвідомленості.

У книзі Деніеля Гоулмана майндфулнес медитація розглядається як одна з двох форм медитативної практики, де другою є концентрована медитація [51]. Згідно з Гоулманом, ця практика включає невід'ємний аспект неоцінювання власних думок, відчуттів, та емоцій, дозволяючи індивіду спостерігати свій внутрішній досвід без спроб змінити його.

Бішоп та його колеги у своїй праці зазначають, що майндфулнес включає два компоненти: саморегуляцію уваги та орієнтацію на досвід. Вони визначають майндфулнес як саморегуляцію уваги таким чином, щоб вона спрямовувалася на безпосередній досвід, дозволяючи краще розпізнавати психічні процеси в поточний момент [52].

Даніел Сігел, видатний професор психіатрії, вніс значний вклад у поняття майндфулнес через свою роботу на перетині психології, нейронауки та медитаційних практик. Він розглядає майндфулнес як засіб досягнення «усвідомленого здоров'я». Отримані результати дослідження, проведеного психіатром Сігелем у 2007 році, свідчать про те, що практика майндфулнес сприяє полегшенню перебігу хронічних захворювань та розладів, збільшує толерантність до болю, підвищує рівень емоційної стійкості та здатності протидіяти стресу, покращує показники одужання та загальної якості життя [53]. Ці результати підкреслюють важливість і вигоди практики майндфулнес для пацієнтів з різними хронічними захворюваннями та розладами.

Також Сігел розробив модель нейронної інтеграції, яка вважає, що майндфулнес може впливати на різні області мозку, що відповідають за

саморегуляцію, емпатію та емоційний відгук. Він стверджує, що регулярна практика майндфулнес може допомогти зміцнити мозкові шляхи, що підтримують ці функції, тим самим підвищуючи емоційну стійкість та сприяючи психічному здоров'ю [54].

Інша група науковців провели дослідження, що також вказує на практичну клінічну цінність майндфулнес медитації. Дослідження показують, що майндфулнес медитація може впливати на пластичність мозку, підвищувати концентрацію, зменшувати симптоми тривожності та депресії, і навіть покращувати загальне фізичне здоров'я. Ці ефекти пояснюються змінами у виробленні та регуляції нейротрансмітерів і гормонів, що відбуваються під час медитаційної практики [55].

Узагальнюючи, можна сказати що майндфулнес це форма медитації, яка характеризується наміреним актом уважного спостереження думок, емоцій та відчуттів у тілі, з акцентом на нейтральне і неупереджене ставлення. Це не просто техніка, а ширша практика, що охоплює методи самоосвіти та зміни свідомості.

Майндфулнес медитація включає декілька методів, які можуть бути адаптовані під індивідуальні потреби та переваги практикуючих. Кожен метод покликаний культивувати більшу усвідомленість і зменшити стрес. До основних відносяться сидяча медитація, ходяча медитація, сканування тіла.

Сидяча медитація, чи медитація усвідомленості дихання, вимагає сидіти у зручній позі з прямою спиною і закритими очима. Практикуючі фокусують увагу на своєму диханні, на відчуттях повітря, яке входить та виходить через носові проходи або руху живота при диханні. Дослідження показують, що медитація усвідомленості дихання може зменшити стрес, покращити увагу і знизити симптоми тривожності. Особливо ефективною вона є для зниження реактивності на стресові події [56].

Під час ходячої медитації, практикуючі повільно ходять, зосереджуючись на відчуттях в ногах або на своєму диханні. Цей метод дозволяє підтримувати медитацію у русі і може бути особливо корисним для тих, хто відчуває складнощі з довгим сидінням, що може бути особливо корисно при РДУГ. Ходяча медитація демонструє поліпшення уваги, зменшення стресу та підвищення емоційної стійкості. Вона також може сприяти фізичному здоров'ю завдяки легкій фізичній активності [57].

Метод сканування тіла включає ментальне «проходження» через різні частини тіла, від голови до п'ят, для ідентифікації напружень і відчуттів. Це допомагає розвинути більшу усвідомленість власного тіла та знизити фізичний та емоційний стрес. Сканування тіла доведено як ефективний засіб для зниження стресу, поліпшення сну та зменшення симптомів хронічного болю. Цей метод особливо корисний для осіб, що страждають від болю і напруги у тілі [58].

За видами практики майндфулнес можна умовно розділити на повсякденні, формальні медитаційні та ретритні практики [59].

Повсякденна практика майндфулнес передбачає інтеграцію усвідомленості в звичайні дії, не змінюючи рутину нашого життя. Наприклад, можна звертати увагу на відчуття під час ходьби, смак їжі під час прийому їжі, або сприймати красу оточення, через яке ми проходимо, поки йдемо по справам. Це збільшує нашу присутність у моменті та сприяє глибшому усвідомленню повсякденного життя.

Формальна медитація вимагає відведення часу для «тренувань» нашого розуму. Це зазвичай включає короткі періоди, протягом яких ми сидимо в тиші та концентруємо увагу на обраному об'єкті, такому як дихання. Після досягнення певного рівня концентрації, увага спрямовується на будь-які домінуючі відчуття чи емоції, що відчуваються у тілі. Це можуть бути різні відчуття – біль, свербіж, тепло та інше, а також думки та емоції. Цей метод дозволяє розвинути глибше усвідомлення власних внутрішніх станів та реакцій. Окрім того, залежно від виду практики, увагу може скеровувати спеціаліст вживу або за допомогою запису медитаційної практики. Ця увага може виходити за межі тіла, наприклад звернути увагу на якийсь предмет у кімнаті, або звуки на вулиці.

Ретрити – це інтенсивні періоди практики, що повністю присвячені культивуванню майндфулнес. Вони часто включають триваліші сесії медитації, що чергуються з ходьбою та іншими формами практики. Виконання повсякденних дій, таких як їжа, прийом душу чи виконання домашніх справ, відбувається в тиші та використовується як можливість для практики усвідомленості. Такі ретрити можуть виявити, наскільки активним та неспокійним може бути розум, а також показати, як ми створюємо власні страждання у середовищі, де всі потреби задоволені. Інколи

ретрити можуть містити певні заборони. Наприклад, ритуал мовчання протягом певного періоду часу.

Після згаданих вище форм практик майндфулнес, важливо підкреслити, що інтеграція цих практик у повсякденне життя вимагає систематичності та самодисципліни. Завдяки регулярності практик, особа може поступово розвивати глибше розуміння своїх внутрішніх процесів і навчитися краще реагувати на стресові ситуації, зберігаючи спокій і зосередженість. Особливо корисним є застосування майндфулнес під час викликів повсякденного життя, де ці навички допомагають зберігати баланс та внутрішню гармонію.

Крім того, занурення у довготривалі ретрити або інтенсивні медитаційні практики може виявити глибші шари особистості та невирішені емоційні питання, які можуть впливати на поведінку та емоційний стан індивіда.

Успіх майндфулнес медитації значною мірою залежить від кількох ключових засад, які визначає Кабат-Зінн, як неоцінювання, терпимість, розум початківця (beginner's mind), довіра, нестарання [60].

Неоцінювання наголошує на важливості практикування майндфулнес без суджень. Це означає спостерігати за своїми думками та емоціями без автоматичного присудження їм значення «добре» або «погано».

Терпимість відображає глибоке розуміння того, що все відбувається у свій час. Ця засада допомагає приймати довший шлях до особистісного росту чи інших питань.

Кабат-Зінн закликає підходити до кожного моменту з «розумом початківця», який відкритий і свіжий. Це означає відмову від попередніх досвідів та стереотипів, які можуть заважати сприйняттю справжнього досвіду.

Розвиток довіри до себе та своїх відчуттів до власної інтуїції та відчуттів забезпечує більшу автентичність і ефективність у практиці.

Нестарання, тобто практика без прагнення досягти певного результату. Кабат-Зінн стверджує, що справжнє усвідомлення приходить, коли ми перестаємо прагнути до чогось іншого і просто «бути».

Ці засади допомагають практикуючому залишатися у моменті, незважаючи на

можливе зовнішнє розсіювання уваги чи внутрішній діалог, який часто може бути джерелом стресу та тривоги. Також майдфулнес може значно покращувати емпатійні здібності, знижувати емоційну реактивність на стресові стимули та схильність до румінації [61]. Це сприяє розвитку емоційної резилієнтності – здатності ефективно справлятися з життєвими викликами і стресом. Через регулярне застосування технік усвідомленості, індивід може покращити свої адаптивні стратегії у відповідь на негативні емоції.

1.5 Застосування майдфулнес медитації, як засобу регулювання емоційного стану: огляд досліджень

Майндфулнес медитація, яка має свої корені в буддійських практиках, сьогодні знайшла широке застосування в сучасному світі як засіб регулювання емоційного стану та підтримки психічного здоров'я. Зараз майдфулнес медитація визнана однією з ефективних психологічних інтервенцій і використовується у клінічній практиці для лікування різноманітних психічних розладів, включно з тривогою, депресією та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Огляд сучасних досліджень демонструє, як регулярна практика майдфулнес може впливати на когнітивну та емоційну регуляцію, покращуючи загальне благополуччя і здатність до саморегуляції.

Першими ми розглянемо дослідження, які вивчають вплив майдфулнес медитації на симптоматику тривоги, депресії і стресу. Дані розлади та їх симптоми є найбільш поширеними та впливають на якість життя великої кількості людей по всьому світу. Дослідження:

Марія Комаріях та її колеги у 2022 році провели рандомізоване контрольоване випробування, що вивчало ефективність майдфулнес медитації серед студентів вищої освіти, на депресію, тривогу та стрес [62]. У дослідженні взяли участь 122 студенти, розділені на інтервенційну та контрольну групи по 61 особі в кожній. Інтервенція полягала у щоденній 15-хвилинній практиці майдфулнес-медитації протягом 4 тижнів. Дослідження показало зниження середніх балів за шкалою

депресії, тривоги та стресу в групі інтервенцій, зокрема значні зміни були зафіксовані у рівнях стресу і тривоги порівняно з контрольною групою.

Інше дослідження було проведене Золарс та колегами у 2019 році, і мало на меті оцінити вплив майндфулнес медитації, на усвідомленість, психічне благополуччя та сприйнятий стрес серед студентів фармації [63]. У дослідженні взяли участь студенти фармації першого, другого та третього курсів. Вони медитували за допомогою додатка щонайменше 10 хвилин на день протягом чотирьох тижнів. Для збору даних використовувались попередні та кінцеві опитування. Згідно з результатами, майндфулнес-медитація значно підвищила рівень усвідомленості, психічне благополуччя та знизила сприйнятий стрес серед учасників. Регресійний аналіз показав, що включення загальних оцінок за шкалою здорового способу життя, як коваріат зберегло позитивний вплив медитації на зазначені показники.

Дослідження 2019 року, проведене Бургсталером і Стенсон, вивчався вплив керованої медитації усвідомленості на зниження тривожності та стресу серед студентів медичних спеціальностей [64]. Учасники (33 студенти віком від 19 до 22 років) протягом 8 тижнів щодня виконували від 5 до 12 хвилин медитації. Дослідження показало значне поліпшення всіх вимірних параметрів: зниження стресу та тривожності, підвищення усвідомленості та варіабельності серцевого ритму. Показники стресу, реактивної тривожності, тривожності як риси та загальної усвідомленості покращились після інтервенції. Найбільші покращення спостерігались у групі з найвищим дотриманням режиму медитації (загалом 424.05 хвилин медитації за весь період), зокрема значне зниження рівнів стресу і обох типів тривожності, а також підвищення рівня усвідомленості.

Дослідження, проведене Елізабет А. Хог та її командою у 2018 році, зосереджувалося на вивченні впливу майндфулнес медитації на біологічні реакції на гострий стрес у людей з генералізованим тривожним розладом (ГТР) [65]. Метою дослідження було з'ясувати, чи можуть інтервенції, засновані на медитації усвідомленості, змінити відповідні біомаркери стресу, що свідчить про збільшену стресостійкість у пацієнтів з ГТР. Зниження рівнів гормонів стресу: Учасники, які

проходили програму зниження стресу на основі усвідомленості, показали значно більше зниження концентрацій адренкортикотропного гормону та прозапальних цитокінів порівняно з контрольною групою. Також було відзначено значне зниження рівнів запальних біомаркерів у групі, яка практикувала. Ці результати підтверджують гіпотезу, що тренування усвідомленості можуть зменшувати біологічні відповіді на стрес, що є корисним для загального здоров'я, особливо у пацієнтів з тривожними розладами.

Дослідження проведене Бамбер та Морпет, та опубліковане у 2018 році, зосереджується на аналізі впливу медитацій майндфулнес як методу зменшення тривожності серед студентів вищих навчальних закладів [66]. Мета-аналіз включав як студентів, які вже мали діагностовані тривожні розлади, так і тих, хто не мав клінічних показань анксіозності. Загальний ефект від використання майндфулнес-медитації виявився позитивним і статистично значущим, що вказує на ефективність таких інтервенцій у зменшенні рівня тривожності серед студентів. Особливо важливо, що кращі результати спостерігалися у студентів, які брали участь у програмах з більшою кількістю сесій майндфулнес медитації.

Мета-аналіз проведений командою вчених Зугман, Голдбергом, Гойтом та Міллер і опублікований у 2014 році, оцінює вплив майндфулнес-медитації на депресію та тривожні розлади у молоді [67]. Дослідники проаналізували статті, опубліковані протягом 2004-2011 років, що зосереджуються на молоді до 18 років, де майндфулнес медитації були основною складовою інтервенції. Загалом було включено в аналіз 20 статей. Результати показали, що майндфулнес-інтервенції ефективні та не несуть ятрогенної шкоди, з основним ефектом у малих та помірних межах. Проте більший ефект спостерігався при лікуванні психологічних симптомів порівняно з іншими змінними, а також у клінічних зразках порівняно з неклінічними. Такі дані вказують на значний потенціал майндфулнесу, як засобу для поліпшення психологічного благополуччя серед молоді, особливо на клінічній вибірці.

Дослідження, проведене Д. Еберт і П. Седлмеєром у 2012 році, було опубліковано в журналі «Mindfulness» та представляє метааналіз, що вивчав

ефективність майндфулнес медитації та її психологічні ефекти у неклінічній популяції [68]. Аналіз охоплює 39 досліджень, які відповідали встановленим критеріям відбору. які вивчали психологічні ефекти медитації усвідомленості в неклінічній популяції. Основними критеріями оцінки ефективності майндфулнес були зміни у психологічному стані учасників до і після медитації, а також порівняння з контрольними групами, які не практикували майндфулнес. Результати метааналізу виявили, що майндфулнес-медитація значно покращує психічне здоров'я, знижує рівень стресу та симптоми тривоги, а також сприяє підвищенню рівня уважності та емоційної стабільності. Виявлено також, що майндфулнес має позитивний вплив на загальне емоційне благополуччя, зокрема на покращення міжособистісних взаємин і зниження рівня депресії.

З ціллю вивчення психологічного функціонування довготривалих практиків медитації порівняно з людьми, які не медитують, але є демографічно схожими, Лайкінс та Баер у 2009 році провели дослідження [69]. У дослідженні було задіяно дві групи учасників: регулярні медитатори та демографічно подібні немедитуючі особи. Дослідження показало, що регулярна практика майндфулнес-медитації покращує психологічне благополуччя. Особи, які регулярно медитували, демонстрували вищий рівень усвідомленості, краще емоційне регулювання та меншу схильність до румінації порівняно з тими, хто не медитував. Також медитатори відзначались нижчими рівнями психологічних симптомів, таких як тривога і стрес.

Далі ми зосередимось на впливі майндфулнес медитації на ПТСР. Цей стан вимагає окремої уваги через його високу складність і зв'язок з травматичними подіями, що часто потребує спеціалізованого втручання. ПТСР має свої унікальні виклики, які можуть відрізнятися від загальних методів лікування інших емоційних станів.

Систематичний огляд та мета-аналіз, що фокусується на впливі медитації усвідомленості на посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з військовою службою, був проведений у 2021 році групою дослідників під керівництвом Лу-На Сун [70]. У аналіз було включено 19 досліджень з загальною кількістю учасників

1326 осіб, які порівнювали медитацію усвідомленості з різними контрольними умовами, включаючи стандартне лікування, групову терапію, зосереджену на сьогоднішньому, та психоедукацію з питань ПТСР. Результати показали, що медитація усвідомленості значно ефективніше зменшує симптоми ПТСР, порівняно з контрольними умовами. Різні формати проведення та тривалість інтервенцій були порівняно ефективними у поліпшенні симптомів ПТСР.

Дослідження, проведене Хусід та Вітилінгам, опубліковане у 2016 році, вивчало ефективність та механізми дії майндфулнес медитації у контексті лікування депресії, посттравматичного стресового розладу та тривожності серед ветеранів [71]. Дослідження базувалося на результатах систематичних оглядів та рандомізованих клінічних досліджень, відібраних із баз даних PubMed і Cochrane до 4 серпня 2015 року. Огляд включив 52 дослідження, які відповідали критеріям відбору, включаючи дорослих учасників з діагнозами. За результатами майндфулнес медитація допомагала пацієнтам зменшувати тяжкість депресивних симптомів незалежно від кількості попередніх епізодів великої депресії. А також покращувала симптоми ПТСР, якість життя, та рівень усвідомлення у ветеранів з бойовим ПТСР. Дослідження виявило, що майндфулнес медитація безпечна, відносно доступна і може бути рекомендована як доповнення до стандартного догляду або стратегія самодопомоги для основних психічних розладів, таких як клінічна депресія та ПТСР.

Дослідження Хопвуд та Шутте, опубліковане у 2017 році, зосереджувалося на мета-аналізі впливу інтервенцій на основі майндфулнес медитації на симптоми ПТСР [72]. В мета-аналізі оцінювалися результати 18 досліджень, де порівнювали учасників, що проходили програми на основі медитації усвідомленості, з тими, хто перебував у контрольних умовах. Основним результатом стало зниження рівня ПТСР у тих, хто практикував медитацію усвідомленості. Розмір ефекту від медитації усвідомленості був значущим і помітним у порівнянні з контрольними групами. Це означає, що медитація усвідомленості допомагала учасникам краще впоратися з симптомами ПТСР, такими як тривога, спогади про травматичні події, і емоційна напруженість. Ще однією важливою знахідкою було встановлення зв'язку між збільшенням рівня усвідомленості і зменшенням симптомів ПТСР. Дослідження, які

включали оцінку рівня усвідомленості, показали, що медитація усвідомленості підвищує цей рівень, що, в свою чергу, сприяє зниженню симптомів ПТСР.

Аналіз досліджень про вплив майндфулнес медитації на депресію, тривогу та стрес показав, що регулярна практика медитації може значно покращити психологічний стан осіб, що страждають цими станами. Зниження рівня депресії, а також помітне зменшення тривожності і стресу вказують на ефективність майндфулнес як терапевтичної інтервенції. Ці позитивні зміни в емоційному стані також супроводжуються підвищенням рівня усвідомленості і кращим емоційним регулюванням. Дослідження, що вивчали вплив майндфулнес медитації на ПТСР, демонструють її потенційну користь для зменшення симптомів цього складного розладу. Майндфулнес медитація допомагає знижувати інтенсивність і частоту нав'язливих спогадів та емоційної реактивності, характерних для ПТСР.

Висновки до розділу 1

Аналіз історичного розвитку та вивчення поняття "емоції", вказує на його складність і багатовимірність. Різні підходи до вивчення емоцій надають можливість розглянути цей феномен, як взаємодію між біологічними процесами та когнітивними оцінками в процесі формування емоційних реакцій. Емоції виступають не просто як психологічні стани, а як складні інтегративні та динамічні процеси, що включають нейробіологічні, когнітивні, адаптаційні аспекти та впливають на мотивацію, поведінку, взаємодію особистості з навколишнім світом.

Війна є психотравмуючою ситуацією. Військові конфлікти спричиняють значні психоемоційні порушення, зокрема через індукцію стресу, який може бути каталізатором тривожно-депресивної симптоматики та у результаті розладом. А сама війна, як подія, через експозицію до смерті своєю чи близьких та інші жахливі аспекти, може призвести до розвитку ПТСР.

Молодь, як частина населення, яка знаходиться на етапі становлення себе як особистості, формуванні своїх життєвих цінностей, закінченні навчання, початку кар'єри та будівництва сім'ї, на нашу думку, є однією з уразливих груп до розвитку

емоційних порушень в умовах війни.

Під час стресових подій відбуваються значні психофізіологічні зміни, що включають активацію стресових гормонів та загальну мобілізацію організму на боротьбу або втечу. Невдача у адаптації до цих подій призводить до виснаження та визначає чи розвинуться більш тривалі психічні розлади.

Згідно теоретичним засадам та результатами наявних досліджень, значення майндфулнес медитації в контексті психологічної адаптації до військових умов і стресу, може виявитись важливим у забезпеченні стратегій для керування емоційними реакціями, підтриманні ментального здоров'я, та зниженні існуючої симптоматики.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Опис використаних методів дослідження

У нашому дослідженні оцінка емоційного стану відбувалась у кілька етапів, які включали застосування інструментів, що відповідають меті дослідження.

Підбір методик ґрунтувався на їх валідності та надійності для вимірювання змін, що відбуваються в емоційній сфері осіб, залучених до дослідження, а також їх адекватності поставленим дослідницьким завданням.

Для проведення дослідження було обрано такі методики:

- Шкала тривоги Спілбергера (STAI);
- Шкала депресії Бека (BDI-2);
- Шкала сприйманого стресу (PSS-10);
- Перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5);
- Опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА).

На нашу цей інструментарій допомагає надійно оцінити рівень тривоги, депресії, стресу, симптоми ПТСР, які є важливими для розуміння впливу війни на емоційний стан молоді.

Шкала тривоги Спілбергера (STAI) була розроблена Спілбергером Ч. Д. та його колегами у 1970 році, для вимірювання двох типів тривоги: ситуативної (станової) і особистісної (як риси) [73].

STAI складається з 40 пунктів, поділених на дві шкали по 20 питань кожна (Додаток А). Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою. У нашій версії опитувальника варіюються для шкали ситуативної тривоги (СТ) від «зовсім ні» до «сильно», що відповідає від 1 до 4, та на шкалі особистісної тривожності (ОТ) від «майже ніколи» до «майже завжди», що відповідають такому ж числовому розподілу. Загальні бали шкал не сумуються, а інтерпретуються окремо. Результати можуть варіюватись від 20 до 80, де вищі бали вказують на більший рівень тривожності.

Шкала рівня ситуативної тривоги оцінює поточний стан тривоги, який може змінюватись відповідно до ситуації. Цей вид тривожності може проявлятися у формі страху, напруги, нервозності, занепокоєння, а також збудження вегетативної нервової системи. Відповіді на питання цієї шкали дають інформацію про те, як людина почувається «зараз». Шкала рівня особистісної тривожності рис оцінює відносно стабільні аспекти тривоги, як схильність до тривоги. Це включає загальні почуття спокою, впевненості та безпеки, що є характерними для індивіда незалежно від конкретної ситуації чи контексту.

За відсутності перекладу та адаптації на українську вибірку, ми взяли на себе відповідальність зробити переклад методики українською для використання у дослідженні. Дана процедура включала прямий та зворотній переклад шкали, з залученням колеги з підтвердженням рівнем англійської. Також ми розрахували показник надійності альфа Кронбаха для двох шкал за формулою:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^K \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

У результаті обчислення за шкалою СТ альфа Кронбаха = 0,917, за шкалою ОТ альфа Кронбаха = 0,861. Дані показники свідчать про високу внутрішню узгодженість, що підкреслює ефективність шкал у вимірюванні ситуативної та особистісної тривоги.

BDI-2 є оновленим переглядом шкали депресії Бека (BDI), розробленої Аароном Т. Беком у 1961 році, як інструмент для оцінки симптомів депресії [74]. BDI базується на клінічних спостереженнях, які дозволили визначити обмежений набір найбільш важливих і значущих симптомів депресії та скарг, які часто висувають пацієнти. Цей інструмент використовується як у клінічній, так і в дослідницькій практиці для оцінки ступеня важкості депресивних симптомів у пацієнтів.

BDI-2 була розроблена Аароном Беком та його колегами і вперше опублікована у 1996 році [75]. BDI-2 було оновлено, щоб відповідати новим діагностичним критеріям депресії, які були опубліковані Американською психіатричною асоціацією у DSM-4. У порівнянні з попередньою версією, усі твердження, крім трьох пунктів,

були переформульовані. Лише твердження, що стосуються почуттів покарання, думок про самогубство та інтересу до сексу, залишилися незмінними. Твердження, пов'язані зі змінами сприйняття тіла, втрати ваги, стурбованістю власним здоров'ям та труднощами у роботі, були замінені на твердження пов'язані зі втратою енергії, труднощами з концентрацією уваги, почуттям нікчемності, збудження/занепокоїння. А також, пункти втрати сну та апетиту були переглянуті, щоб оцінити як збільшення, так і зменшення сну та апетиту.

Шкала включає 21 пункт (Додаток Б), кожен з яких містить ряд тверджень, що відображають певний симптом або аспект депресивного розладу, та має дві підшкали (афективна та соматична). Методика розрахована для заповнення анкети методом самозвіту або разом з фахівцем. У кожному пункті респондентам пропонується обрати одне твердження, яке найкраще описує їх стан за останні два тижні, включаючи день заповнення. Кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів залежно від тяжкості симптомів, що дозволяє виміряти широкий спектр симптомів депресії від легких до виражених. Загальний бал може коливатися від 0 до 63 балів, де вищі значення відповідають більш серйозному рівню депресії. Норми оцінювання результатів за даною методикою такі:

- сумарний бал від 0 до 13 означає відсутність депресії;
- сумарний бал від 14 до 19 означає наявність легкої депресії;
- сумарний бал від 20 до 28 означає наявність помірної депресії;
- сумарний бал від 29 до 63 означає наявність важкої депресії.

BDI-2 офіційно перекладений на 17 мов. Української у цьому переліку немає. Нікітчук Уляна та її колеги намагались отримати дозвіл на переклад цієї методики, проте це не завершилось успіхом [76].

Для нашого дослідження ми обрали наявний переклад від центра психологічного здоров'я «Коло сім'ї» під керівництвом Олега Романчука, який знаходиться у процесі адаптації цієї методики, а також розрахували показник альфа Кронбаха.

Для даної методики на нашій вибірці коефіцієнт надійності α -Кронбаха становить 0,912, що свідчить про високу надійність інструменту. Цей показник є

доказом того, що інвентар є стабільним та послідовним у вимірюванні симптомів депресії.

PSS-10 (Додаток Г) є скороченою версією оригінальної шкали PSS. Шкала сприйманого стресу PSS була розроблена С. Коеном, Т. Камарком та Р. Мермелштейном у 1983 році, як інструмент для оцінки рівня стресу, який людина сприймає у своєму повсякденному житті [77]. Основою методики є теорія стресу Річарда Лазаруса. Лазарус вважає стрес процесом взаємодії між особистістю та зовнішнім середовищем, з акцентом на сприйнятті та суб'єктивній оцінці стресових стимулів [78]. Центральний аспект теорії Лазаруса – це концепція психологічної трансакції, що відбувається між індивідом та його середовищем, яка включає оцінку стресової ситуації та відповідну реакцію на неї.

Спочатку вона була розроблена як шкала з 14 пунктами, проте згодом автори повідомили, що версія з 10 пунктів (PSS-10) показала кращі психометричні характеристики, порівняно зі шкалою з 14 пунктів [79].

Шкала вимірює, наскільки ситуації в житті особи оцінюються як стресові, тобто до якої міри людина відчуває, що її життя є непередбачуваним, неконтрольованим та перевантаженим. Шкала складається з десяти пунктів, кожен з яких запитує респондента про його відчуття та думки за останній місяць. Відповіді оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта від «ніколи» до «дуже часто», що еквівалентно у числовому значенню від 0 (включно) до 4. Вищі сумарні загальні бали на шкалі вказують на вищий рівень сприйнятого стресу, що можна інтерпретувати як те, наскільки людина відчуває себе напруженою, а зовнішні обставини – непереборними.

Українські психологині-науковиці Вельдбрехт О. О. та Тавровецька Н. І. у 2022 році здійснили переклад на українську мову, адаптацію та апробацію шкали PSS-10 [80]. Апробація була проведена під час повномаштабного вторгнення на широкій вибірці, що є важливим для нашого та подальших досліджень в умовах російсько-української війни.

За даними апробації коефіцієнт надійності альфа Кронбаха для PSS-10 становить 0.840. Це свідчить про високу внутрішню узгодженість інструменту,

підтверджуючи, що питання шкали послідовно оцінюють однаковий психологічний конструкт – рівень сприйнятого стресу.

PCL-5 є оновленою версією опитувальника з Переліку симптомів ПТСР (PCL), розробленого у Національному центрі ПТСР у 1990 році, який відповідав критеріям ПТСР за DSM-4 [81].

PCL-5 був створений відповідно до оновлень у DSM-5. Розроблений Везерсом і Ліцом та ін. у 2013 році, PCL-5 включає значні зміни відносно попередньої версії, спрямовані на кращу оцінку спектра і тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу [82]. Зокрема, введено три нові пункти для оцінки додаткових симптомів ПТСР, ідентифікованих у DSM-5, таких як відчуття провини, негативні емоції та ризикована або саморуйнівна поведінка. Крім того, PCL-5 відмовився від використання різних модифікацій для окремих контекстів (військовий, цивільний і конкретні травматичні переживання), як це було в оригінальному PCL.

Незважаючи на те, що PCL-5 має одну основну версію, він пропонує три варіації, які відрізняються лише способом оцінки критерію А – наявність травматичної події. Перший варіант не оцінює критерій А. Другий варіант визначає критерій А та надає приклади кваліфікаційних подій, запитує респондентів ідентифікувати їх найгіршу подію і оцінює, чи відповідає найгірша подія критерію А. Третій варіант включає Перелік життєвих подій для DSM-5 (LEC-5) і більш детальну оцінку критерію А. У нашому дослідженні ми використали перший варіант.

Опитувальник має 20 питань (Додаток В), які оцінюють симптоми ПТСР за DSM-5. Симптоми відповідають критеріям розладу, зокрема симптомам інтрузії, уникнення, негативних думок та емоцій, а також надмірної реактивності. Заповнюється методом самозвіту за 5-10 хвилин. Респондентам пропонується оцінити, наскільки кожен симптом турбував їх протягом останнього місяця за п'ятибальною шкалою від "зовсім не" до "дуже", що у числовому виразі еквівалентно в межах від 0 до 4 балів.

Існують два підходи до інтерпретації результатів, при яких симптоми вважаються клінічно значущими:

- Підрахунок загальної кількості балів. Клінічно значущими вважаються симптоми, якщо людина сумарно набирає від 33 балів.
- Підрахунок по кластерах симптомів. Клінічно значущими вважаються симптоми, якщо пацієнт отримує 2 або більше балів за одне запитання критерію В (інтрузія), ті самі вимоги до критерію С (уникання). З питань, що відносяться до критерія D (негативні зміни в когнітивній сфері та настрої), потрібно щонайменше дві відповіді з вираженістю 2 бали або більше. До критерію Е (зміни збудження та реактивності) така сама вимога як. Клінічно значущими вважаються симптоми, якщо пацієнт отримує 2 або більше балів за одне запитання з критеріїв В та С, та за два запитання з критеріїв D та Е.

Для нашого дослідження ми використали переклад та адаптацію опитувальника українською мовою, який здійснив Безшейко В. Г. у 2016 році [83].

Опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА) є інструментом, що базується на широко відомій методиці PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), розробленій Д. Уотсоном, Л. Кларком та А. Теллегеном у 1988 році [84].

ОПАНА (Додаток Д) було розроблено та апробовано українськими психологинями-науковицями Кліманською М. Б. та Галецькою І. І. у 2020 році, для використання на українській вибірці. Коефіцієнти альфа Кронбаха становлять 0,91 для шкали ПА і 0,86 для шкали НА, що свідчить про високу надійність опитувальника [85].

Цей опитувальник призначений для оцінювання двох основних емоційних вимірів: позитивного афекту (ПА), що відображає інтенсивність переживань пов'язаних з активністю та задоволенням, та негативного афекту (НА), що відображає переживання негативних емоцій, таких як страх, злість або тривога. Кожна шкала включає низку тверджень, які описують різні емоційні стани. Респондентам пропонується оцінити, як вони відчували себе протягом певного періоду, від 1 – «майже або зовсім ні» до 5 – «дуже сильно».

Використання цієї методики є корисним у нашому науковому дослідженні для вивчення емоційної динаміки експериментальної групи протягом чотирьох тижнів. Великою перевагою даного інструменту є те, що період часу, за який потрібно

зібрати інформацію, може варіюватись відповідно до потреб дослідника.

2.2 Процедура дослідження та збору даних

На першому етапі дослідження було визначено дослідницьку ціль, здійснено пошук та огляд наукової літератури, підбір та переклад визначених методик, визначені критерії потрібної вибірки для дослідження. На цьому ж етапі було проведено розробку певних дослідницьких інструментів та ресурсів: створене за допомогою Google Forms інтернет-опитування, підбір матеріалу, написання інструкції для експериментальної групи, написання тексту-заохочення до участі у дослідженні, створена пошта та диск для дослідження, онлайн-форми для щотижневого опитування у рамках експерименту.

Інтернет-опитування визнані за їх ефективність та здатність швидко збирати дані в різних географічних локаціях [86]. Це є великою перевагою для досліджень, які проводяться в умовах війни. Вибір цього методу дозволив нам ефективно організувати збір великої кількості даних із зручністю для респондентів, а також сприяло швидкій та зручній обробці зібраних даних.

Також у рамках дослідження, було отримано дозвіл від Надії Браницької, клінічної психологині, на використання, у межах дослідження, її спеціалізованого додатку для медитації – Svitlo [87]. Цей додаток був ключовим ресурсом для практики майндфулнес медитації у експериментальної групи. Це забезпечило для дослідження якісні медитації, розроблені клінічними психологами, та стандартизовані умови медитації. За дослідженням Мані та його колег, схожі додатки є корисними для інтеграції майндфулнес технік у повсякденне життя людей, оскільки надають легкий доступ до медитаційних практик [88].

Наступним етапом був збір даних. Цей почався з залучення потенційних респондентів, за допомогою тексту-заохочення, через соціальні мережі та месенджери (Instagram, Telegram, Facebook). Цільова аудиторія – цивільна українська молодь від 18 до 35 років.

Збір даних та саме дослідження ґрунтувалося на наступних принципах:

етичність, конфіденційність, інформованість, добровільність, точність та об'єктивність. Усі особисті дані були кодифіковані та використовувались у межах даного дослідження, без доступу до них третіх осіб. Кожен учасник перед дослідженням мав змогу ознайомитись з детальною інформацією про дослідження та опитування. Участь у дослідженні була повністю добровільною, учасники мали змогу у будь-який час відмовитися від подальшої участі без будь-яких наслідків. Були використані стандартизовані інструменти та процедури.

Під час етапу збору даних та по його завершенні, було проведено первинну обробку, обрахунок та аналіз відповідей респондентів. Первинна обробка включає кодування рядків та стовпців для подальшого статистичного аналізу даних. У рамках цього, було присвоєно кожному учаснику «id», а відповіді учасників трансформовані у кількісні дані згідно з методологією кожної використаної шкали.

Обрахунок та аналіз відповідей респондентів включав вимірювання рівнів тривоги, депресії, сприйнятого стресу та симптомів ПТСР на зібраній вибірці. На цьому кроці зібрані дані піддаються первинному статистичному аналізу для отримання описових статистик. Це мало значення для ідентифікації учасників з клінічно значущими показниками по вимірюваним шкалам і розподілу їх по групам (експериментальна та контрольна). Учасники були відібрані в експериментальну та контрольну групи на основі їхніх показників за шкалами, а також за бажанням участі у певній групі.

Після того як було завершено первинну обробку даних і учасники були розподілені на контрольну та експериментальну групи, починається сам експеримент. Цей етап є ключовим.

На початку експерименту, учасники обох груп отримали детальну інформацію про експеримент та надали свою згоду та підтвердження участі у дослідженні. Після цього учасники отримали інструкції:

- Учасники експериментальної групи отримали наукові джерела за темою майндфулнес медитацій, для ознайомлення з даним напрямом, а також інструкцію (Додаток Ж). Файл з інструкцією містив організаційну інформацію, нагадування що участь є добровільною, поради щодо практики та коротке

ознайомлення з даною формою медитацій, інструкції з користування додатком та промокод, а також графік медитацій. Інструкції також містили рекомендації щодо тривалості медитації (від 5 до 30 хвилин щодня) та поради щодо створення оптимального середовища для практики.

- Учасники контрольної групи мали продовжити своє звичайне життя без включення медитаційних практик. Їм було надано інструкції щодо утримання від будь-яких медитаційних занять та вивчення майндфулнес протягом періоду дослідження.

Для підтримки зв'язку та оцінки прогресу учасників, ми надсилали кожного тижня листи для експериментальної групи з онлайн-формою для проходження. Онлайн форма містила такі питання: регулярність виконання медитаційних практик за минулий тиждень, особисті відчуття у змінах рівня психоемоційного стану, реактивності емоцій, сприйняття стресу, сну, опитувальник ОПАНА та пару питань з відкритими відповідями (за бажанням учасників).

По завершенню чотирьохтижневого періоду експерименту, учасники знову заповнювали опитувальник, який містив ті ж самі психометричні шкали, що і на початку дослідження. Це дозволило виміряти зміни в емоційному стані двох груп та оцінити вплив майндфулнес медитації.

Зібрані дані були використані для статистичного аналізу та інтерпретації ефективності майндфулнес медитації у порівнянні з контрольною групою, що продовжувала звичне життя без медитацій. Детально про це описано у розділі 3.

2.3 Характеристика досліджуваної вибірки

Загальна вибірка була сформована на початковому етапі збору даних і включала всіх респондентів, які відповіли на опитування. Цей етап мав на меті зібрати максимально можливу інформацію про широке коло учасників для подальшого відбору осіб з клінічно значущими показниками вимірюваних шкал. Збір загальної вибірки дозволив виявити осіб, чий психоемоційний стан потребував подальшого вивчення та інтервенцій.

Важливі показники для опису загальної вибірки представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні показники загальної вибірки

Категорія	Параметри	N	%
Стать	Чоловік	16	19
	Жінка	70	81
Вік	18-25	34	39,5
	26-35	52	60,5
Місце перебування	Рідне місто	58	67
	Рідне місто (зона бойових дій)	1	1
	Внутрішньо переміщена особа (ВПО)	11	13
	Біженець (- ка) \ Закордоном	16	19
Освіта	Середня освіта	3	3,5
	Професійно-технічна освіта	4	5
	Вища освіта	76	88
	Наукове звання	3	3,5
Зайнятість	Безробітній (-ня)	7	8
	Студент (-ка)	6	7
	Робота part-time	8	9
	Робота full-time	40	47
	Поєдную роботу та навчання	15	17
	Самозайнята особа\підприємець	10	12
Діти	Є дитина	20	23
	Немає	66	77
Близькі у ЗСУ	Так	31	36
	Ні	55	64

У дослідженні взяли участь 86 осіб, з яких більшість (81%) становили жінки.

Віковий діапазон залучених респондентів від 19 до 35 років, середній вік складав 26 років.

Проте наявність у вибірці внутрішньо переміщених осіб (12.8%) та біженців (18.6%) вносить значний елемент невизначеності та можливого психоемоційного навантаження через зміни житлових та соціальних умов, а також через переживання втрати дому або почуття безпеки.

Більшість учасників проживає у своїх рідних містах, що не знаходяться у зоні бойових дій (67%), це може свідчити про певну стабільність у їхніх життєвих умовах. Одна людина вказала проживання у зоні бойових дій. Водночас, вибірка також включала внутрішньо переміщених осіб (13%) та біженців або осіб, що перебувають за кордоном (19%). Внутрішньо переміщені особи часто зазнають хронічних стресів та тривожності через втрату контролю над своїм життям та невизначеність майбутнього [89].

Близько 23% учасників мають дітей, що може підвищувати рівень стресу, особливо в умовах війни, де забезпечення безпеки для своїх дітей стає пріоритетним завданням. Переважна більшість 77% не мали дітей на час участі у дослідженні.

Освітній рівень респондентів високий – 88% осіб, які зазначили, що мають вищу освіту, 3,5% має наукове звання, 5% професійно-технічну освіту, 3,5% завершили середню освіту.

Роботу на неповний робочий день мають 9%, тоді як основна частина (46.51%) працюють повний робочий день. Повна зайнятість може надавати структуру дня і зменшувати психологічний тиск, надаючи відчуття відносної «нормальності» та певного контролю над життєвою ситуацією. До вибірки також входять студенти, які поєднують роботу та навчання (17%) та які лише навчаються (6%), та 7 безробітних осіб (8%). Десять учасників (12%) були самозайнятими або підприємцями. Різноманітність зайнятості серед учасників вказує на широкий спектр їхнього соціального становища. Зайнятість може бути джерелом стресу, але також і стабілізуючим фактором, що надає рутину та структуру життю.

Ще одним критерієм є наявність близьких людей, які знаходяться на службі в Збройних Силах України та беруть участь у бойових діях (36%).

Експериментальна група була сформована з учасників, які не тільки відповідали визначеним критеріям, щодо наявності клінічно значущих показників, але й підтвердили готовність брати участь у програмі з майндфулнес медитації та ознайомились зі своїми правами та обов'язками, успішно завершили експеримент, регулярно брали участь у медитаційних сесіях та відповіли на всі опитувальники, що були надіслані їм у процесі дослідження.

У таблиці 2.2 представлено статистичний опис експериментальної групи.

Таблиця 2.2

Соціально-демографічні показники експериментальної групи

Категорія	Параметри	N	%
Стать	Чоловік	4	18
	Жінка	18	82
Середній вік	18-25	7	32
	26-35	15	68
Місце перебування	Рідне місто	18	82
	Рідне місто (зона бойових дій)	1	4,5
	Внутрішньо переміщена особа (ВПО)	2	9
	Біженець (- ка) \ Закордоном	1	4,5
Освіта	Середня освіта	1	5
	Професійно-технічна освіта	0	0
	Вища освіта	19	86
	Наукове звання	2	9
Зайнятість	Безробітний (-ня)	1	5
	Студент(ка)	2	9
	Робота part-time	4	18
	Робота full-time	8	36
	Поєдную роботу та навчання	3	14
	Самозайнята особа\підприємець	4	18

Продовження таблиці 2.2

Діти	Є дитина	4	18
	Немає	18	82
Близькі у ЗСУ	Так	6	27
	Ні	16	73

Експериментальна група нашого дослідження включала 22 учасника, з яких більшість (81,8%) становили жінки, а основна вікова група (68,2%) була у діапазоні від 26 до 35 років. Майже всі учасники (81,8%) проживали у своїх рідних містах, та переважна більшість мала вищу освіту (86,4%). Зайнятість серед учасників була різноманітною: 36,4% працювали на повний робочий день, а решта розподілялася між частковою зайнятістю, поєднанням роботи та навчання, самозайнятістю, або були безробітними. У 18% є діти. Мають родичів у Збройних силах України 27,3%.

До контрольної групи нашого дослідження увійшли особи які, подібно до експериментальної групи, відповідали певним критеріям, проте ці учасники не практикували майндфулнес. Ще однією основною умовою для включення у контрольну вибірку, було заповнення фінального опитувальника.

У таблиці 2.3 представлено статистичний опис контрольної групи.

Таблиця 2.3

Соціально-демографічні показники контрольної групи

Категорія	Параметри	N	%
Стать	Чоловік	3	13
	Жінка	20	87
Середній вік	18-25	10	43,5
	26-35	13	56,5
Місце перебування	Рідне місто	17	74
	Рідне місто (зона бойових дій)	0	0,0
	Внутрішньо переміщена особа (ВПО)	1	4
	Біженець (- ка) \ Закордоном	5	22

Продовження таблиці 2.3

Освіта	Середня освіта	0	0,0
	Професійно-технічна освіта	2	9
	Вища освіта	20	87
	Наукове звання	1	4
Зайнятість	Безробітній (-ня)	2	8,7
	Студент(ка)	0	0,0
	Робота part-time	2	8,7
	Робота full-time	12	52,2
	Поєднує роботу та навчання	5	21,7
	Самозайнята особа\підприємець	2	8,7
Діти	Є	8	35
	Немає	15	65
Близькі у ЗСУ	Так	7	30
	Ні	16	70

Контрольна група дослідження включала 23 особи, із яких переважна більшість – жінки (87%). Основну вікову категорію склали особи 26-35 років (56,5%). Майже всі учасники (74%) проживали у рідному місті, а велика частина (87%) мала вищу освіту. Працюють на повний робочий день 52,2%. Має дітей 35% респондентів. Мають близьких людей у Збройних силах України 30%.

У ході аналізу експериментальної та контрольної групи для дослідження є помітним, що вони мають схожий профіль, і це є позитивним для валідності порівняння результатів. З огляду на ці описові статистичні характеристики, можна очікувати, що будь-які відмінності у результатах між цими двома групами ймовірно будуть пов'язані з впливом майндфулнес інтервенцій, а не з основними демографічними або соціальними відмінностями.

Висновки до розділу 2

У розділі 2 були описані такі використані методичні інструменти: Шкала тривоги Спілбергера (STAI), Шкала депресії Бека (BDI-2), Шкала сприйманого стресу (PSS-10), Перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5), Опитувальник позитивного і негативного афекту ОПАНА. Опис включав інформацію про наявність перекладу та адаптації українською мовою та, у разі відсутності, показники коефіцієнту альфа Кронбаха на нашій вибірці.

Процес збору даних був організований з використанням інтернет-опитувань, що значно спростило збір великої кількості даних та процедуру аналізу даних. Використання методу інтернет-опитування, створеного за допомогою Google Forms, дозволило залучити українських респондентів, які проживають у різних географічних регіонах, включаючи людей що мають статус ВПО та біженців.

У результаті збору даних було сформовано три вибірки: загальну вибірку, експериментальну та контрольну.

Загальна вибірка складалась з усіх респондентів, що пройшли опитування та містила 86 осіб різного соціально-демографічного складу.

Експериментальна група була сформована з учасників загальної вибірки та включала учасників, які мали клінічно значущі показники по досліджуваним шкалам, виявили готовність активно практикувати майндфулнес медитацію впродовж дослідження, та дійшли до кінця. Вибірка складалась з 22 осіб, які, за інструкціями, щоденно виконували медитаційні вправи та заповнювали тижневі опитувальники для відстеження змін у своєму емоційному стані. Учасники цієї групи отримали доступ до спеціалізованого додатку для медитації.

Контрольна група була сформована з загальної вибірки за тим самим критерієм, проте не мали практики медитації під час дослідження. Контрольна група складалась з 23 осіб, які не отримували жодних матеріалів з майндфулнес медитації, але заповнили перший та фінальний опитувальник, що й експериментальна група.

Протягом усього дослідження багато уваги було приділено етичним аспектам, зокрема забезпеченню конфіденційності інформації учасників.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Аналіз зібраних даних

У даному підрозділі ми зосередились на аналізі даних загальної вибірки, зібраних за допомогою Google Forms. До інтернет-опитування входили питання про соціально-демографічні дані та чотири відібраних методичних інструментарії. Аналіз включає статистичну обробку та інтерпретацію результатів.

Під час статистичної обробки відповідей респондентів ми провели розрахунок середніх значень та медіан, стандартних відхилень, здійснили розподіл відповідей для кожної використаної шкали, дослідили взаємозв'язки між показниками шкал та соціально-демографічними даними респондентів, порівняли результати між різними групами використовуючи емпіричні методи, а для обраних показників, застосували статистичні методи для визначення значущості результатів порівняння. .

З метою обробки та аналізу емпіричних даних було використано наступні статистичні методи: описово статистичний аналіз, кореляційний аналіз виконаний методом Пірсона, тести для визначення статистичної значущості різниці між групами методом t-критерій Стьюдента та непараметричним Mann-Whitney U test, додатково розраховували розмір ефекту за Cohen's d.

Розпочнемо з отриманих результатів та їх аналізу за Шкалою тривоги Спілбергера STAI, що вимірювала ситуативну (станову) тривогу та особистісну тривогу. Оскільки відсутня адаптація та апробація даної шкали на українську мову та вибірку, ми вирішили використати метод оцінки, заснований на процентилях (33,3% та 66,6%). Це дозволило нам порівняти результати респондентів та отримати більш уявлення про розподіл тривоги серед наших учасників.

За шкалою СТ оцінка рівня тривоги за балами інтерпретується як:

- від 0 до 48 низький рівень тривожності (32 особи) ;
- від 49 до 55 помірний рівень тривожності (26 осіб);
- від 56 до 80 високий рівень тривожності (28 осіб).

За шкалою ОТ рівні оцінка рівня тривоги за балами інтерпретується як:

- від 0 до 48 низький рівень тривожності (31 осіб);
- від 49 до 56 помірний рівень тривожності (26 осіб);
- від 57 до 80 високий рівень тривожності (29 осіб).

У таблиці 3.1 представлені основні статистичні показники STAI.

Таблиця 3.1

Статистичний опис шкали СТ та ОТ

Шкала	M	SD	Min	Max	25%	50%	75%
СТ	51,06	10,88	22	74	44	51	59
ОТ	51,69	8,89	27	70	45	52	59

У середньому рівні ситуативної та особистісної тривожності у респондентів збігаються та вказують на загальний помірний рівень тривожності серед респондентів. Таке співвідношення між СТ та ОТ може вказувати на їх взаємозв'язок. Особи з високою особистісною тривожністю можуть мати високі показники ситуативної тривожності, але не завжди. Стандартне відхилення для обох шкал є високим, що означає значну різноманітність результатів серед респондентів.

Гістограми розподілу для СТ та ОТ зображені на рисунку 3.1.

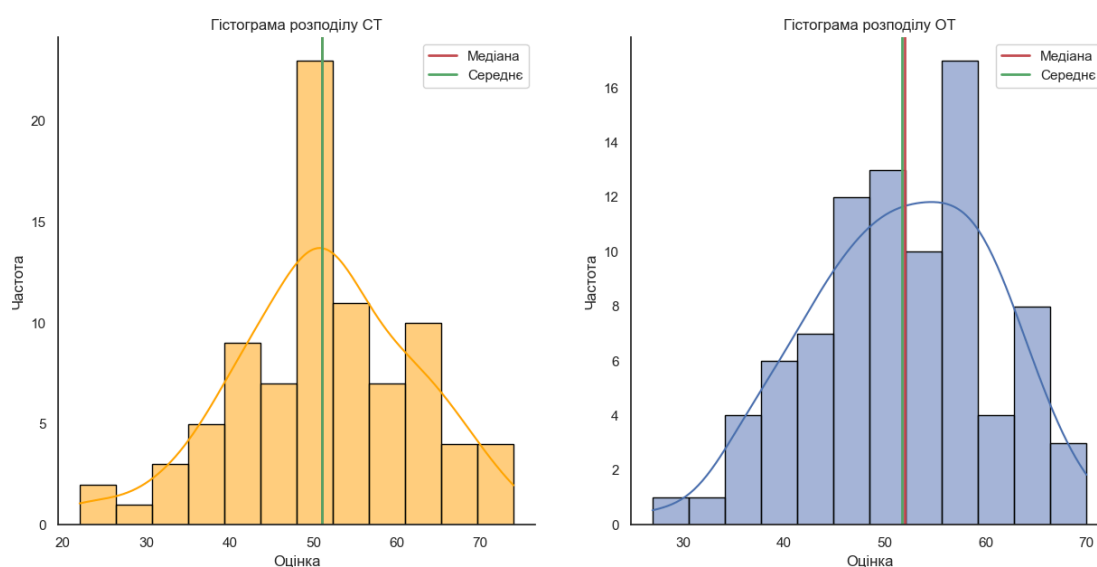


Рис. 3.1 Гістограми розподілу за шкалами СТ та ОТ

Гістограма для СТ наближена до нормальної форми розподілу, що містить невелику кількість осіб з дуже високою або дуже низькою тривогою. Більшість відповідей знаходяться у діапазоні від 44 до 59 балів.

Гістограма для ОТ демонструє більш концентрований розподіл балів до центру, порівняно з СТ, що вказує на більш однорідні рівні особистісної тривожності серед респондентів. Більшість балів сконцентрована в середньому діапазоні від 45 до 59, з меншими відхиленнями до вищих або нижчих значень.

На рисунку 3.2 зображена стовпчикова діаграма середніх значень за питаннями шкали СТ, для дослідження окремих питань.

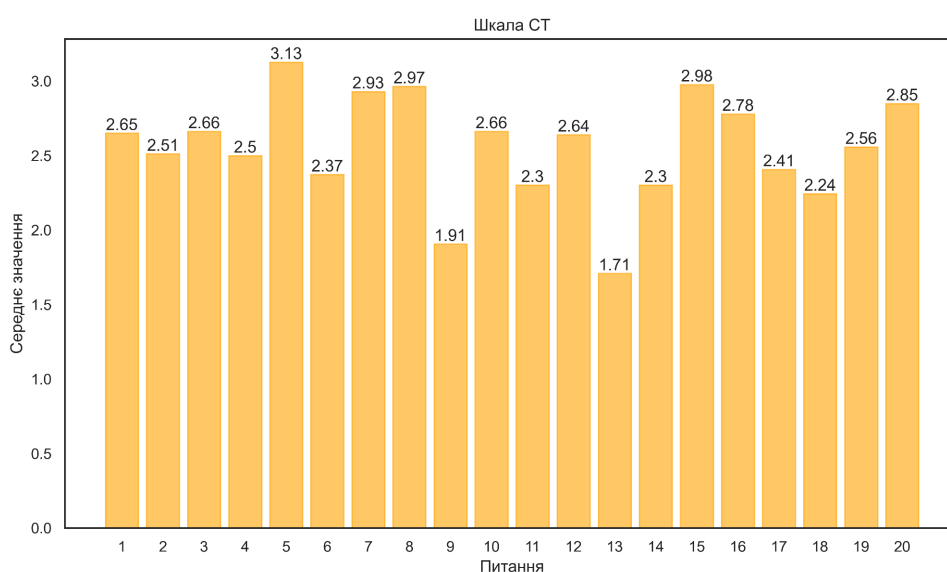


Рис. 3.2 Діаграма середніх значень за питаннями шкали СТ

Діаграма середніх значень за шкалою ситуативної тривоги зображує, як респонденти оцінюють свої внутрішні тривожні стани і думки у момент проходження опитування.

Питання, з найвищими середніми балами:

- 1) Питання 7 «Я турбуюсь через можливі неприємності\невдачі» = 2,93.
- 2) Питання 11 « Я відчуваю впевненість у собі» = 2,7.
- 3) Питання 3 «Я напружений (-а)» = 2,66.
- 4) Питання 12 «Я почуваюся нервово» = 2,64.
- 5) Питання 4 «Я відчуваю жаль» = 2,5 .

Найвищий бал має питання, пов'язане з тривогою за можливі майбутні події,

які ще не відбулись, що підкреслює проблему «завчасної» тривоги серед респондентів. Високий середній бал на питання про впевненість у собі, вказує на помірний рівень самовпевненості серед респондентів, що може бути певним фундаментом під час тривожних ситуацій. Відзначаються також високі рівні напруженості та нервозності, що є типовими індикаторами ситуативної тривоги. Питання про жаль може вказувати на наявність меланхолії чи печалі.

Звертаючи увагу на те, що дана шкала містить обернені питання, якщо обернути бали, то питаннями з найвищими середніми значеннями будуть питання – 5, 15, 8, 7, 20. Чотири з п'яти є оберненими питаннями і відповідають за легкість, розслаблення, задоволення та приємні почуття у момент заповнення даної шкали. Найвищі показники тут вказують на те що учасники майже не відчували цього.

На рисунку 3.3 зображена аналогічна діаграма за питаннями шкали ОТ.

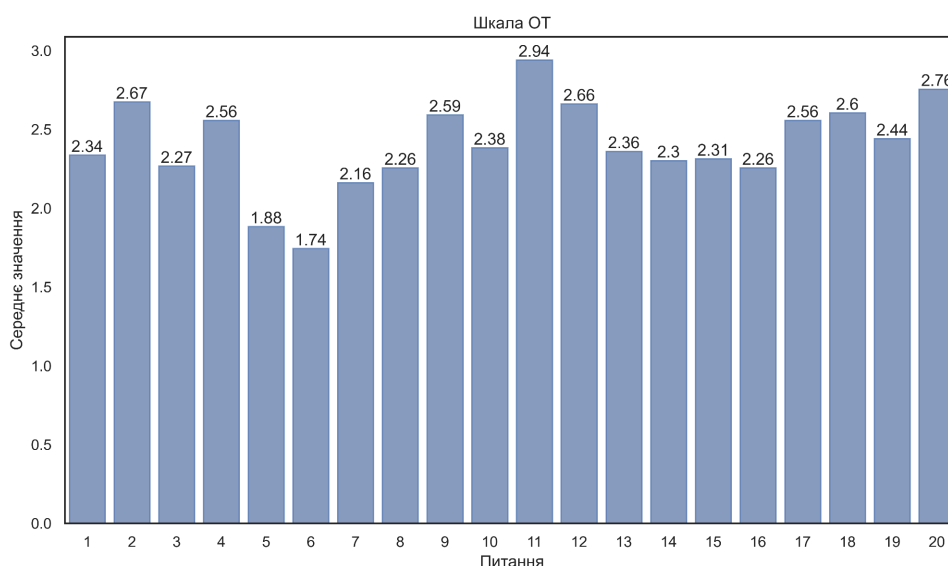


Рис. 3.3 Діаграма середніх значень за питаннями шкали ОТ

Діаграма середніх значень за шкалою особистісної тривоги показує, як респонденти оцінюють свої внутрішні тривожні стани і думки зазвичай/більшість часу.

Питання, з найвищими середніми балами:

- 1) Питання 11 «Я маю тривожні думки» = 2,94.
- 2) Питання 20 «Я відчуваю напругу та хвилювання, коли думаю про свої нещодавні турботи та справи» = 2,76.

- 3) Питання 2 «Я відчуваю нервозність і неспокій» = 2,67.
- 4) Питання 12 «Мені бракує впевненості в собі» = 2,66
- 5) Питання 18 «Я так гостро сприймаю розчарування, що не можу викинути їх з голови» = 2,6.

Отже, значними фактором у житті респондентів є тривожні думки, відчуття напруги при думках про особисті проблеми, нервозність і нестачу впевненості у собі більшість часу, а також певну схильність до румінацій та переживання негативних емоцій протягом тривалого часу.

Дана шкала також містить обернені питання. Після обертання балів, найвищі середні показники є за питаннями 6, 11, 7, 20, 16. Три з п'яти питань є оберненими, а отже вищі бали вказують на менше відчуття себе відпочим, зібраним і задоволеним зазвичай або більшість часу.

Для виміру симптомів депресії, ми використали Шкалу дересії Бека 2 версії (BDI-2). Так як для BDI-2 також ще немає адаптації та апробації на українській вибірці, для кращого розуміння рівнів депресії серед учасників, ми розподілили їх на чотири категорії, методом розподілу за квантилями, відповідно до оригінального мануалу від 1996 року.

За шкалою BDI-2 визначення рівня депресії на нашій вибірці є таким:

- від 0 до 12 відсутність депресії (26 осіб);
- від 13 до 18 наявність легкої депресії (18 осіб);
- від 19 до 27 наявність помірної депресії (22 особи);
- від 28 до 63 наявність важкої депресії (20 осіб).

Статистичний опис BDI-2 наведений у таблиці 3.2

Таблиця 3.2

Статистичний опис шкали BDI-2

Шкала	M	SD	Min	Max	25%	50%	75%
BDI-2	19,34	11,33	1	54	12	18	26,75

Дані статистичного опису свідчать про наявність депресивних симптомів

різних рівнів серед респондентів. Середнє значення 19.34 відноситься до граничного балу помірної депресії, згідно з поставленими нормами для даної шкали. Мінімальний бал є 1, що свідчить про наявність щонайменше одного учасника з дуже низьким показником, тоді як максимальний бал 54, вказує на наявність симптомів важкої депресії у деяких респондентів. За 25% та 75% половина учасників має оцінки депресії між 12 та 27 балам, що означає розповсюджену наявність симптомів легкої та помірної депресії.

Стандартне відхилення показує досить велику варіативність у відповідях, що може вказувати на значні різниці у ступені депресивних симптомів між респондентами, яку ми можемо побачити на гістограмі розподілу, зображеної на рисунку 3.4.

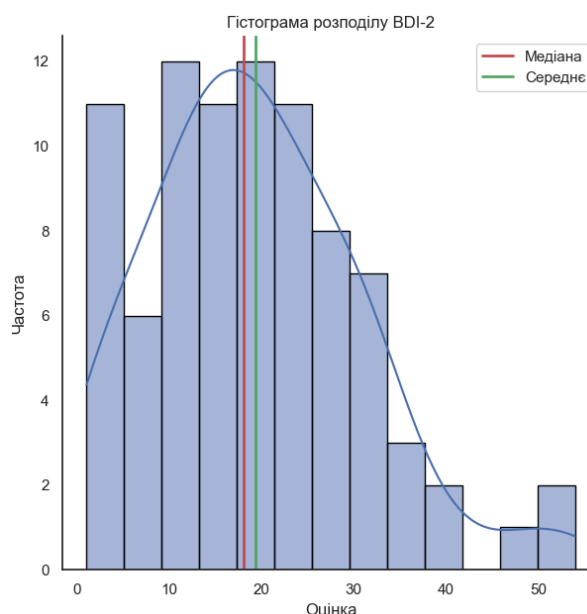


Рис. 3.4 Гістограма розподілу за шкалою BDI-2

За цією гістограмою можна побачити, що більшість респондентів набрали оцінки у середньому діапазоні, з медіаною і середнім, що знаходяться близько один до одного. Максимальні значення, які з'являються на хвості розподілу, вказують на наявність у вибірці осіб із дуже високими рівнями депресивних симптомів.

Діаграма середніх значень по кожній окремій відповіді за шкалою BDI-2 зображено на рисунку 3.5.

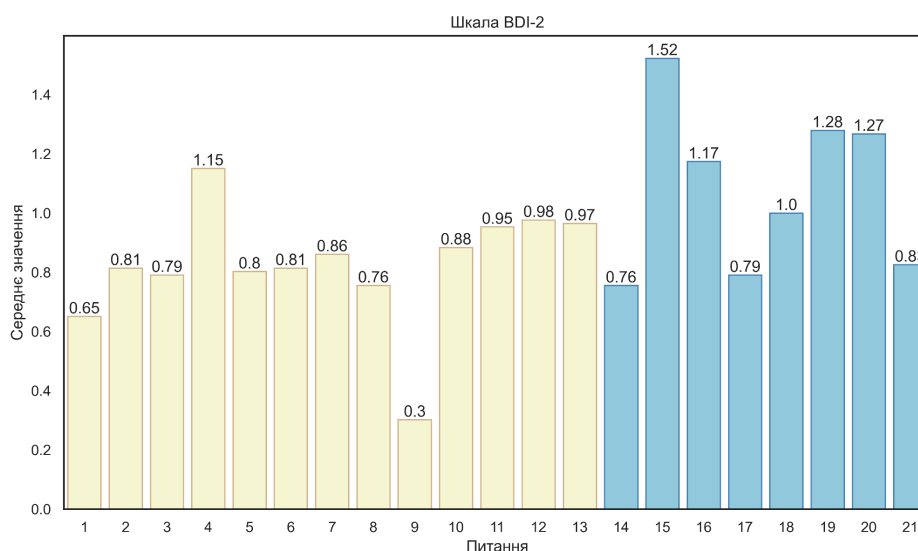


Рис. 3.5 Діаграма середніх значень за питаннями шкали BDI-2

На даній діаграмі питання що стосуються афективної субшкали зображені жовтим кольором, а ті що стосуються афективної субшкали зображені синім.

Найвищі середні бали:

- 1) Питання 15 містило групу тверджень на тему «втрата енергії» (1,52).
- 2) Питання 19 містило групу тверджень на тему «труднощі з концентрацією уваги» (1,28).
- 3) Питання 20 містило групу тверджень на тему «відчуття втоми» (1,27).
- 4) Питання 16 містило групу тверджень на тему «порушення сну» (1,17).
- 5) Питання 4 містило групу тверджень на тему «відсутність задоволення від улюблених занять» (1,15).

За цими даними 4 з 5 питань, що набрали найвищі показники, відносяться до соматичної субшкали проявів депресії. Найбільш виражені симптоми включають значне зниження енергії, певне зниження когнітивних функцій, таке як зосередження уваги, відчуття втоми, труднощі з концентрацією, проблеми зі сном, та зниження інтересу до раніше приємних занять.

Для дослідження наскільки події життя сприймаються респондентами як стресові, ми використали Шкалу сприйнятого стресу PSS-10. Автори шкали, Коен та його колеги, не надають конкретних відрізків балів для інтерпретації результатів, тому ми застосували квантильний підхід для визначення рівнів сприйнятого стресу.

Використовуючи 33,3% та 66,6% квантилі, ми зробили такий розподіл балів

для інтерпретації:

- від 0 до 19 низький рівень сприйнятого стресу (32 осіб);
- від 20 до 24 помірний рівень сприйнятого стресу (25 осіб);
- від 25 до 40 високий рівень сприйнятого стресу (29 осіб).

Статистичний опис PSS-10 у таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Статистичний опис шкали PSS-10

Шкала	M	SD	Min	Max	25%	50%	75%
PSS-10	21,55	6,86	3	37	16	21	26

Середнє значення вказує на помірний загальний рівень сприйнятого стресу серед респондентів. Мінімальне і максимальне значення показують великий діапазон відповідей, від низького до високого рівнів стресу. У межах 25% та 75% квантилей значна частина вибірки перебуває в діапазоні помірною сприйняття стресу, проте також відсоток осіб із низьким та середнім рівнем. Стандартне відхилення свідчить про різноманітність відповідей учасників, що підтверджує гістограма розподілу зображена на рисунку 3.6.

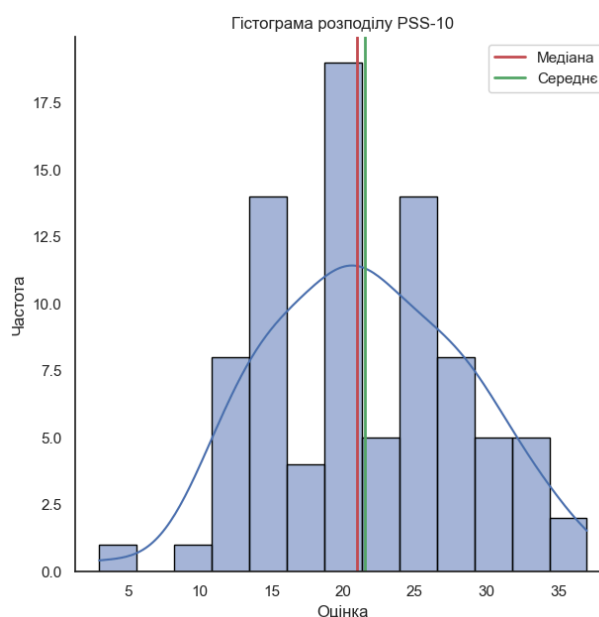


Рис. 3.6 Гістограма розподілу за шкалою PSS-10

Дана гістограма, з близьким розміщенням середнього та медіани, ілюструє те,

що більшість респондентів набрали бали в середньому діапазоні. Водночас, присутня значна кількість вищих оцінок в хвості розподілу, що свідчить про наявність істотної кількості осіб із високим сприйняттям стресу.

Діаграма середніх значень по кожній окремій відповіді за шкалою PSS-10 зображено на рисунку 3.6.

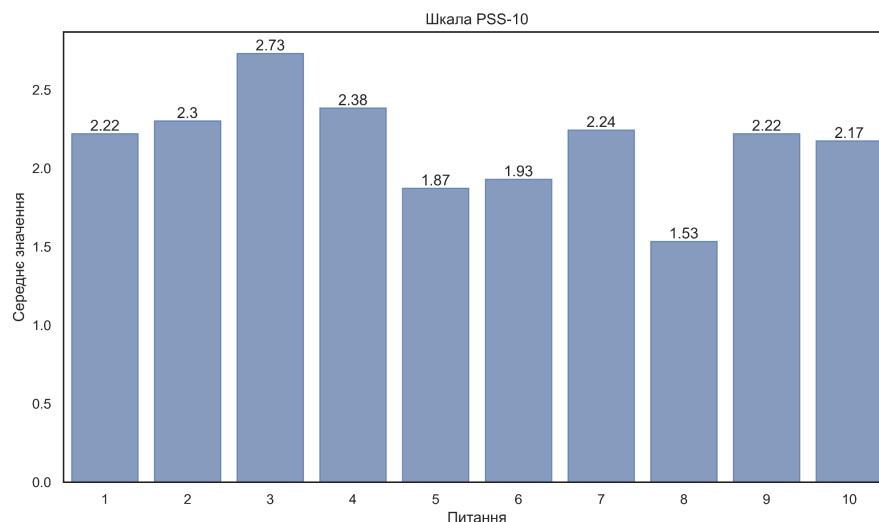


Рис. 3.7 Діаграма середніх значень за питаннями шкали PSS-10

Найвищі показники середніх значень були за такими питаннями:

- 1) Питання 3 «Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?» = 2,73.
- 2) Питання 4 «Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?» = 2,38.
- 3) Питання 2 «Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?» = 2,3.

Високі показники середніх цих значень для питань вказують на те що за останній місяць респонденти часто відчували стресові ситуації та виявляли низьку впевненість у своїх здібностях впоратися з ними чи контролювати.

При обертанні балів для певних питань, найвищі показники мали 3, 8, 2. Питання 8 є оберненим і запитує як часто респондент відчував що він контролює ситуацію. Високий обернений бал вказує на те, що це відбувалось рідко.

За допомогою опитувальника Перелік симптомів ПТСР PCL-5, ми виміряли рівень симптомів, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом серед

учасників дослідження. Як вже було зазначено, для інтерпретації даних, отриманих за шкалою PCL-5, існує два підходи. У нашому дослідженні ми обрали підхід, що полягає в обрахуванні сукупної суми балів, де показник у 33 бали або вище може вказувати на наявність клінічно значущих симптомів ПТСР. Але ми також враховували відповіді за критеріями.

Статистичний опис опитувальника PCL-5 наведено у таблиці 3.4

Таблиця 3.4

Статистичний опис шкали PCL-5

Шкала	M	SD	Min	Max	25%	50%	75%
PCL-5	31,71	16,77	2	65	17,25	29,5	45,75

За цими даними середнє значення близьке до порогового, який використовується для ідентифікації клінічно значущих симптомів ПТСР. Мінімальне значення свідчить про те, що деякі учасники відчувають дуже малі або не мають жодних симптомів, в той час як максимальне значення (65 з 80) вказує на значну тяжкість симптомів у деяких респондентів. Стандартне відхилення 16,77 є відносно великим, що вказує на значні індивідуальні варіації у відповідях.

Гістограму розподілу для шкали PCL-5 зображено на рисунку 3.8.

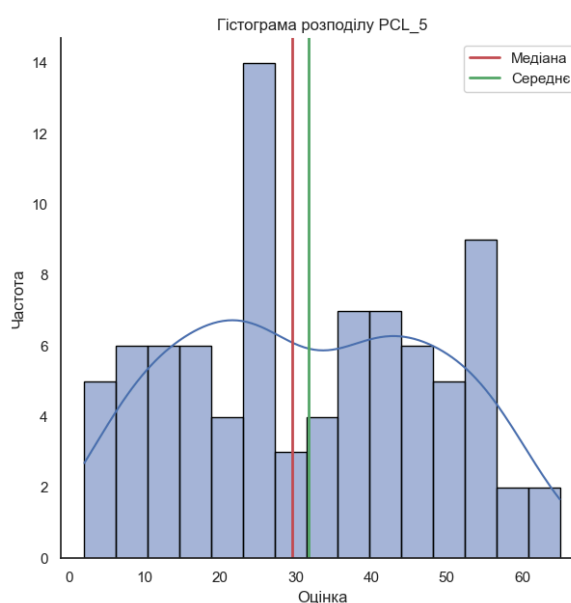


Рис. 3.8 Гістограма розподілу за шкалою PCL-5

На гістаграмі ми можемо побачити два піки по лінії згладженого розподілу, де лівий трохи вищий за правий. Це означає наявність різних груп респондентів за рівнем симптомів. При чому один пік знаходиться у межах, які не є клінічно значущими, а інший свідчить про наявність серйозних симптомів.

Для PCL-5 буде доцільно оцінити середні значення балів за питання, беручи до уваги підшкали, що відповідають за критерії В, С, D, Е для постановки діагнозу ПТСР. Середні значення по шкалам зображено на рисунку 3.9.

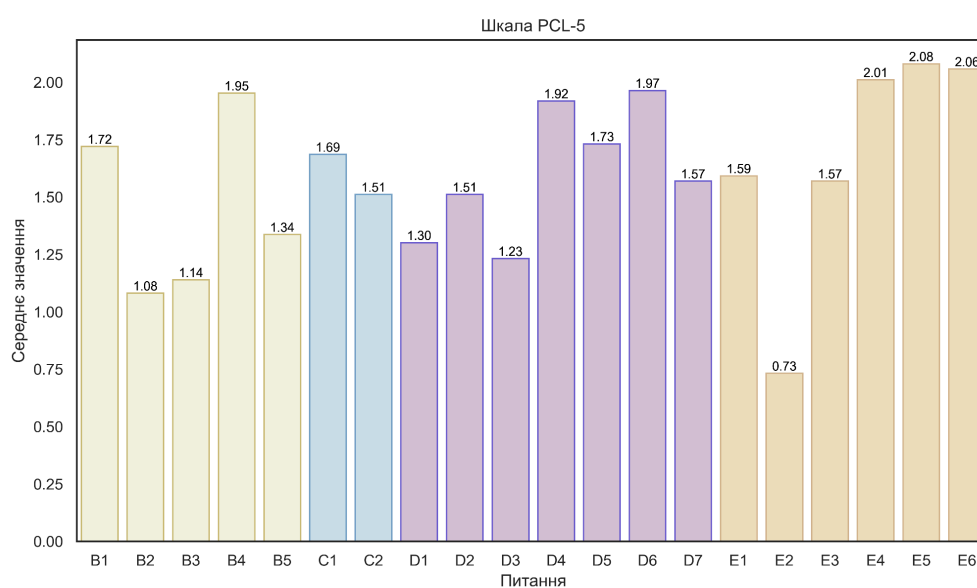


Рис. 3.9 Діаграма середніх значень за підшкалами PCL-5

Найвищі середні бали за підшкалами:

- 1) E5 (2,08) містить питання про труднощі з зосередженням.
- 2) E6 (2,06) містить питання про проблеми із засинанням або нічні прокидання.
- 3) E4 (2,01) містить питання про відчуття постійної напруги.
- 4) D6 (1,97) містить питання про відчуття віддаленості або відокремленості від інших.
- 5) B4 (1,95) містить питання про почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід.

Питання з підшкали Е домінують серед найвищих середніх балів, що може вказувати на значну фізіологічну реактивність серед респондентів.

Наступним кроком є аналіз середніх значень по всім шкалам на основі різних соціально-демографічних категорій нашої вибірки предсталених у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Середні показники за соціально-демографічними категоріями

Категорія	Параметри	СТ	ОТ	BDI-2	PSS-10	PCL_5
Стать	Чоловік	49	48,44	15,44	19,44	25,06
	Жінка	51,53	52,43	20,23	22,03	33,23
Місце перебування	Рідне місто	51,59	52,5	21	22,45	32,71
	Рідне місто (зона бойових дій)	58	52	32	21	56
	Внутрішньо переміщена особа (ВПО)	45,91	47,18	15,55	19,45	26,91
	Біженець (- ка) \ Закордоном	52,25	51,81	15,13	19,75	29,88
Освіта	Середня освіта	49	48	12	19	18,67
	Професійно-технічна освіта	52	53,25	23,75	22,75	19,5
	Вища освіта	51,12	51,68	19,24	21,5	32,17
	Наукове звання	50,33	53,33	23,33	23,67	49,33
Зайнятість	Безробітній (-ня)	54,86	52,71	20,71	23,57	30,71
	Студент(ка)	45,5	50	15,33	21	23,83
	Робота part-time	52,5	52	25,13	22,38	39,25
	Робота full-time	53,53	53,55	19,13	21,73	33,8
	Поєдную роботу та навчання	43,27	47,2	17,13	19,8	28,47
	Самозайнята особа\підприємець	52,4	51	20,3	21,7	27,6
Діти	Є дитина	53,15	53,1	22,3	22,5	36,25
	Немає	50,42	51,26	18,44	21,26	30,33
Близькі у ЗСУ	Так	49,1	49,35	15,13	19,81	30,65
	Ні	52,16	53	21,71	22,53	32,31

Середні значення відображають, що жінки, порівняно з чоловіками, відзначають вищі рівні по всіх шкалах, особливо високі рівні депресії та стресу, та нижній граничний показник клінічно значущих симптомів ПТСР. Це узгоджується з дослідженням Міранди Олф, яка пише про те, що жінки частіше повідомляють про

симптоми емоційного стресу та мають вищі показники поширеності ПТСР [90].

Середні оцінки у категорії «Місце перебування» вказують на те що вищий середній бал за 4 з 5 шкал у респондентів, які залишилися у рідному місті, порівняно з ВПО та біженцями/особами, які виїхали за кордон. Ці вищі показники можуть відображати безпосередній вплив стресових подій у повсякденному житті. Натомість, ВПО та біженці мають нижчі оцінки, що може свідчити про ефективність адаптаційних процесів респондентів у новому середовищі. Незважаючи на нижчі середні оцінки, не можна ігнорувати безумовну складність їхнього досвіду, що може включати втрату дому, ізоляцію, та виклики еміграції та адаптації. За дослідженням Сюзан Лі та її колег, соціально-економічні, соціальні та міжособистісні фактори, а також фактори, пов'язані з процесом надання притулку та міграційною політикою, значно впливають на психологічне функціонування біженців [91].

Респондент з міста у зонах бойових дій має значно вищі середні бали. Проте, оскільки дані про респондентів із зони бойових дій базуються на відповідях всього однієї людини, ми не можемо робити загальних висновків про всіх, хто перебуває у таких умовах. Цей високий рівень симптомів ПТСР може відображати індивідуальний досвід цієї особи, а не загальну тенденцію.

Наявність близьких родичів, які проходять службу, також може значно впливати на емоційний стан. Занепокоєння за безпеку близьких разом із проблемами розлуки можуть призвести до підвищеної тривоги та стресу. Це явище добре задокументовано в літературі, присвяченій дослідженню сімей військовослужбовців, де спостерігаються підвищені показники тривоги, депресії та захворювань, пов'язаних зі стресом.

На нашій вибірці, люди, що мають близьких людей, які боронять нашу країну, мають нижчі середні показники за всіма шкалами. Це може пояснюватись звиканням до стресу, кращою психологічною стійкістю, підтримкою та згуртованістю, певним позитивним переосмисленням. Однак, пояснення цього явища та детальніші висновки вимагають подальшого дослідження з більшою вибіркою та контрольованим дизайном, щоб виключити можливий вплив інших змінних.

Щоб глибше зрозуміти вплив військової наявності родичів на психологічний

стан осіб, ми провели порівняльний аналіз. За шкалами СТ, ОТ, BDI-2, PSS-10 розподіл є нормальним або наближеним до нормального, тому був обраний метод t-критерій Стьюдента. Розподіл даних за PCL-5 не відповідає нормальному, тому ми застосували тест Манна-Уїтні. Результат даного аналізу зображений у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати порівняльного аналізу для двох груп

Шкала	Тип тесту	Статистика	p-значення	Розмір ефекту (Cohen's d)
СТ	t-test	1.26	0.211	0.283
ОТ	t-test	1.85	0.068	0.416
BDI-2	t-test	2.68	0.009	0.602
PSS-10	t-test	1.79	0.077	0.402
PCL-5	Mann-Whitney	910.5	0.605	0.099

За шкалою СТ р-значення свідчить про відсутність статистично значущої різниці у рівнях ситуативної тривоги між групами. Розмір ефекту невеликий, що свідчить про малу практичну різницю в цьому вимірі.

У результатах шкали ОТ р-значення близьке до порогового, але все ж вище 0.05. Розмір ефекту близький до середнього, що може вказувати на наявність практично значимої різниці, яка може стати значущою при більшій вибірці.

У BDI-2 усі показники вказують на статистично значущі відмінності з розміром ефекту вище середнього, що свідчить про значно нижчі рівні депресії у групі з близькими у ЗСУ.

Показник р-значення у PSS-10 не досягають статистичної значущості, але розмір ефекту помірний, що може також вказувати на тенденції, які потребують подальшого дослідження з більшою вибіркою.

Значення PCL-5 вказують на відсутність статистично значущих відмінностей, з низьким розміром ефекту.

Отже, BDI має статистично значущу різницю і розмір ефекту, і це є підставою вважати, що різниця у результатах не є випадковою і її варто досліджувати далі.

Також, на нашу думку, має сенс провести подальші дослідження для порівняння даних груп на більших вибірках для PSS-10 та ОТ.

Наступним етапом нашого аналізу є визначення кореляційних зв'язків. Ми використали метод кореляції Пірсона для створення кореляційної матриці, яка зображена на рисунку 3.10.

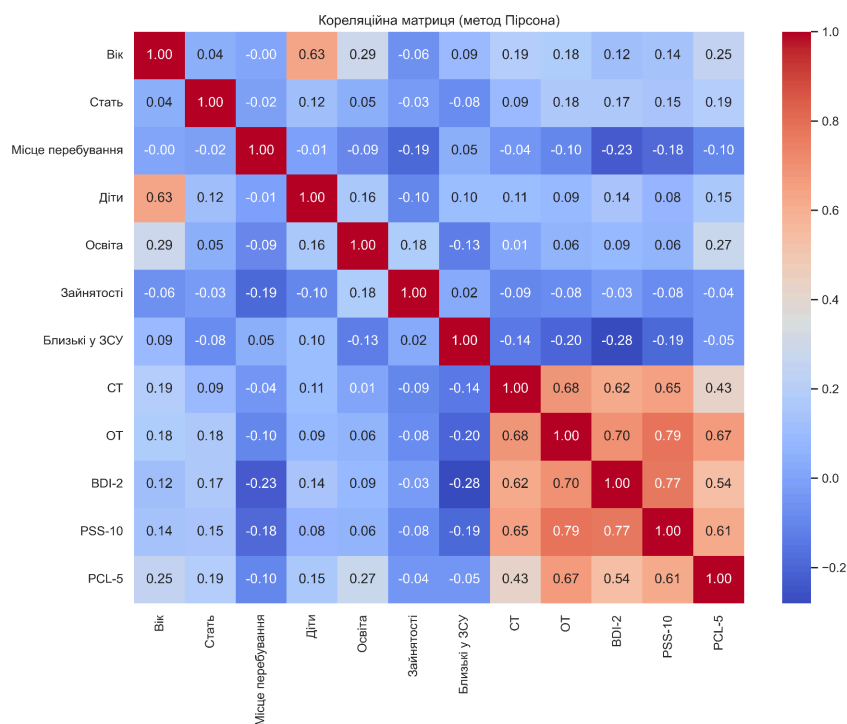


Рис. 3.10 Кореляційна матриця (Пірсона)

На даному рисунку ми бачимо відображення того, що усі наші застосовані методичні інструменти корелюють один з одним.

Високі кореляції між СА, ОТ і BDI-2 вказують на те, що особи з вищими рівнями тривоги схильні до більш високих рівнів депресивних симптомів. Тривожно-депресивні симптоми є частим явищем.

PSS-10 має високі кореляції з СА, ОТ, і BDI-2, отже, сприйняття стресу тісно пов'язане з тривогами та депресивними станами.

Зв'язки між PCL-5 і СА, ОТ, BDI-2, та PSS-10 вказують на те, що травматичні симптоми супроводжуються вищі рівні тривоги, депресії, і сприйняття стресу.

Після ретельного аналізу зібраних даних, наступним кроком є формування контрольної та експериментальної груп для подальшого дослідження. Виходячи з

навної бази даних, ми застосували методику вибору учасників для наших груп на основі їх індивідуальних психометричних результатів. Це включало створення нової змінної, яка відображає сумарний показник по всіх шкалах для кожного респондента, та її середнього значення. Учасники, чиї показники перевищували обрховане середнє, увійшли до контрольної та експериментальної групи. Таких респондентів було 48. Проте, на основі раніше зазначених критеріїв, що включають проходження усіх опитувальників та потрібних інтервенцій (експериментальна група), до контрольної групи увійшло 23 особи, до експериментальної групи увійшло 22 особи.

Середні показники за використаними шкалами для обох груп представлені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Середні показники для контрольної та експериментальної групи

Група	Стать	СТ	ОТ	BDI-2	PSS10	PCL-5
Експериментальна	Чоловіки	52	57	25,25	24,25	41,75
	Жінки	55,87	57,833	26,722	25,777	42,722
Контрольна	Чоловіки	54,666	57,86956	26	25,66666	43,333
	Жінки	57,45	58,45	27,35	26,7	40,8

За даною таблицею середні показники за шкалами належать до граничних помірних та високих рівнів, вимірюваного фактору. Більш детальна інформація про розподіл рівнів за оцінками шкал для кожного учасника наведена у таблиці 3.8

Таблиця 3.8

Розподіл рівнів вимірюваних шкал за групами

Шкала	Рівень	Експериментальна група (осіб)	Контрольна група (осіб)	Оцінка
СТ	Низький	5	4	від 0 до 48
	Середній	5	9	від 49 до 55
	Високий	12	10	від 56 до 80

Продовження таблиці 3.8

OT	Низький	0	3	від 0 до 48
	Середній	9	5	від 49 до 56
	Високий	13	15	від 57 до 80
BDI	Відсутність	0	1	до 12
	Легка	5	2	від 13 до 18
	Помірна	8	10	від 19 до 27
	Важка	9	10	від 28 до 66
PSS-10	Низький	3	0	від 0 до 19
	Середній	7	8	від 20 до 24
	Високий	12	15	від 25 до 40
PCL-5	Клінічно не значущі симптоми	6	4	до 33
	Клінічно значущі симптоми	16	19	від 33

Дана таблиця демонструє, що в обох досліджуваних групах присутні різні рівні вимірюваних факторів, у тому числі низькі.

3.2. Оцінка динаміки показників емоційного благополуччя в експериментальній групі

З метою збору даних про вплив медитації на емоційний стан досліджуваних, після кожного семиденного періоду медитації учасники експериментальної групи отримували листа з гугл-формою, що містить анкету з питаннями (Додаток Е) та опитувальником позитивного та негативного афекту (ОПАНА). Ці питання були спрямовані на оцінку суб'єктивних змін у рівні стресу, тривожності, настрою, здатності керувати емоціями, сприйняття стресу під час щоденних активностей, а

також зміни в якості сну та концентрації уваги. Було одне запитання про кількість днів, у які учасник медитував, на тиждень.

У питаннях, що стосувались емоційних та фізичних змін, учасники експериментальної групи оцінювали їх у проміжку часу від початку медитації, тоді як ОПАНА фокусувався на минулому тижні. Це варто врахувати в інтерпретації результатів та їх динаміки.

Динаміка відповідей на питання про зміни в стані була зібрана та проаналізована, а результати були відображені на графіку. Відповіді респондентів були у числових значеннях, де 0 означав відсутність змін, а зміни у позитивному або негативному напрямку позначались значеннями "1" чи "-1" відповідно. Після цього було обчислено середнє значення для кожного питання та відображено у вигляді графіку, що зображений на рисунку 3.11.

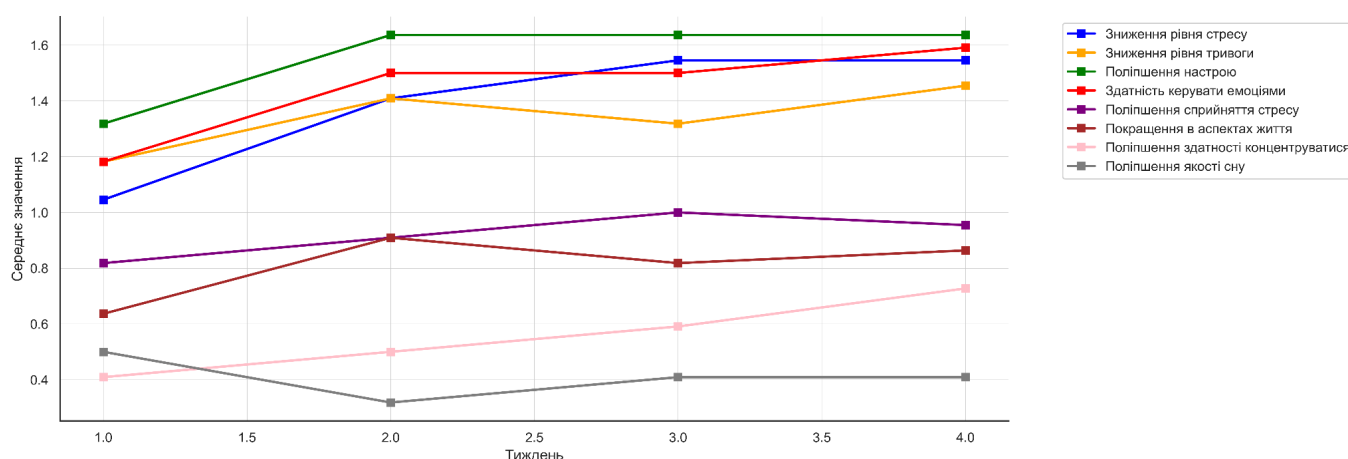


Рис. 3.11 Динаміка щотижневих змін експериментальної групи

На представленому графіку відображено динаміку середніх значень учасників експериментальної групи протягом чотирьох тижнів. Кожна лінія відображає зміну середніх значень за окремими питаннями, яке оцінює певний аспект стану людини.

Після першого тижня найбільш вираженим є покращення настрою. Найменший середній бал, проте не від'ємний, стосується здатності концентруватися.

Динаміка на другому тижні охоплює двотижневий період медитації. Спираючись на це, важливо зазначити, що середні оцінки вирости, отже учасники відмітили те, що зміни за даними критеріями стали більш значні. Окремо варто виділити сон, показник для цього питання зменшився, тож можна констатувати

зменшення зафіксованого на першому тижні середнього значення, але все ж покращення. Зниження показників у сні, на відміну від інших, може бути пов'язано з адаптаційним періодом до нового режиму відпочинку, який приходить з практикою медитації.

На третьому тижні спостерігається деяке просідання показників, що стосуються тривоги та інших аспектів життя. Показники поліпшення настрою, здатності керувати емоціями, поліпшення уваги продовжують майже лінійне зростання, підкреслюючи триваючу позитивну динаміку в цих аспектах. Проте на третьому тижні спостерігається деяке просідання показників, що стосуються тривоги. Середні значення за іншими питаннями вказують на покращення у порівнянні з опитувальником попереднього тижня. За цей тиждень більше осіб відмічало покращення сну за увесь час дослідження, і це підвищило середнє значення цього критерію

Анкета четвертого тижня тижня містила питання, що за часовим проміжком охоплює увесь час дослідження. На останньому тижні показники зниження стресу та поліпшення настрою демонструють найменші зміни в динаміці зростання, що може вказувати на досягнення певного рівня. Показник сприйняття стресу дещо просів. Інші показники, включаючи здатність керування емоціями, увага продовжують певне зростання.

Підсумовуючи, можна сказати, що за результатами щотижневого скринінгу всі показники питань-саморефлексії показали позитивну динаміку. Важливим є відсутність від'ємних показників у середньому для вибірки. Проте за результатом аналізу варіансу (ANOVA) лише для показника зниження рівня стресу відмінності між тижнями були статистично значущими, р-значення = 0.038.

Так як опитувальник ОПАНА охоплював тільки минулий тиждень, ми зобразили для аналізу динаміки змін окремий графік, зображений на рисунку 3.12.

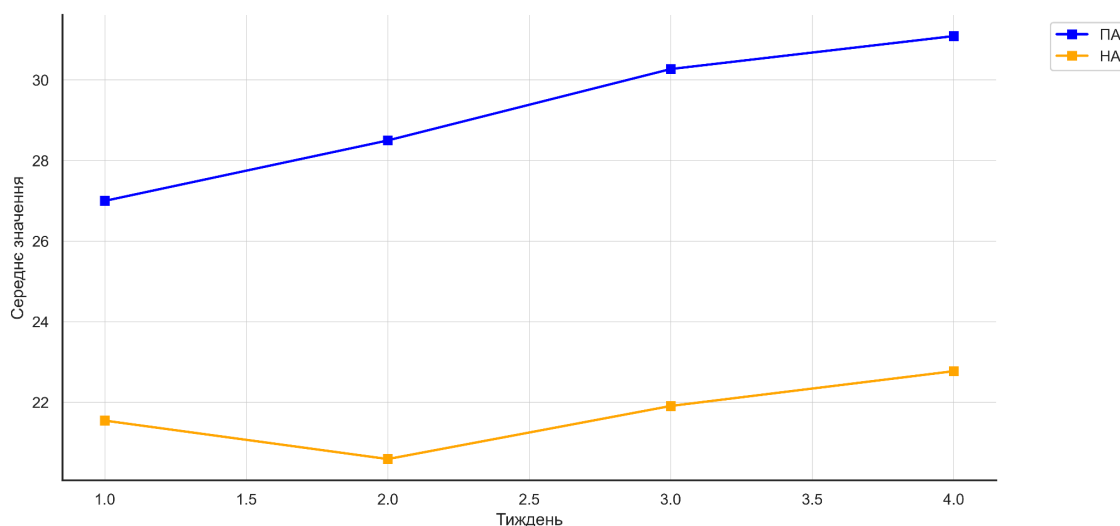


Рис. 3.12 Динаміка щотижневих змін експериментальної групи (ОПАНА)

На даній діаграмі синя лінія відповідає за позитивний афект, а жовта за негативний.

Після першого тижня позитивний афект знаходиться на відмітці 27. Негативний ефект за перший тиждень був на відмітці 21,5. ПА на 5,5 балів є вищим за НА.

За другий тиждень ПА показало зростання, а НА знижується, що може вказувати на ефективність досліджуваних методів у зменшенні негативних емоцій. Відмінність між шкалами становить 8 балів, що є досить позитивною динамікою.

За третій тиждень ПА продовжила підвищуватись, підкреслюючи триваюче поліпшення позитивного емоційного стану, показник НА також збільшився і дещо перевищив результати першого тижня. Проте різниця у середніх оцінках ПА та НА є 8,5.

За четвертий, останній тиждень дослідження, зберігаються тенденції стосовно росту як ПА так і НА. На четвертому тижні зберігаються тенденції третього тижня стосовно росту як ПА так і НА. Різниця також збільшилась приблизно до 9.

Отже, шкала позитивного афекту стабільно зростає з кожним тижнем, тоді як шкала негативного афекту демонструє певні коливання. У цілому, збільшення різниці між шкалами вказує на зменшення впливу негативних емоцій протягом періоду дослідження. Проте, за результатами аналізу ANOVA, це не є статистичного значущим. Це може бути викликано малою вибіркою.

При аналізі динаміки, доцільно звернути увагу на матрицю кореляцій, яка зображена на рисунку 3.13.

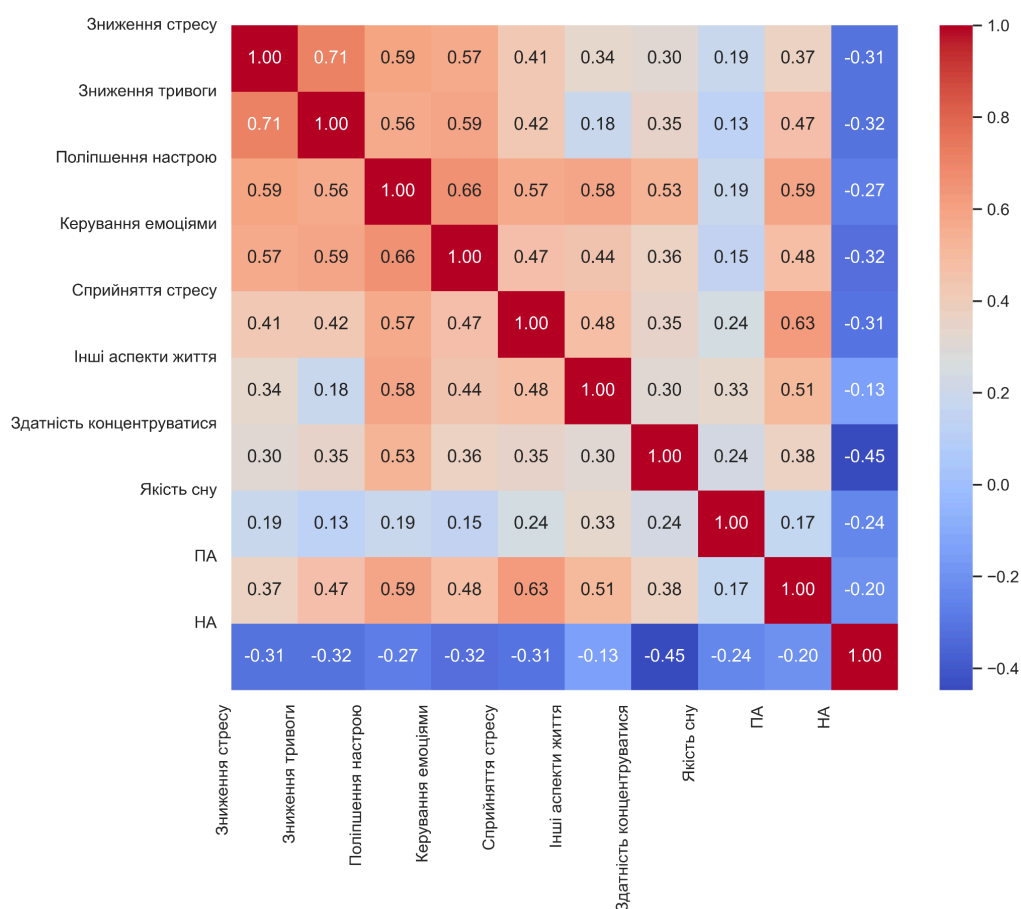


Рис. 3.13 Кореляційна матриця за щотижневою анкетною (Спірмена)

У даній матриці спостерігається значна кількість кореляцій. Одна з найвищих це позитивна кореляція між зниженням рівня стресу та зниженням рівня тривоги. Це означає, що зниження стресу часто супроводжується зниженням тривоги. Поліпшення настрою має помірно високі кореляції зі зниженням стресу (0.63) і тривоги (0.59). Тобто, поліпшення настрою відбувається зі зменшенням цих негативних емоційних станів. Позитивний афект має помірні позитивні кореляції з більшістю змінних, що підкреслює його важливість для зміни інших станів. Найменші показники кореляції у питанні що стосується поліпшення сну. Цей показник мав найнижчий ефект при огляді динамічних змін. Можна допустити, що поліпшення сну відбувається відокремлено від інших змін інших показників.

До щотижневої анкети входило запитання про кількість днів медитації на тиждень. За допомогою методу регресійного аналізу ми визначили чи існує

статистично значущий вплив частоти медитаційної практики на зміни у показниках психоемоційного стану учасників. Для кожного питання була побудована окрема модель, а також окремо для шкал позитивного та негативного афекту. Далі розглянемо результати регресійних моделей, які показали статистично значущі результати впливу наведені у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Результати регресійного аналізу

Залежна змінна	Незалежна змінна	R-squared	F-statistic	p-value	Intercept	Coefficient
Поліпшення сприйняття стресу	К-сть днів медитації	0,045	4,075	0,047	0,506	0,077
Здатність керувати емоціями	К-сть днів медитації	0,127	12,54	0,0006	0,6	0,156
Поліпшення настрою	К-сть днів медитації	0,072	6,684	0,011	0,785	0,143
Зниження рівня тривоги	К-сть днів медитації	0,065	5,95	0,017	0,784	0,103
Зниження рівня стресу	К-сть днів медитації	0,052	4,684	0,033	0,868	0,096
НА	К-сть днів медитації	0,104	9,93	0,002	29,378	-1,425

Кількість днів медитації ~ покращення сприйняття стресу. R-squared (0,045) означає що лише 4,5% варіації у змінній покращення відчуття стресу пояснюється впливом кількості днів медитації. F-статистика має значення 4,07481, а p-значення дорівнює 0,047, це підтверджує статистичну значущість моделі. Коефіцієнт впливу кількості днів медитації становить 0,077 тож можна сказати, що збільшення кількості днів медитації на один, підвищує значення для цієї змінної на 0,077. Тож, можна сказати, що вплив кількості днів медитації є, хоч він досить обмежений, та все ж має статистичну значущість.

Кількість днів медитації ~ здатність керувати емоціями. Для цієї моделі коефіцієнт R-squared є вищим і знаходиться на позначці 0,127, тож вплив кількості

днів пояснює 12,7% варіації для цієї змінної. F-статистики та p-значення дорівнюють 12,541 та 0,0006 відповідно, це говорить про статистичну значущість результатів моделювання. При зміні кількості днів медитації на одиницю, очікується підвищення показника змінної на 0,156. Варто зазначити, що ця модель має найвищі показники впливу незалежної змінної на залежну та найвищий рівень статистичної значущості поміж інших представлених.

Кількість днів медитації ~ поліпшення настрою. Модель можна вважати статистично значущою зі значеннями F-статистик = 6,684 та p-значення = 0,011. Коефіцієнт регресії при даній змінній становить 0,143. R-sqr = 7,21% можна пояснити варіації даної змінної за допомогою цієї моделі.

Кількість днів медитації ~ зниження тривоги. Модель пояснює 6,47% варіації змін в залежній змінній. Значення F-статистик = 5,952 та p-значення = 0,0168 дозволяє підтверджує статистичну значущість впливу. При підвищенні незалежної змінної, у нашому випадку кількість днів медитації, на одиницю, очікується підвищення значення зниження тривоги на 0,103.

Кількість днів медитації ~ зниження стресу. Ця модель має найнижчі показники F-статистик = 4,685 та p-значення = 0,033, але також має статистичну значущість. Значення R-squared = 0,0516 також є найменшим. Коефіцієнт незалежної змінної 0,096.

Кількість днів медитації ~ НА. F статистики = 9,93 та p-value = 0,002 R-sqr вказує на 10,35% поясненої варіації. Коефіцієнт незалежної змінної «дні медитації» вказує на зниження значення НА на 1,425 при збільшенні «кількості днів медитації» на 1. У цій моделі коефіцієнт для незалежної змінної є найвищим із усіх представлених, але якщо взяти до увагу розмір можливих значень, то вплив не є найвищим. Усі залежні змінні мають діапазон можливих значень набагато нижче за НА.

Окрім питань, зі шкалою, у анкеті бути три питання з можливістю дати відкриті відповідь:

- 1) Чи спостерігаєте ви які-небудь фізичні або фізіологічні зміни, які можна пов'язати з практикою медитації (наприклад, зниження артеріального тиску,

поліпшення травлення, зміни в вашій активності та енергії, або інші зміни, що ви вважаєте значущими)?

- 2) Чи зазначаєте ви будь-які негативні ефекти або побічні реакції від медитації, якщо так, то які?
- 3) Чи бажаєте ви поділитися будь-якими додатковими спостереженнями або коментарями щодо вашого досвіду з медитацією (можливо, щось вас здивувало або вразило, які конкретні медитації сподобались найбільше, тощо)?

За увесь час дослідження учасники зазначили про підвищення рівня енергії, зниження симптомів тривоги, зменшення переїдання, зменшення головного болю, покращення настрою, збільшення уваги до внутрішніх процесів, кращу здатність справлятися із стресом та більше перебувати "тут і зараз", зменшення панічних станів. Більша частина учасників не зазначала жодних негативних ефектів, але деякі відмітили моменти роздратування або збільшення тривожності, особливо в контексті конкретних типів медитацій. Також учасники часто ділились своїми додатковими враженнями від проходження дослідження та говорили про більшу здатність до саморефлексії, зменшення часу у соціальних мережах, та успішне самостійне використання медитації при тривожних думках. Варто зазначити, що значна кількість експериментальної групи написала про те що відчули ефект медитації після другого тижня.

3.3. Визначення та аналіз впливу майндфулнес медитації

Для визначення впливу, учасники двох груп проходили опитування, що містило одні й ті ж шкали, на початку та вкінці дослідження. Перед початком аналізу впливу, ми статистично описали результати цих опитувальників як до/після інтервенції.

Метою нашого аналізу є оцінка значущості змін у кожній групі та між групами, щоб визначити ефективність майндфулнес медитації, як інструменту покращення емоційного стану. Для цього ми порівняли зміни між експериментальною групою, яка пройшла інтервенцію, і контрольною групою, яка

не отримувала втручання.

Таблиця 3.10 наводить результати порівняння середніх показників за шкалами та їх різниць.

Таблиця 3.10

Середні показники до/після експерименту

Група	Період	СТ	ОТ	BDI-2	PSS10	PCL-5
Експериментальна	До	55,14	57,68	26,45	25,50	42,55
	Після	46,33	50,86	19,09	18,68	35,15
	Різниця	8,81	6,82	7,36	6,82	7,40
Контрольна	До	57,09	57,87	27,17	26,57	41,13
	Після	56,65	58,39	25,57	26,61	41,61
	Різниця	0,43	-0,52	1,61	-0,04	-0,48

Результати свідчать про можливий позитивний вплив майндфулнес медитації на показники у експериментальній групі, у той час як контрольна група демонструє мінімальні або негативні зміни. Найбільша різниця між середніми є за шкалою СТ для експериментальної групи. Також для цієї групи середній показник PCL-5 зменшився на 7,70. Згідно з українським лонгітюдним дослідженням, якщо показник даної шкали зменшується на 5-10 балів, це не випадкова зміна, а реакція на лікування [92].

Щоб дослідити статистичну значущість різниці між вибірками «до» та «після», ми провели тест Манна-Уїтні та додатково розрахували коефіцієнт Cohen's d. Результати наведені у таблиці 3.11

Таблиця 3.11

Результати статистичного аналізу

Група	Статистичний параметр	СТ	ОТ	BDI-2	PSS10	PCL-5
Експериментальна	Статистики	373	368	359	384	314
	p - значення	0,0022	0,0032	0,0062	0,0009	0,0931
	Cohen's d	0,9857	1,085	0,7986	1,2013	0,5502

Продовження таблиці 3.11

Контрольна	Статистики	273,5	253	295,5	263	256
	p - значення	0,8516	0,8085	0,5018	0,9824	0,8603

Експериментальна група виявила значущі різниці у всіх вимірюваних змінних, окрім PCL-5, порівняно з контрольною групою. Експериментальна група демонструє значуще зниження показників стресу, депресії, і сприйняття стресу. Ці зміни є статистично значущими з р-значенням < 0.05 . Крім того, розмір ефекту є великим або помірним, що вказує на практичну значущість результатів.

У контрольній групі немає значущих різниць та розмір ефекту майже відсутній. Таким чином, можна зробити висновок, що майндфулнес медитація має потенціал для поліпшення емоційного стану учасників.

Наступним кроком є порівняння різниць експериментальної та контрольної групи, для визначення статистичної значущості відмінностей.

Таблиця 3.12 містить результати проведення тесту Манна-Уїтні, що відображає порівняння різниць.

Таблиця 3.12

Результати порівняння різниць експериментальної та контрольної груп

Статистичний параметр	СТ	ОТ	BDI-2	PSS10	PCL-5
Статистики	404.0	448.0	460.0	482.0	427.0
p - значення	0.0006	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Наведені дані свідчать про значущі відмінності між групами. Значення U для кожної шкали та відповідні р-значення є статистично значущими для цих відмінностей. Спираючись на ці результати, можна зробити висновок, що експериментальні умови, у нашому випадку – майндфулнес медитації, мають статистично значущий вплив на результати, отримані за допомогою цих інструментів оцінки (СТ, ОТ, BDI-2, PSS10, PCL-5). Це вказує на потенційну ефективність даного втручання щодо цих факторів.

Так як зміни у експериментальній групі є статистично значущими, для порівняння відгуку на інтервенції між чоловіками та жінками ми провели за

категорією «стать» аналіз різниці та порівняння.

Таблиця 3.13

Середні показники за категорією стать (експериментальна група)

Стать	N	Опитувальник	СТ	ОТ	BDI-2	PSS-10	PCL-5
Чоловіки	4	До	52,00	57,00	25,25	24,25	41,75
		Після	50,83	53,50	16,25	22,25	37,85
		Різниця	1,17	3,50	9,00	2,00	3,09
Жінки	18	До	55,83	57,83	26,72	25,78	42,72
		Після	45,33	50,28	19,72	17,89	34,54
		Різниця	10,50	7,56	7,00	7,89	8,18

За результатами порівняння середніх оцінок до та після експерименту, різниця більша за шкалами СТ, ОТ, PSS-10 та PCL-5, що може означати більший вплив медитації на жінок.

Для перевірки статистичної значущості отриманих результатів, було проведено тест Манна-Уїтні окремо для чоловіків та жінок. Результати наведені в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Результати статистичного аналізу за категорією стать (експериментальна група)

Стать	Показник	СТ	ОТ	BDI-2	PSS-10	PCL-5
Чоловіки	Статистики	9,0	11,0	14,0	10,0	10,0
	p-value	0,886	0,486	0,110	0,663	0,686
Жінки	Статистики	261,0	253,0	230,0	269,0	213,0
	p-value	0,0018	0,004	0,033	0,0007	0,110

За результатами проведеного тесту відмінності між до/після для кожної з підгруп, показники p-value для чоловічої підгрупи не є статистично значущими. Аналізуючи різницю між середніми до та після для чоловіків та результати тесту, можна допустити, що для доведення значущості не вистачило респондентів, адже у підгрупі всього 4 особи.

Для жіночої вибірки, відмінність до/після для шкал СТ, ОТ, BDI-2, PSS-10 була статично значущою. Не є статистично значущими результати за шкалою PCL-5, хоча в середньому відмічалось зниження на 19,48%.

Також проведемо тест на статистичну значущість відмінностей за результатами різниць між жінками та чоловіками. Результати наведено у таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

Результати порівняння різниць (експериментальна група)

Показник	СТ	ОТ	BDI-2	PSS-10	PCL-5
Статистики	61,0	50,5	22,5	63,5	48,0
p-value	0,035	0,231	0,264	0,021	0.326

За результатами порівняння чоловічої та жіночої групи, статистично значуще відмінними є шкали: СТ та PSS-10. Варто зазначити, що різниця в кількості респондентів між групами була досить великою, і хоча тест Манна-Уїтні є досить стійким до таких чинників, та все ж невелика кількість респондентів в чоловічій групі могла негативно вплинути на точність тесту. Тому доцільним є провести дослідження з залученням більшої кількості учасників різної статі.

Висновки до розділу 3

Третій розділ зосереджений на аналізі зібраних даних та дослідженні впливу майндфулнес медитації на емоційний стан молоді в умовах війни.

Використовуючи набір статистичних методів ми дослідили та описали загальну вибірку, яка у середньому мала помірний рівень тривоги, депресивних симптомів, сприйнятого стресу, та близький межового рівня клінічно значущих симптомів ПТСР. Жінки та респонденти, що мають дітей у середньому мали вищі результати за вимірюваними факторами, також є різниці і всередині інших категорій. За допомогою порівнянь в середині категорій було отримане цікаве відкриття, а саме що людей, які мають близьких в лавах ЗСУ, в середньому може існувати тенденція

мати нижче за показниками діагностичних шкал. Кореляційна матриця показала значні та помірні кореляції усіх шкал між собою. Також описано наповнення експериментальної групи та контрольної групи.

За результатами аналізу щотижневих анкет, які заповнювали учасники експериментальної групи, була встановлена позитивна динаміка у змінах психологічного благополуччя учасників. Результати змін за опитувальником ОПАНА також мали позитивні тенденції і вказували на позитивні результати при порівнянні першого та четвертого тижнів. За регресійним аналізом, вплив кількості днів медитації відмічався для поліпшення сприйняття стресу, поліпшення настрою, зниженні тривоги та стресу. Найбільший вплив кількості днів медитації справляла на здатність керування емоціями, а найменший на негативний афект «НА» за опитувальником ОПАНА.

Після дослідження фінального опитувальника, була досліджена та виявлена статистична значущість між результатами діагностичних шкал до та після проходження експерименту. Порівняння експериментальної та контрольної вибірки за різницями (до та після експерименту) підтвердило відмінності між цими групами і підтверджувалось статистично. Це дозволяє стверджувати, що техніка майндфулнес медитацій може позитивно впливати на зниження стресу, тривоги, депресивних проявів та певною мірою на прояви ПТСР. При порівнянні різниць (до та після медитації) для чоловічої та жіночої вибірки, статично значущих відмінностей не було виявлено, але на це могла вплинути мала кількість респондентів у кожній вибірці, тож має сенс дослідити різницю між сприйняттям практик медитацій між чоловіками та жінками на більшій вибірці.

ВИСНОВКИ

Метою нашого дослідження було визначення впливу майндфулнес медитації на емоційний стан молоді в умовах війни.

Відповідно до поставлених завдань було проаналізовано наукові підходи до визначення «емоцій» та «емоційних станів», вплив війни на психічне здоров'я, теоретичну та практичну основу майндфулнес медитації. Термін «емоція» розглядається нами як складне поняття, яке включає психічні, когнітивні, нейробіологічні компоненти.

Розглянуті у роботі наукові підходи до визначення емоцій включають фізіологічну теорію Джеймса-Ланге, яка стверджує, що емоції є результатом фізіологічних реакцій на подразники, та нейрофізіологічну теорію Кеннона-Барда, де емоції виникають у мозку і ініціюють фізіологічні зміни. Також розглядалися еволюційний підхід та його представники, де емоції трактуються як адаптивний механізм для виживання, та когнітивний підхід Лазаруса, який акцентує на когнітивній оцінці подій, як основі емоційних реакцій. Важливим є вклад Керрола Ізарда, який розглядає емоції як комплексний взаємозв'язок нейробіологічних процесів, відчуттів та когнітивних оцінок, виділяючи фундаментальні та похідні емоції.

Завдяки теоретичному аналізу з'ясовано, що війна має значний негативний вплив на психічне здоров'я молоді, спричиняючи широкий спектр емоційних реакцій та порушень. Це включає ПТСР, депресію, тривогу та інші психологічні проблеми. Тривога характеризується очікуванням небезпеки, депресія – пригніченим настроєм і втратою інтересу, стрес визначається як адаптивна реакція організму на зовнішні чинники, а симптоми ПТСР є ускладненим результатом опрацювання травматичних подій. Аналіз наукової літератури та даних ВООЗ показує, що 22% осіб, які пережили війну або конфлікт, мають ризик розвитку психічних розладів. Крім того, війна призводить до тривалих соціально-економічних та психічних наслідків, які негативно впливають на населення та майбутні покоління.

Теоретична та практична основа майндфулнес медитації була розглянута як інтервенція для регулювання емоційного стану. Сучасна концепція майндфулнес була популяризована Джоном Кабат-Зінном у 1979 році через програму "Зниження стресу на основі майндфулнес" (MBSR). Медитація усвідомленості допомагає спостерігати та приймати власні думки й почуття, що сприяє емоційній стабільності та збільшенні уваги до «внутрішніх» процесів. Один з принципів майндфулнес є фокус на поточному досвіді та теперішньому, тому це корисно для людей, які страждають від румінації про минуле або майбутнє, що є тривожно-депресивним симптомом. Світові наукові дослідження свідчать, що майндфулнес медитація може знизити симптоми тривоги, депресії та стресу, покращуючи емоційну стабільність та стійкість. Це робить дану форму медитації перспективним методом для допомоги молоді при переживанні негативних емоційних станів, викликаних війною.

Відповідно до наступного завданням було досліджено емоційний стан української молоді за допомогою надійних та валідних інструментів, що описуються у другому розділі. З метою отримання достовірних даних використано шкалу тривоги Спілбергера (STAI), шкалу депресії Бека (BDI-2), шкала сприйманого стресу (PSS-10), перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5), опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА) для оцінки загального емоційного фону.

Зібрані дані були піддані обробці за допомогою статистичного інструментарію. Дослідження показало, що більша частина української молоді має помірні та високі показники вимірюваних факторів. Це вказує на значний вплив війни на емоційний стан молоді та деякі складнощі у адаптації до стресових ситуацій, спричинених військовим конфліктом. Також було виявлено, що тривога, стрес, депресія та ПТСР мають значні кореляції та можуть утворювати комплекс негативних емоційних станів. Зібрані дані підкреслюють необхідність пошуку ресурсів для підтримки емоційного здоров'я молоді, щоб уникнути більш тяжких розладів у майбутньому.

У межах третього завдання було з'ясовано ефективність впливу майндфулнес медитації, шляхом прорівняння порівняно дані про емоційний стан української молоді в контрольній та експериментальній групах. Для проведення

експериментального дослідження було сформовано дві групи. Контрольна група складалася з осіб, які не практикували майндфулнес медитацію, тоді як експериментальна група складалася з тих, хто регулярно практикував її протягом місяця. На початку дослідження обидві групи характеризувались різними рівнями вимірюваних шкал, переважно середнього та високого. Хоча вони і були відібрані за балом вище середнього, проте містили декілька осіб, у яких були низькі показники. Це пояснюється тим, що у деяких респондентів може бути низька оцінка за одним фактором і висока за іншим. Загалом характеристика складу груп була схожою. Після проведення інтервенцій середні оцінки експериментальної групи покращились за усіма шкалами, тоді як контрольна група залишилась на тих рівнях, що і була до дослідження, з деякими статистично незначущими коливаннями балів. Статистично значущі показники різниці до/після у експериментальній групі були за шкалами STAI, BDI-2, PSS-10. За опитувальником PCL-5 показник p -value не був статистично значущим, проте Cohen's d має значення помірного розміру ефекту. Дані результати підтверджують ефективність впливу майндфулнес медитації та дозволяє розглядати її, як можливий метод для покращення емоційного стану молоді.

Було визначено особливості впливу майндфулнес медитацій на емоційний стан молоді під час війни. За допомогою щотижневого анкетування експериментальної групи, було виявлено стабільне покращення вимірюваних показників. Майндфулнес медитація мала поступовий позитивний вплив, а самі учасники відзначали що відчували ефект після другого тижня практики. Учасниками також повідомлялось про збільшення енергії протягом дня, більшу присутність «тут і зараз», кращу здатність керувати емоціями та зменшення тривоги. За регресійним аналізом між кількістю медитацій на тиждень та показниками відповідей, існує статистично значущий вплив частоти практики. Збільшення кількості днів позитивно впливає на покращення сприйняття стресу та настрою, здатності керувати емоціями, а також зниженням тривоги та стресу. Також був виявлений негативний вплив частоти медитації на шкалу негативного афекту.

Всі поставлені завдання, відповідно до мети дослідження, були виконані. Дослідження має статистично значущі результати на українській вибірці, що

підтверджує вплив та ефективність використання майндфулнес медитації для покращення емоційного стану молоді під час війни. Ці результати вказують на потенціал майндфулнес медитації, як методу психологічного та психотерапевтичного втручання. Однак подальші дослідження на більшій вибірці є необхідними для отримання більш точних висновків. У контексті війни це дослідження є внеском у розуміння сучасного рівня емоційного стану та наряду його покращення для української молоді у реаліях війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Dixon T. From passions to emotions: the creation of a secular psychological category / Dixon Thomas. – [S. l.] : Cambridge University Press, 2003. – 300 p.
2. Brown T. Selected philosophical writings / Brown Thomas. – Exeter, UK : Imprint Academic, 2010. – 190 p.
3. Lange C. G. The emotions / C. G. Lange, W. James.. – Baltimore : Williams and Wilkins, 1922. – 137 p.
4. Cannon W. B. The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory [Electronic resource] / Walter B. Cannon // The American Journal of Psychology. – 1927. – Vol. 39, no. 1/4. – P. 106. – Mode of access: <https://doi.org/10.2307/1415404>
5. Izard C. E. The many meanings/aspects of emotion: definitions, functions, activation, and regulation [Electronic resource] / Carroll E. Izard // Emotion Review. – 2010. – Vol. 2, no. 4. – P. 363–370. – Mode of access: <https://doi.org/10.1177/1754073910374661>
6. Izard C. E. The psychology of emotions [Electronic resource] / Carroll E. Izard. – Boston, MA : Springer US, 1991. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0615-1>
7. Izard C. E. Facial expressions and the regulation of emotions. [Electronic resource] / Carroll E. Izard // Journal of Personality and Social Psychology. – 1990. – Vol. 58, no. 3. – P. 487–498. – Mode of access: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.487>
8. Darwin C. Expression of the emotions in man and animals / Charles Darwin. – [S. l.] : Cambridge University Press, 2013. – 400 p.
9. Buss D. Evolutionary psychology: the new science of the mind / David Buss. – [S. l.] : Taylor & Francis Group, 2015. – 496 p.
10. Nesse R. Good reasons for bad feelings: reports from the frontier of evolutionary medicine / Randolph Nesse. – [S. l.] : Penguin Books, Limited, 2019. – 384 p.
11. Lazarus R. S. Emotion and adaptation / Richard S. Lazarus. – New York : Oxford

- University Press, 1991. – 557 p.
12. Вишневський С. В. Механізми виникнення емоцій, їх види та стани [Електронний ресурс] / Сергій Вацлавович Вишневський // Актуальні напрями психопрофілактичних заходів у закладах вищої освіти : матеріали I Всеукр. круглого столу, Дніпро, 18 трав. 2018 р. – [Б. м.]. – С. 128. – Режим доступу: <http://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/2875>.
 13. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс. навч. посіб. / Т. В. Дуткевич. – К.: Центр учбової літератури, 2021. – 388 с.
 14. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги : навчально - методичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів з спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія» / С. Н. Саржевський – Запоріжжя 2017. – 72 с.
 15. Гаврилькевич В. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену [Електронний ресурс] / В'ячеслав Гаврилькевич, Олена Фірстова // Psychology Travelogs. – 2023. – № 2. – С. 41–50. – Режим доступу: <https://doi.org/10.31891/pt-2023-2-15>
 16. Максименко С.Д. Загальна психологія. Видання 3-є, перероблене та доповнене. Навчальний посібник. / С. Д. Максименко – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 272 с.
 17. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП Вид. дім «Персонал», 2017. – 160 с.
 18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition / American Psychiatric Association. – [S. l.] : American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
 19. Mental health in emergencies [Electronic resource] // World Health Organization (WHO). – Mode of access: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
 20. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Fiona Charlson [et al.] // The lancet. – 2019. – Vol. 394, no. 10194. – P. 240–248. – Mode of access: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1)

21. Justino P. Poverty and violent conflict: a micro-level perspective on the causes and duration of warfare [Electronic resource] / Patricia Justino // Journal of peace research. – 2009. – Vol. 46, no. 3. – P. 315–333. – Mode of access: <https://doi.org/10.1177/0022343309102655>
22. Levy, B. S. War and public health / Barry S. Levy, Victor W. Sidel – Washington, DC : American Public Health Assoc., 2000. – 436 p.
23. Gostin L. O. Beyond moral claims: a human rights approach in mental health [Electronic resource] / Lawrence O. Gostin // Cambridge quarterly of healthcare ethics. – 2001. – Vol. 10, no. 3. – P. 264–274. – Mode of access: <https://doi.org/10.1017/s0963180101003061>
24. Levy B. S. Health Effects of Combat: A Life-Course Perspective [Electronic resource] / Barry S. Levy, Victor W. Sidel // Annual Review of Public Health. – 2009. – Vol. 30, no. 1. – P. 123–136. – Mode of access: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100147>
25. Вплив війни на молодь в Україні [Електронний ресурс] / І. Волосевич, І. Когут, Т. Жерьобкіна, Ю. Назаренко – ГО «Аналітичний центр Cedos», 2023. – Режим доступу: <https://cedos.org.ua/wp-content>
26. Тертична Н. А. Тривожність як механізм дезадаптації молоді під час війни [Електронний ресурс] / Н. А. Тертична, К. С. Мельник // Scientists and existing problems of human development : матеріали ІХ Міжнар. науково-практ. конф., Загреб, 14–17 листоп. 2023 р. – С. 340–343. – Режим доступу: <https://isg-konf.com/scientists-and-existing-problems-of-human-development/>.
27. What is an anxiety disorder? [Electronic resource] / Michelle G. Craske [et al.] // Focus. – 2011. – Vol. 9, no. 3. – P. 369–388. – Mode of access: <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
28. Савчин М.В. Загальна психологія: навч. посіб. / М.В. Савчин. – К.: Академвидав, 2011. – 464 с.
29. Barlow D. H. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic / David H. Barlow. – 2nd ed. – New York : Guilford Press, 2002. – 704 p.
30. Perrotta G. Anxiety Disorders: Definitions, Contexts, Neural Correlates and

- Strategic Therapy / Giulio Perrotta // *Jacobs Journal of Neurology and Neuroscience*. – 2019. – Vol. 6, No. 1. – P. 42.
31. Wetherell J. L. A longitudinal analysis of anxiety and depressive symptoms. [Electronic resource] / Julie Loebach Wetherell, Margaret Gatz, Nancy L. Pedersen // *Psychology and aging*. – 2001. – Vol. 16, no. 2. – P. 187–195. – Mode of access: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.2.187>
32. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні // *Психіатрія: погляд на проблему*. – 2022. – Вип. № 4. – С. 22–24.
33. Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders* / Aaron T. Beck. – New York : International Universities Press, 1976. – 356 p.
34. Schatzberg A. F. Classification of depressive disorders [Electronic resource] / Alan F. Schatzberg // *Depression*. – Boston, MA, 1978. – P. 13–40. – Mode of access: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2397-6_2
35. What is subsyndromal symptomatic depression (ssd)? [Electronic resource] / Lewis L. Judd [et al.] // IX world congress of psychiatry, Rio De Janiero, Brazil. – [S. l.], 1994. – Mode of access: https://doi.org/10.1142/9789814440912_0064
36. Selye H. *Stress without distress* / Hans Selye. – London : Corgi, 1987. – 140 p.
37. Cohen S. Psychological stress and disease [Electronic resource] / Sheldon Cohen, Denise Janicki-Deverts, Gregory E. Miller // *Jama*. – 2007. – Vol. 298, no. 14. – P. 1685. – Mode of access: <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
38. Stress [Electronic resource] // World Health Organization (WHO). – Mode of access: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
39. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник [Електронний ресурс] / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с. – Режим доступу: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/Наугольник_психологія_стресу.pdf
40. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events [Electronic resource] / Allen D. Kanner [et al.] // *Journal of behavioral medicine*. – 1981. – Vol. 4, no. 1. – P. 1–39. – Mode of access:

- <https://doi.org/10.1007/bf00844845>
41. Predicting cortisol stress responses in older individuals: Influence of serotonin receptor 1A gene (HTR1A) and stressful life events [Electronic resource] / Diana Armbruster [et al.] // *Hormones and behavior*. – 2011. – Vol. 60, no. 1. – P. 105–111. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.03.010>
 42. Wong M.-L. Research and treatment approaches to depression [Electronic resource] / Ma-Li Wong, Julio Licinio // *Nature reviews neuroscience*. – 2001. – Vol. 2, no. 5. – P. 343–351. – Mode of access: <https://doi.org/10.1038/35072566>
 43. Selye H. Stress and disease [Electronic resource] / H. Selye // *Science*. – 1955. – Vol. 122, no. 3171. – P. 625–631. – Mode of access: <https://doi.org/10.1126/science.122.3171.625>
 44. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition / American Psychiatric Association. – [S. l.] : American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
 45. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Fiona Charlson [et al.] // *The lancet*. – 2019. – Vol. 394, no. 10194. – P. 240–248. – Mode of access: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1) (date of access: 11.05.2024). – Title from screen.
 46. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys [Electronic resource] / K. C. Koenen [et al.] // *Psychological medicine*. – 2017. – Vol. 47, no. 13. – P. 2260–2274. – Mode of access: <https://doi.org/10.1017/s0033291717000708>
 47. Sometimes less is more: establishing the core symptoms of PTSD [Electronic resource] / Jessica L. Walton [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2017. – Vol. 30, no. 3. – P. 254–258. – Mode of access: <https://doi.org/10.1002/jts.22185>
 48. Mindfulness meditation and psychopathology [Electronic resource] / Joseph Wielgosz [et al.] // *Annual review of clinical psychology*. – 2019. – Vol. 15, no. 1. – P. 285–316. – Mode of access: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
 49. Sun J. Mindfulness in context: a historical discourse analysis [Electronic resource] / Jessie Sun // *Contemporary buddhism*. – 2014. – Vol. 15, no. 2. – P. 394–415. –

Mode of access: <https://doi.org/10.1080/14639947.2014.978088>

50. Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life. [Electronic resource] / Jon Kabat-Zinn. – [S. l.] : Piatkus Books, 2001. – 270 p. – Mode of access: <https://inthecloudmarketing.com/wp-content/uploads/2018/03/97291641-Mindfulness-Meditation-for-Everyday-Life-Kabat-Zinn-Jon.pdf>
51. Goleman D. The meditative mind: the varieties of meditative experience / Daniel Goleman, Ram Dass. – [S. l.] : Harper Collins Publishers, 1989. – 240 p.
52. Mindfulness: a proposed operational definition [Electronic resource] / Scott R. Bishop [et al.] // *Clinical psychology: science and practice*. – 2006. – Vol. 11, no. 3. – P. 230–241. – Mode of access: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
53. Siegel D. J. The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being / Daniel J. Siegel. – [S. l.] : W. W. Norton, 2007. – 256 p.
54. Siegel D. J. Mindsight: the new science of personal transformation / Daniel J. Siegel – [S. l.] : Brilliance Audio, 2015.
55. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective [Electronic resource] / Britta K. Hölzel [et al.] // *Perspectives on psychological science*. – 2011. – Vol. 6, no. 6. – P. 537–559. – Mode of access: <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
56. Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training [Electronic resource] / Fadel Zeidan [et al.] // *Consciousness and cognition*. – 2010. – Vol. 19, no. 2. – P. 597–605. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>
57. Short-term meditation training improves attention and self-regulation [Electronic resource] / Y. Y. Tang [et al.] // *Proceedings of the national academy of sciences*. – 2007. – Vol. 104, no. 43. – P. 17152–17156. – Mode of access: <https://doi.org/10.1073/pnas.0707678104>
58. Mindfulness-based stress reduction and health benefits [Electronic resource] / Paul Grossman [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. – 2004. – Vol. 57, no. 1. – P. 35–43. – Mode of access: [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00573-7)

59. Siegel R. D. Mindfulness: what is it? Where did it come from? [Electronic resource] / Ronald D. Siegel, Christopher K. Germer, Andrew Olendzki // Clinical handbook of mindfulness. – New York, NY, 2009. – P. 17–35. – Mode of access: https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
60. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness / Jon Kabat-Zinn. – New York, N.Y : Delacorte Press, 1990. – 453 p.
61. Leeson M. J. The effect of mindfulness and compassion meditation on state empathy and emotion [Electronic resource] / M. J. Leeson, W. Lovegrove // Mindfulness. – 2021. – No. 12. – P. 1768–1778. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01639-z>
62. Effect of mindfulness breathing meditation on depression, anxiety, and stress: a randomized controlled trial among university students [Electronic resource] / Maria Komariah [et al.] // Healthcare. – 2022. – Vol. 11, no. 1. – P. 26. – Mode of access: <https://doi.org/10.3390/healthcare11010026>
63. Zollars I. Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and perceived stress [Electronic resource] / Irene Zollars, Therese I. Poirier, Junvie Pailden // Currents in pharmacy teaching and learning. – 2019. – Vol. 11, no. 10. – P. 1022–1028. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.06.005>
64. Burgstahler M. S. Effects of guided mindfulness meditation on anxiety and stress in a pre-healthcare college student population: a pilot study [Electronic resource] / Matthew S. Burgstahler, Mary C. Stenson // Journal of american college health. – 2019. – Vol. 68, no. 6. – P. 666–672. – Mode of access: <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1590371>
65. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder [Electronic resource] / Elizabeth A. Hoge [et al.] // Psychiatry research. – 2018. – Vol. 262. – P. 328–332. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.006>
66. Bamber M. D. Effects of mindfulness meditation on college student anxiety: a meta-analysis [Electronic resource] / Mandy D. Bamber, Erin Morpeth //

- Mindfulness. – 2018. – Vol. 10, no. 2. – P. 203–214. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0965-5>
67. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis [Electronic resource] / Sarah Zoogman [et al.] // Mindfulness. – 2014. – Vol. 6, no. 2. – P. 290–302. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4>
68. Eberth J. The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis [Electronic resource] / Juliane Eberth, Peter Sedlmeier // Mindfulness. – 2012. – Vol. 3, no. 3. – P. 174–189. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x> (date of access: 11.05.2024)
69. Lykins E. L. B. Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation [Electronic resource] / Emily L. B. Lykins, Ruth A. Baer // Journal of cognitive psychotherapy. – 2009. – Vol. 23, no. 3. – P. 226–241. – Mode of access: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.226>
70. Military-related posttraumatic stress disorder and mindfulness meditation: a systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Lu-Na Sun [et al.] // Chinese journal of traumatology. – 2021. – Vol. 24, no. 4. – P. 221–230. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2021.05.003>
71. Khusid M. A. The emerging role of mindfulness meditation as effective self-management strategy, part 1: clinical implications for depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety [Electronic resource] / Marina A. Khusid, Meena Vythilingam // Military medicine. – 2016. – Vol. 181, no. 9. – P. 961–968. – Mode of access: <https://doi.org/10.7205/milmed-d-14-00677>
72. Hopwood T. L. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress [Electronic resource] / Tanya L. Hopwood, Nicola S. Schutte // Clinical psychology review. – 2017. – Vol. 57. – P. 12–20. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.002>
73. Spielberger C. D. State-trait anxiety inventory: a comprehensive bibliography / Charles D. Spielberger. – 2nd ed. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1989. – 115 p.
74. Beck A. T. An inventory for measuring depression [Electronic resource] / A. T.

- Beck // Archives of general psychiatry. – 1961. – Vol. 4, no. 6. – P. 561. – Mode of access: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
75. Beck A. T. BDI-II, Beck depression inventory: manual / Aaron T. Beck. – 2nd ed. – San Antonio, Tex : Psychological Corp., 1996. – 38 p.
76. Nikitchuk U. The psychometric properties of the ukrainian version of beck depression inventory-i determined with a student sample [Electronic resource] / Uliana Nikitchuk // Psychological journal. – 2020. – Vol. 6, no. 11. – P. 56–68. – Mode of access: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.11.6> (date of access: 11.05.2024). – Title from screen.
77. Cohen S. A global measure of perceived stress [Electronic resource] / Sheldon Cohen, Tom Kamarck, Robin Mermelstein // Journal of health and social behavior. – 1983. – Vol. 24, no. 4. – P. 385. – Mode of access: <https://doi.org/10.2307/2136404> (date of access: 11.05.2024). – Title from screen.
78. Lazarus R. S. Stress, appraisal, and coping / Richard S. Lazarus. – New York : Springer, 1984. – 445 p.
79. Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the united states. / S. Cohen, W. Williamson // The social psychology of health: claremont symposium on applied social psychology / ed. by S. Spacapan, S. Oskamp. – [S. l.], 1988. – P. 3–67.
80. Вельдбрехт О. О. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни [Електронний ресурс] / О. О. Вельдбрехт, Н. І. Тавровецька // Problems of modern psychology. – 2022. – № 2. – С. 16–27. – Режим доступу: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
81. Ghazali S. R. Reliability, concurrent validity, and cutoff score of PTSD checklist (PCL-5) for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition among malaysian adolescents. [Electronic resource] / Siti Raudzah Ghazali, Yoke Yong Chen // Traumatology. – 2018. – Vol. 24, no. 4. – P. 280–287. – Mode of access: <https://doi.org/10.1037/trm0000156>
82. Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders–fifth edition (PCL-5) in veterans. [Electronic resource] / Michelle J. Bovin [et al.] // Psychological assessment. – 2016. – Vol. 28, no. 11. – P.

- 1379–1391. – Mode of access: <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
83. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. [Електронний ресурс] / В. Безшейко // Психосоматична медицина та загальна практика. – № 1. – е010108. – Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
84. Watson D. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. [Electronic resource] / David Watson, Lee Anna Clark, Auke Tellegen // Journal of personality and social psychology. – 1988. – Vol. 54, no. 6. – P. 1063–1070. – Mode of access: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
85. Кліманська М. Психометрична характеристика опитувальника позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS [Електронний ресурс] / М. Кліманська, І. Галецька. // Psychological journal. – 2020. – №6. – С. 119–132. – Режим доступу: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.4>
86. Wright K. B. Researching internet-based populations: advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services [Electronic resource] / Kevin B. Wright // Journal of Computer-Mediated Communication. – 2006. – Vol. 10, no. 3. – P. 00. – Mode of access: <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x>
87. Svitlo. – Режим доступу: <https://svitlo.app>
88. Review and Evaluation of Mindfulness-Based iPhone Apps [Electronic resource] / Madhavan Mani [et al.] // JMIR mHealth and uHealth. – 2015. – Vol. 3, no. 3. – P. e82. – Mode of access: <https://doi.org/10.2196/mhealth.4328>
89. Porter M. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons [Electronic resource] / Matthew Porter, Nick Haslam // Jama. – 2005. – Vol. 294, no. 5. – P. 602. – Mode of access: <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
90. Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update [Electronic resource] / Miranda Olf // European journal of psychotraumatology. – 2017. – Vol. 8, sup4. – P. 1351204. – Mode of access:

<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>

91. Li S. S. Y. The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers [Electronic resource] / Susan S. Y. Li, Belinda J. Liddell, Angela Nickerson // *Current psychiatry reports*. – 2016. – Vol. 18, no. 9. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
92. Українське лонгітюдне дослідження = Ukrainian longitudinal study (ULS) [Електронний ресурс] / С. Д. Максименко [та ін.]. – Київ: Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. – 77 с. – Режим доступу: <https://doi.org/10.32631/uls2022>

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера (STAI)

Шкала самооцінки ситуативної тривоги

Інструкція: Прочитайте кожне твердження та дайте відповідь, яка найкраще описує ваші поточні почуття, тобто у даний момент часу. Правильних чи неправильних відповідей немає. Не витрачайте багато часу на одне твердження.

Відповідь: 1 = зовсім ні; 2 = трохи; 3 = помірно; 4 = сильно.

Питання:

1. Я відчуваю спокій
2. Я відчуваю себе в безпеці
3. Я напружений (-а)
4. Я відчуваю жаль
5. Я почуваюсь легко\невимушено
6. Я почуваюсь засмученим (-ою)
7. Я турбуюсь через можливі неприємності\невдачі
8. Я почуваюся задоволеним (-ою)
9. Я відчуваю себе наляканим (-ою)
10. Я почуваю себе комфортно
11. Я відчуваю впевненість у собі
12. Я почуваюся нервово
13. Я відчуваю тремтіння
14. Я почуваюся нерішучим (-ою)
15. Я розслаблений (-а)
16. Я відчуваю себе задоволеним (-ою)
17. Я схвильований (-а)

18. Я почуваюся розгубленим (-ою)

19. Я відчуваю себе стійким (-ою)

20. Я почуваюся приємно

Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: Прочитайте кожне твердження та дайте відповідь, залежно від того, як Ви себе почуваєте зазвичай більшість часу. Правильних чи неправильних відповідей немає. Не витрачайте багато часу на одне твердження.

Відповіді: 1 = майже ніколи; 2 = іноді; 3 = часто; 4 = майже завжди.

Питання:

1. Я почуваюся приємно

2. Я відчуваю нервозність і неспокій

3. Я відчуваю себе задоволеним (-ою) собою

4. Я хотів (-ла) би бути таким щасливим, якими здаються інші

5. Я відчуваю себе невдахою

6. Я почуваюся відпочилим (-ою)

7. Я «спокійний (-а) , холодний (-а) і зібраний (-а)»

8. Я відчуваю, що труднощі накопичуються так, що я не можу їх подолати

9. Я занадто хвилююся про те, що насправді не має значення

10. Я щасливий (-а)

11. Я маю тривожні думки

12. Мені бракує впевненості в собі

13. Я відчуваю себе в безпеці

14. Я легко приймаю рішення

15. Я відчуваю себе недостатнім (-ьою)

16. Я задоволений (-а)

17. Якась неважлива думка крутиться в моїй голові і турбує мене

18. Я так гостро сприймаю розчарування, що не можу викинути їх з голови

19. Я стійка\рівноважена людина

20. Я відчуваю напругу та хвилювання, коли думаю про свої нещодавні турботи та справи

Додаток Б

Шкала депресії А.Т. Бека (BDI-II)

Інструкція: Цей опитувальник складається з групи тверджень. Уважно прочитайте кожен групу тверджень і оберіть одне, яке найкраще описує те, як ви себе почували протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогодні. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

Таблиця Б.1

Бланк шкали депресії (BDI-II)

№	Група тверджень	№	Група тверджень
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Мені не сумно. b. Я відчуваю сумним/-ою більшість часу. c. Я постійно сумний/-а. d. Я такий/-а сумний/-а або нещасний/-а, що не можу цього винести. 	12	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не втратив/-ла інтерес до інших людей або занять. b. Інші люди або заняття цікавлять мене менше, ніж раніше. c. Я майже втратив/-ла інтерес до інших людей або занять. d. Мені важко зацікавитись будь-чим.
2	<ul style="list-style-type: none"> a. Думки про майбутнє не викликають у мене зневіри. b. Думки про майбутнє викликають у мене більше зневіри, ніж раніше. c. Я не очікую, що у мене все налагодиться. d. Я відчуваю, що моє майбутнє безнадійне, і все буде тільки гірше. 	13	<ul style="list-style-type: none"> a. Я ухвалюю рішення приблизно так само добре, як завжди. b. Мені важче ухвалювати рішення, ніж зазвичай. c. Мені набагато важче ухвалювати рішення, ніж раніше. d. Мені важко ухвалювати будь-які рішення.
3	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не відчуваю невдахою. b. Я зазнавав/-ла невдач частіше, ніж слід. c. Коли я оглядаюся на минуле, я бачу багато невдач. d. Як людина, я відчуваю повною невдахою. 	14	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не відчуваю нікчемним/-ою. b. Я не вважаю себе такою цінною і корисною людиною, як раніше. c. Я відчуваю більш нікчемним/-ою у порівнянні з іншими людьми. d. Я відчуваю зовсім нікчемним/-ою.
4	<ul style="list-style-type: none"> a. Я отримую стільки ж задоволення від улюблених занять, як і завжди. b. Я не отримую стільки ж задоволення від своїх занять, як раніше. c. Я отримую дуже мало задоволення від занять, які раніше мені подобалися. d. Я не можу насолодитися заняттями, які раніше приносили мені задоволення. 	15	<ul style="list-style-type: none"> a. Я маю стільки ж енергії, як і завжди. b. У мене менше енергії, ніж раніше. c. Мені бракує енергії для багатьох речей. d. Мені бракує енергії для будь-чого.

Продовження таблиці Б.1

5	<p>a. Я не почуваюся особливо винним/-ою.</p> <p>b. Я почуваюся винним/-ою за багато речей, які я зробив/-ла або мав/-ла зробити.</p> <p>c. Я почуваюся досить винним/-ою більшість часу.</p> <p>d. Я постійно почуваюся винним/-ою.</p>	16	<p>a. Я не відчув/-ла жодних змін у тому, як я сплю.</p> <p>b. Я сплю дещо більше, ніж зазвичай.</p> <p>c. Я сплю дещо менше, ніж зазвичай.</p> <p>d. Я сплю набагато більше, ніж зазвичай.</p> <p>e. Я сплю набагато менше, ніж зазвичай.</p> <p>f. Я сплю більшу частину дня.</p> <p>g. Я прокидаюсь на 1-2 години раніше і не можу знову заснути.</p>
6	<p>a. Я не відчуваю, що мене карають.</p> <p>b. Я відчуваю, що мене можуть покарати.</p> <p>c. Я очікую, що мене покарають.</p> <p>d. Я відчуваю, що мене карають.</p>	17	<p>a. Я не більш дратівливий/-а, ніж зазвичай.</p> <p>b. Я більш дратівливий/-а, ніж зазвичай.</p> <p>c. Я набагато більш дратівливий/-а, ніж зазвичай.</p> <p>d. Я постійно роздратований/-а.</p>
7	<p>a. Я ставлюсь до себе так, як і завжди.</p> <p>b. Я втратив/-ла впевненість у собі.</p> <p>c. Я розчарований/-а у собі.</p> <p>d. Я собі не подобаюся.</p>	18	<p>a. Я не відчув/-ла жодних змін апетиту.</p> <p>b. Мій апетит дещо менший ніж зазвичай.</p> <p>c. Мій апетит дещо більший ніж зазвичай.</p> <p>d. Мій апетит набагато менший, ніж раніше.</p> <p>e. Мій апетит набагато більший ніж зазвичай.</p> <p>f. У мене зовсім немає апетиту.</p> <p>g. Я постійно хочу їсти.</p>
8	<p>a. Я критикую або звинувачую себе не більше, ніж зазвичай.</p> <p>b. Я більш критичний/-а до себе, ніж раніше.</p> <p>c. Я критикую себе за всі свої помилки.</p> <p>d. Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.</p>	19	<p>a. Я можу зосереджуватись так само добре, як зазвичай.</p> <p>b. Я не можу зосереджуватись так само добре, як зазвичай.</p> <p>c. Мені важко зосереджуватись на чомусь протягом дуже тривалого часу.</p> <p>d. Я відчуваю, що не можу ні на чому зосередитись.</p>
9	<p>a. В мене не виникає жодних думок про те, щоб накласти на себе руки.</p> <p>b. Я маю думки про те, щоб накласти на себе руки, але я б їх не реалізував/-ла.</p> <p>c. Я хотів/-ла би накласти на себе руки.</p> <p>d. Я б наклав/-ла на себе руки, якби мав/-ла нагоду.</p>	20	<p>a. Я не відчуваю більшої втоми або виснаження, ніж зазвичай.</p> <p>b. Я швидше і більше втомлююсь або виснажуюсь, ніж зазвичай.</p> <p>c. Я надто втомлений/-а або виснажений/-а, щоб займатися багатьма речами, які я робив/-ла раніше.</p> <p>d. Я надто втомлений/-а або виснажений/-а, щоб займатися більшістю речей, які я робив/-ла раніше.</p>
10	<p>a. Я плачу не більше, ніж раніше</p> <p>b. Я плачу більше, ніж раніше.</p> <p>c. Я плачу через кожну дрібницю.</p> <p>d. Мені хочеться плакати, але я не можу.</p>	21	<p>a. Останнім часом я не помічав/-ла жодних змін у своєму інтересі до сексу.</p> <p>b. Я менше цікавлюся сексом, ніж раніше.</p> <p>c. Зараз я набагато менше цікавлюся сексом.</p> <p>d. Я повністю втратив/-ла інтерес до сексу.</p>

Закінчення таблиці Б.1

11	<p>a. Я не відчуваю більшого занепокоєння або збудження, ніж зазвичай.</p> <p>b. Я відчуваюся більш неспокійним/-ою або збудженим/-ою, ніж зазвичай.</p> <p>c. Я такий/-а неспокійний/-а або збуджений/-а, що мені важко всидіти на місці.</p> <p>d. Я такий/-а неспокійний/-а або збуджений/-а, що мені потрібно постійно рухатись або щось робити.</p>	
----	--	--

Додаток В

Перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5)

Інструкція: Нижче будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію. Будь ласка, тримаючи у голові війну як подію загалом, уважно прочитайте наведені симптоми та відмітьте наскільки вони вас турбували **ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ** відносно цієї події.

Відповіді: 0 = зовсім ні; 1 = трохи; 2 = помірно; 3 = відчутно; 4 = дуже.

Питання:

1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?
3. Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?
4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?
9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ - небезпечне місце»)?
10. Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?

14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?
16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?
17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?
18. Відчуття постійної напруги?
19. Труднощі із зосередженістю?
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Додаток Г

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Інструкція: Запитання у цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображає як часто ви відчували або міркували в певний спосіб.

Відповіді: 0 = ніколи; 1 = майже ніколи; 2 = іноді; 3 = досить часто; 4 = дуже часто.

Питання:

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

Додаток Д

Опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА)

Інструкція: Нижче наведено перелік слів, які описують різні почуття та емоції. Прочитайте кожен пункт, а потім поставте відповідну позначку поруч із цим словом. Вкажіть, як ви почували себе протягом минулого тижня.

Для позначення своїх відповідей використовуйте шкалу: 1 – майже або зовсім ні, 2 – трохи, 3- помірно, 4 – значною мірою, 5 – дуже сильно.

№	Почуття/емоція	№	Почуття/емоція
1	зацікавлений	11	роздратований
2	пригнічений	12	зібраний, зосереджений
3	радісний	13	зняквовілий
4	засмучений	14	натхненний
5	сповнений сил	15	знервований
6	винуватий	16	рішучий
7	наляканий	17	уважний
8	злий	18	неспокійний
9	енергійний	19	активний
10	впевнений в собі	20	тривожний

Додаток Е

Анкета-самозвіт для експериментальної групи

1. Чи вдалося вам медитувати протягом усіх 7 днів цього тижня?

- a. Так
- b. Пропустив(-ла) 1 день
- c. Пропустив(-ла) 2 дні
- d. Пропустив(-ла) 3 дні
- e. Пропустив(-ла) 4 дні
- f. Пропустив(-ла) 5 днів
- g. Пропустив(-ла) 6 днів
- h. Не медитував (-ла)

2. Чи відчули ви зниження рівня стресу протягом періоду проходження дослідження? Оцініть від 0 до 3, де: ні = 0; трохи = 1; помітно = 2; значно = 3

3. Чи помітили ви зниження рівня тривожності протягом періоду проходження дослідження? Оцініть від 0 до 3, де: ні = 0; трохи = 1; помітно = 2; значно = 3

4. Чи відчули ви поліпшення вашого настрою та психічного стану протягом останнього всього періоду проходження дослідження? Оцініть від 0 до 3, де: ні = 0; трохи = 1; помітно = 2; значно = 3

5. Як ви оцінюєте вплив медитації на вашу здатність керувати емоціями та стресом протягом періоду проходження дослідження? Оцініть від -3 до 3, де: значно погіршилась = -3; не вплинуло = 0; значно покращилася = 3.

6. Чи помітили ви покращення відносно до вашого власного сприйняття стресу під час навчання/роботи/побуту протягом всього періоду проходження дослідження? Оцініть від -3 до 3, де: значно погіршилась = -3; не вплинуло = 0; значно покращилася = 3.

7. Чи відчули ви покращення в інших аспектах свого життя (наприклад, взаємини з близькими, робота, навчання тощо) протягом всього періоду проходження дослідження? Оцініть від -3 до 3, де: значно погіршилась = -3; не

вплинуло= 0; значно покращилася= 3.

8. Чи відчуваєте ви покращення своєї здатності концентруватися та уважно слухати протягом всього періоду проходження дослідження? Оцініть від -3 до 3, де: значно погіршилась= -3; не вплинуло= 0; помітно = 2; значно покращилася= 3.

9. Чи помітили ви зміни в якості свого сну протягом останнього тижня? Оцініть від -3 до 3, де: значно погіршилась= -3; не вплинуло= 0; помітно = 2; значно покращилась= 3

Додаток Ж

Інструкція для експериментальної групи

Шановні учасники експериментальної групи, ми раді вітати вас у нашому дослідженні «Вплив майндфулнес медитацій на емоційний стан молоді в умовах війни». Ви обрали долучитися до експериментальної групи, яка буде активно практикувати майндфулнес медитації.

У цьому листі ми надамо вам усю необхідну інформацію та інструкції для успішної участі в дослідженні. Будь ласка, уважно ознайомтесь із ними та слідуйте вказівкам.

Організаційні моменти:

1. Участь в дослідженні є добровільною. Ви можете у будь-який момент відмовитися від подальшої участі без будь-яких наслідків. Велике прохання повідомити про це нас. А також повідомити, якщо у Вас не виходить практикувати щодня.
2. Ваші відповіді та дані залишаться конфіденційними. Ми гарантуємо безпеку та конфіденційність всієї інформації, яку ви нам надаєте. Ваші особисті дані не будуть передаватися третім особам.
3. Дослідження триватиме 4 тижні. Ви будете здійснювати медитаційну практику щодня, протягом 4 тижнів. Час на медитацію може варіюватися від 5 до 30 хвилин на день. Пам'ятайте, що регулярність є ключем до успіху. Просимо написати нам на електронну адресу день, коли ви розпочнете практику.
4. Протягом дослідження ви будете отримувати опитувальники на пошту: раз у тиждень коротка анкета-самозвіт щодо практики медитації та свого самопочуття, а також, наприкінці дослідження, ми ще раз попросимо пройти загальний опитувальник зі шкалами. Будь ласка, заповнюйте їх своєчасно.
5. Учасники експериментальної групи отримують доступ до українського додатку для медитації Svitlo, який слугуватиме для практики майндфулнес медитації. Завантаження додатку та його використання є безкоштовними

протягом тривалості дослідження. У цьому листі ви знайдете промокод доступу до матеріалів. Просимо не розголошувати цей промокод і не передавати третім особам, оскільки він обмеженої кількості та це допоможе зберегти цілісність і надійність результатів.

6. Якщо у вас виникли будь-які питання або потребуєте допомоги під час дослідження, будь ласка, звертайтеся до нас за наступною контактною інформацією: _____

Поради щодо практики майдфунес медитації

Майндфунес. Щиро заохочуємо вас подивитись дані відео, щоб краще ознайомитись з підходом майндфунес (у налаштуваннях можна увімкнути автоматичні субтитри українською):

What is Mindfulness? (5 хвилин) <https://www.youtube.com/watch?v=7-1Y6IbAxdM>

What is mindfulness? (1 хвилина) <https://www.youtube.com/watch?v=OaRDbLWeSXE>

А також у листі ми надіслали вам літературні джерела. Якщо знадобиться додаткова інформація, ми на зв'язку:)

Медитація. Оберіть тихе та зручне місце для практики медитації. Намагайтеся знайти місце, де вас не турбуватимуть протягом часу медитації. Сідайте у зручну позу, яка для вас прийнятна або яку рекомендують у медитації. Це можуть бути різні варіанти, наприклад, сидячи чи лежачи, на кріслі чи на підлозі. У додатку під час прослуховування медитацій Вас будуть скеровувати. Закрийте очі, або залиште їх відкритими в залежності від настанов у обраній медитації. Спрямуйте увагу на дихання. Постарайтеся не керувати ним, а спостерігати, як ви вдихаєте і видихаєте повітря. Ваш розум, можливо, почне блукати. Це нормально. Кожного разу, коли Ви помічаєте, що відволікаєтеся, спокійно повертайте увагу на своє дихання. Ви почнете з коротших сесій, по 5-10 хвилин, а потім тривалість медитації поступово збільшиться до 20-30 хвилин. У дослідженні ми наполегливо просимо медитувати щодня. Регулярність важлива для досягнення результатів. Говоріть собі «дякую» після кожної практики, адже ви дбаєте про себе.

Якщо ви раніше не мали практики медитації, рекомендуємо прослухати уроки з курсу «Медитація для початківців» у додатку Svitlo. У курсі 5 уроків по 5-7 хвилин

на теми: «Що таке медитація?» , «Як медитація впливає на ваше тіло та розум?», «Міфи і правда про медитацію», «Види медитації», «Дихання в медитації».

Додаток Svitlo

Svitlo - додаток #1 в Україні для медитацій та саморозвитку. Це ваш особистий наставник, ментор і коуч в кишені. Детальніше з інформацією про додаток можна ознайомитись тут <https://svitlo.app/>

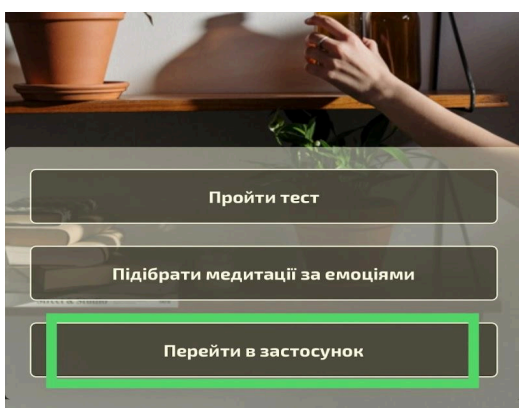
Встановлення додатку:

1. Для початку медитаційної практики, будь ласка, завантажте додаток Svitlo на свій смартфон або планшет за даними посиланнями (в залежності від ОС смартфону):

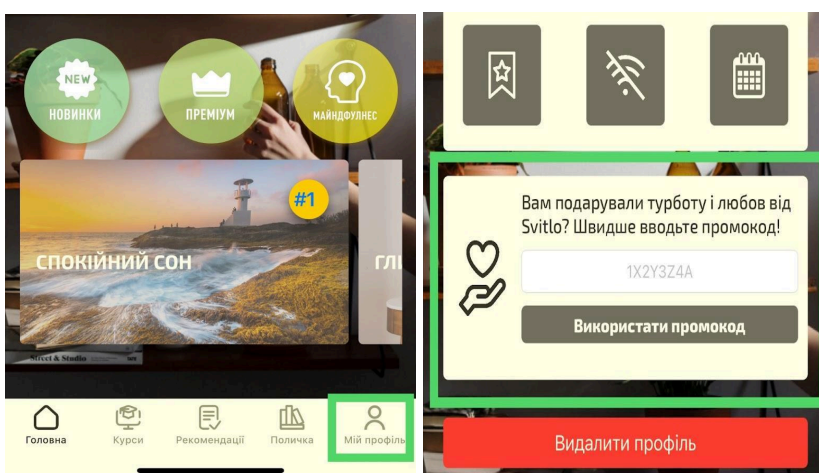
Apple (<https://apps.apple.com/ua/app/svitlo-ukrainian-meditations/id1491829162>)

Android (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.full.mind.mindfulness>)

2. Зареєструйте свій обліковий запис у додатку та перейдіть у застосунок



3. У розділі «Мій профіль» уведіть промокод _____



Готово :) Вам надано доступ до преміум версії додатку з унікальними медитаціями.

Графік медитацій

Усі медитації, які вам потрібно буде практикувати знаходяться у розділі «МАЙНДФУЛНЕС» на Головній сторінці застосунку Svitlo.

1 день. Медитація уважності (6 хв). Перед вами проста медитативна вправа уважності. З допомогою цього запису ви зможете добре закріпитися в моменті тут і тепер, відчутти зв'язок з реальністю та відключити тривожні або нав'язливі думки. Медитація сприяє відновленню рівноваги та заспокоєнню. Вона чудово підійде для коротких пауз протягом дня, коли треба перемкнутися з однієї діяльності на іншу. Або коли на довшу медитацію не вистачає часу.

2 день. Майндфулнес медитація (10 хв). Техніка майндфулнес - це спостереження за моментом тут і зараз, усвідомлення себе в ньому. Ця техніка допомагає позбутися тривоги, підвищити рівень щастя та відчутти наповненість життя. Практикуйте майндфулнес як можна частіше. Цей запис допоможе вам опанувати цю техніку.

3 день. Внутрішнє світло (9 хв). Ця проста вправа на візуалізацію допомагає заспокоїтися, відновити рівновагу та підвищити відчуття щастя. Найкраще її виконувати вранці, коли ви тільки прокинулися. Вона дасть вам заряд енергії та спокою, який буде в нагоді під час щоденних турбот.

4 день. Майндфулнес дихання (11 хв). Техніка медитації майндфулнес широко використовується у психотерапії для подолання посттравматичного синдрому, тривожності та зниження стресу. Майндфулнес полягає в спостереженні за нинішнім моментом. Якщо під час медитації ваша увага блукатиме в минулому чи майбутньому, нічого страшного - це цілком нормальний процес. Подякуйте собі, що помітили. Ваша уважність до думок - це також частина майндфулнес-медитації.

5 день. Розширення уваги (8 хв). Медитація «Розширення уваги» тренуватиме вашу сфокусованість та зібраність. Вона допоможе вам відчутти себе максимально присутніми, легше повертати свій розум з «блукання», а також вона допомагає подолати тривогу. «Розширення уваги» - це заспокоєння для вашого розуму.

6 день. Любляча доброта (15 хв). Любляча доброта це популярна методика турботи про себе, яку добре використовувати для зниження стресу. Якщо регулярно її виконувати, то це допомагає розвивати здатність пробачати себе та інших,

налагоджувати зв'язок з людьми, вчить розвивати прийняття себе. Ця вправа також допомагає долати соціальну тривогу, конфлікти в шлюбі, внутрішню агресію та стрес пов'язаний з тривалим доглядом за іншою людиною. Ця техніка не така легка, як може здатися на перший погляд. Часто потрібна практика аби дозволити собі віддавати і приймати любов. Втім нагорода у вигляді відчуття внутрішньої радості і гармонії, яку приносить регулярне виконання медитації «Любляча доброта» варта ваших зусиль.

7 день. Озеро (20 хв). Ця медитація є частиною програми майндфулнес-орієнтованої стресо-терапії. Вона допоможе навчитися приймати свої емоції та стати до них стійкішими. Зрозуміти, що емоції - це лише поверхня особистості. Медитація «Озеро» навчить вас шукати опору і рівновагу в собі в моменти життєвих коливань.

8 день. Майндфулнес дихання (11 хв). Техніка медитації майндфулнес широко використовується у психотерапії для подолання посттравматичного синдрому, тривожності та зниження стресу. Майндфулнес полягає в спостереженні за нинішнім моментом. Якщо під час медитації ваша увага блукатиме в минулому чи майбутньому, нічого страшного - це цілком нормальний процес. Подякуйте собі, що помітили. Ваша уважність до думок - це також частина майндфулнес-медитації.

9 день. Добре ставлення до себе (17 хв). Ця медитація допоможе вам зміцнити стосунки зі своїм тілом, навчитися ставитися до нього з турботою та любов'ю та чути його істинні потреби. Ця вправа стане важливим помічником для розвитку любові до себе та доброї самооцінки. Рекомендуємо вам також використовувати її, якщо ви пробуєте налагодити харчування або фізичні навантаження.

10 день. Афірмації при тривозі (20 хв). У цьому записі Ви знайдете одразу декілька інструментів для подолання тривожності. Ви почнете медитацію з майндфулнес-дихання, переведете фокус уваги з тривожних думок на безпечні об'єкти, потренуєте свій розум з допомогою афірмацій та виконаєте вправу з когнітивно-поведінкової терапії, яка допомагає відучити мозок думати про найгірше. Ця медитація допоможе послабити раптовий напад тривоги, а також в тривалій перспективі сприятиме загальному зниженню тривожності.

11 день. Свобода для свого тіла (12 хв). Ця медитація допоможе вам позбутися

обмежуючих переконань щодо дієт та вигляду свого тіла та сформулювати нові принципи свободи та турботи, які стануть важливою частиною побудови здорових стосунків зі своїм тілом.

12 день. Скан-тіло (25 хв). Медитація «Скан-тіло» - одна з основних вправ з техніки Майндфулнес. Вона допоможе вам встановити зв'язок зі своїм тілом, краще відчувати його потреби та навчитися турбуватися про нього. «Скан-тіло» широко використовується у роботі з розладами харчової поведінки та в інших напрямках психотерапії.

13 день. Гора (20 хв). Медитативна вправа «Гора» стане корисною всім, хто проходить через період нестабільності, кардинальних змін або стресів. Вона є частиною Майндфулнес-орієнтованої стресо-терапії. Медитація «Гора» допомагає виховати резилієнс природню здатність опиратися стресам. Подібно погоді навколо гори, навколо людини також постійно відбуваються різні події. Але так, як на гору не впливають бурі чи пекуче сонце, так і події в житті не визначають людину, навколо якої вони відбуваються. Використовуйте цю медитацію разово, коли хочете віднайти стабільність або регулярно, якщо хочете навчитися менше піддаватися стресам.

14 день. Майндфулнес сидячи (23 хв). Медитація сидячи - основна вправа Майндфулнес-орієнтованої психотерапії для зниження стресу. Вона входить в 8-тижневу програму, яку проводять кращі психотерапевти з усього світу. В Україні на даний момент ці записи можна знайти лише в додатку Svitlo. І ми радо ділимося з вами доступом до цього надзвичайно дієвого інструменту для тренування вашої уваги та нейронних зв'язків спокою.

15-28 день. Тепер ви будете мати можливість самостійно обирати медитаційні практики з тих, які ви вже відкрили під час минулих тижнів. Вибір медитацій може ґрунтуватись на основі уподобань та відповідності вашим потребам і цілям. Ми дуже заохочуємо вашу самостійність у виборі та віримо, що ця свобода допоможе отримати максимальну користь від участі у дослідженні.

Також з майндфулнес медитацій за потреби Ви можете спробувати медитації:

Усвідомлення відчуття голоду (10 хв). Ця вправа допоможе вам навчитися краще чути та розуміти свою потребу в їжі. І завдяки цьому – налагодити свої стосунки з

нею. Найкращий час її виконувати, через 3-4 години після попереднього прийому їжі.

Медитація паузи (2 хв). Ця медитація, наче тренування для вашого мозку. Вона допоможе йому «прокачати м'яз» усвідомленості і ви будете почуватися значно більш присутніми протягом дня. Як і будь-який навик, чим більше ви практикуєте, тим краще у вас виходить. Тому з часом з допомогою цієї короткої медитації ви навчитеся значно швидше та легше фокусувати свою увагу та повертати свідомість з «літання у хмарах» у момент тут і зараз, щоб проживати своє життя, а не проходити повз нього. Краще цю медитацію використовувати як допомогу переключення уваги між справами.