

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»  
Факультет наук про здоров'я  
Кафедра психології та психотерапії**

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**Вплив тренінгу навичок резильєнтності на рівень тривожності вчителів та  
медичних працівників**

Виконала: студентка 6 курсу,  
групи ЗПП 21/М спеціальності 053

Психологія освітньої програми  
«Клінічна психологія з основами  
психодинамічної терапії»

( )  
( )

\_\_\_\_\_  
(Веприк О.В)

Керівник: доцентка кафедри  
психології та психотерапії УКУ

( )  
( )

\_\_\_\_\_  
(Сеник О.М.)

Рецензент:

( )  
( )

\_\_\_\_\_  
( )

## Реферат

Вплив навичок тренінгу резильєнтності на рівень тривожності у вчителів та медичних працівників: 65 с., 3 ч., 9 табл., 7 рис., 3 дод., 78 джерел.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА** тривожність, медичні працівники, вчителі, резильєнтність, тренінг, навички резильєнтності.

Тренінг навичок резильєнтності має мати позитивний вплив на рівень тривожності у вчителів та медичних працівників. Втім, на сьогоднішній день тренінг з таким наповненням ще не перевірявся на ефективність. Метою цієї роботи стало теоретичне та емпіричне обґрунтування впливу даного тренінгу на рівень тривожності у представників цих професій. Для цього було проведено близько 10-ти тренінгів в освітніх та медичних закладах Львова, зібрано заміри перед початком тренінгу та після нього. Рівень ситуативної тривожності у опитуваних справді знизився, найбільше це видно в учасників, у яких рівень особистісної тривоги був високим або середнім. Це говорить про те, що справді тренінг з навичок ефективності має вплив на тривожність, що доповнює попередні дослідження із схожими тренінгами та може використовуватись і на інших вибірках.

## ЗМІСТ

<b>Вступ.....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ .....</b>	<b>9</b>
1.1 Методологічні підходи до вивчення тривожності у психології .....	9
1.1 Поняття тривоги та тривожності у психодинамічній теорії або психодинамічний погляд на тривогу та тривожність.....	12
1.1.2 Теорія прив'язаності в контексті тривожності та резильєнтності.....	13
1.2 Фактори виникнення тривожності у вчителів та медичних працівників. ....	14
1.3 Резильєнтність, як фактор подолання тривожності.....	20
1.4 Тренінг резильєнтності, як спосіб корекції ментального здоров'я .....	24
1.5 Теоретична модель та гіпотези дослідження .....	26
<b>Висновки до першого розділу .....</b>	<b>27</b>
<b>РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ .....</b>	<b>29</b>
2.1 Етапи дослідження. ....	29
2.2 Методи дослідження .....	32
2.3 Група досліджуваних .....	36
2.4 Етичні засади .....	38
2.5 Аналіз даних .....	39
<b>Висновки до другого розділу. ....</b>	<b>41</b>
<b>Розділ III. Аналіз даних. Дискусія результатів. ....</b>	<b>42</b>
3.1 Відмінність рівня ситуативної тривожності в залежності від рівня особистісної тривожності. ....	42
3.2 Відмінність між рівнем тривожності на початку тренінгу та після у медичних працівників і вчителів. ....	42
3.3 Відмінність рівня самопочуття на початку тренінгу та після. ....	45
3.4 Відмінність рівня емоційного стану оцінений суб'єктивно на початку тренінгу та після. ....	46
3.5 Дискусія результатів .....	48
3.6 Обмеження дослідження та перспективи дослідження.....	51
<b>Висновки до третього розділу.....</b>	<b>52</b>

<b>Висновки.....</b>	<b>53</b>
<b>Список використаної літератури: .....</b>	<b>56</b>
<b>Додатки .....</b>	<b>62</b>

## Вступ

**Актуальність дослідження.** Явище тривожності досліджується ще з часів Гіппократа та актуальність залишається і сьогодні. Здавалося б, переживши одну кризову подію, можна видихнути – натомість приходить наступна. Повномасштабна війна в Україні принесла разом із собою багато стресу, невизначеності та непередбачуваності. Це так чи інакше торкається кожної людини в Україні. У зв'язку з цим багато людей переживають тривожність щодо теперішнього та майбутнього. До війни, протягом останніх двадцяти років були спалахи різних інфекційних захворювань, останній з яких був COVID-19, який торкнувся не лише українців але і всіх людей на планеті. В часі таких криз, чи воєнної чи епідеміологічної, особливо вразливими є люди тих професій, які працюють людина-людиною: вчителі, медичні працівники, психологи, волонтери, соціальні працівники, оскільки до професійних викликів додаються ще виклики ззовні.

Як відомо, педагоги є однією з найбільш вразливих категорій спеціалістів щодо дії професійного стресу. Це пов'язано з інформаційним тиском, появою новітніх технологій, вигоранням. З дослідження Олексенко С. В., 2020 відомо, що в Україні: “75% педагогів відзначають у себе ту чи іншу проблему психологічного здоров'я, а 12% мають потребу поглиблювати власні знання у даній темі” (Олексенко С.В., «Психоедукація, як засіб формування культури психологічного здоров'я у педагогічних працівників», с.8, 2020).

Щодо медичних працівників, то було виявлено у дослідженнях, зроблених під час пандемії Covid-19, що те, яким є психологічний капітал, визначає вплив робочого стресу, що в свою чергу впливає на тривогу (Yongqing Hou et al., 2022).

Стрес на роботі є важливим фактором, що призводить до тривоги (Hou Y., et al., 2022). Саме розуміння основного механізму впливу стресу на тривогу може не тільки покращити розуміння людьми взаємозв'язку між стресом і тривогою, але й

створити важливу основу для пошуку методів втручання для зменшення тривоги (Yongqing Hou et al., 2022).

Навички резильєнтності дають змогу легко відновлюватись та швидко повернутись до нормального стану (APA, 2023). Тереза ЛаФромбуаз, доктор філософії з Вищої школи освіти Стенфордського університету каже, що практично у кожного є потенціал бути стійким, (якщо існують базові системи адаптації та захисні фактори, такі як підтримка громади та сім'ї) (APA, "How to foster resilience", 2016). Навчання з управління стресом і стійкості показала багатообіцяючу ефективність щодо покращення свого психоемоційного стану (Chesak, S. S. et al., 2019).

Люди цих професій переживають тривогу, а їхня діяльність зараз особливо критична, тому задля збереження їхнього здоров'я та ефективної продуктивності потрібно навчати стійкість до тривоги. З цією метою вивчається, як тренінг, який був створений і адаптований під аудиторію вчителів та медичних працівників у часі війни та який наповнений техніками саморегуляції, які впливають на переключення симпатичної та парасимпатичної нервової системи, буде впливати на самопочуття та рівень тривожності у досліджуваних.

Попри те, що тема тривожності є широко досліджена, проте досліджень саме про вплив тренінгу з таким наповненням ще немає. Саме тому була вибрана дана тема для дослідження. Для того, щоб знати, чи цей тренінг працює, треба перевірити, чи справді рівень тривоги буде мати нижчі показники, а рівень самопочуття вищі показники.

**Об'єкт:** тривожність

**Предмет:** ефект тренінгу навичок резильєнтності на тривожність вчителів та медичних працівників.

**Мета:** теоретико-методологічне дослідження та емпіричне обґрунтування впливу технік саморегуляції (навичок резильєнтності) на рівень тривожності у вчителів та медичних працівників.

**Завдання наукового дослідження:**

1. Визначити зміст понять тривожність, резильєнтність, тренінг; з'ясувати чому чому такий тренінг, який складається саме з такого набору вправ може впливати на динаміку тривожності.
2. Підібрати психодіагностичний інструментарій для вивчення взаємозв'язку навичок резильєнтності та тривожності.
3. Визначити роль особистісної тривожності в динаміці ситуативної тривожності.

**В основу дослідження покладені наступні гіпотези:**

1. Існує статистично значущий ефект тренінгу резильєнтності на рівень тривожності вчителів та медичних працівників.
2. Існує зв'язок між особистісною тривожністю та ситуативною тривожністю.
3. Існує статистично значущий ефект тренінгу резильєнтності на самопочуття.
4. Тренінг резильєнтності має вплив на оцінку емоційного стану до та після тренінгу.

Для вирішення поставлених задач були використані наступні **методи дослідження:**

- а) теоретичні - аналіз, порівняння, інтерпретація отриманих даних;
  - б) емпіричні - експеримент за допомогою тренінгової інтервенції, опитування.
- Тривожність досліджувалась за допомогою методики Спілбергера (STAI) з власним перекладом на українську мову; показник самопочуття досліджувався за допомогою методики WHO-5 з власним перекладом на українську мову;

в) статистичні методи опрацювання даних - описова статистика, порівняльний, кореляційний та дисперсійний аналізи на базі програми Statistica.

**Теоретична та практична значущість.** Отримані дані можуть стати теоретичним та практичним підтвердженням ефективності навичок резильєнтності та базою для впровадження таких навчань у медичних закладах та закладах освіти. Окрім цього, елементи з цього тренінгу можуть бути використані психологами для навчання інших груп людей, а також як інтервенція у психотерапевтичній роботі задля стабілізації клієнта.

**Група досліджуваних.** Дослідження проводилось у школах та медичних закладах м. Львова. До участі у тренінгу були запрошені всі працівники установи. Загальна тривалість тренінгу 2,5-3 год. Для даного дослідження відбулось близько 10-ти тренінгів. Всього 147 досліджуваних, вік від 18 до 74 років.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.



## РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ

### 1.1 Методологічні підходи до вивчення тривожності у психології

Поняття тривожності бере свої початки ще з класичної давнини. За цей час відбулось чимало змін в розумінні тривожності, її різних визначень та назв. В певні етапи надмірне хвилювання вважали розладом та пропонували методи лікування, які нагадують сучасну когнітивну терапію. В інший час - зовсім не надавали йому вагомому значення (Crosq, M. A. 2015).

Варто зазначити, що у психології одне і те саме слово може вживатись для позначення різних феноменів. Наприклад, тривожність, як особистісна риса та тривога, як стан в англomовній літературі в обох випадках можна зустріти як anxiety. Прийнято вважати, що цей поділ з'явився завдяки праці Спілбергера. Та ще задовго до Спілбергера Цицерон також робив розрізнення між anxietas, що означало схильність характеру до тривоги і angor, що відносилось до тривожного стану та патологічної тривоги (Crosq, M. A. 2015.) В українській мові використовується і термін тривога - що є і психологічної і фізіологічною реакцією, яка напряду пов'язана з хвилюючою та загрозливою ситуацією в даний час (Spielberger, 1983), так і тривожність - як особистісна риса, що передбачає тенденцію індивідуального переживання тривоги у визначений момент (Spielberger, 1983), (Беляєвська О., 2022).

У діагностичному та статистичному довіднику визначення тривожності є наступним: очікування майбутньої загрози; відрізняється від страху, є емоційною реакцією на реальну або уявну неминучу загрозу. Також хвилювання у DSM-5 має додатковий нюанс, та посилається на когнітивні аспекти тривожного очікування. (DSM-V, 2013).

З точки зору еволюції, тривожність - це нормальна емоція, оскільки вона сприяє виживанню та спонукає людей триматися подалі від небезпечних місць. Часто пишуть, що історія тривожних розладів є недавньою. Проте це не зовсім так, оскільки є вказівки на те, що греко-римські філософи та лікарі чітко визначали тривогу, як окремий негативний афект і як окремий розлад. Крім того, стародавня філософія пропонувала методи лікування тривоги, які не дуже далекі від сучасних когнітивних підходів. Клінічний поріг між нормальною адаптаційною тривогою в повсякденному житті та тривожною патологічною тривогою, що потребує лікування, є предметом клінічної оцінки (Marc-Antoine Crocq, 2015).

У словнику психології American Psychological Association тривожність визначається, як емоція, що характеризується побоюванням і соматичними симптомами напруженості, коли людина очікує небезпеку, катастрофу чи нещастя, що насувається. Тіло часто мобілізується, щоб протистояти передбачуваній загрозі: м'язи напружуються, дихання прискорюється, а серце б'ється швидше. Тривожність можна відрізнити від страху, як концептуально, так і фізіологічно, хоча ці два терміни часто використовуються, як синоніми. Тривожність вважається орієнтованою на майбутнє довготривалою реакцією, широко зосередженою на дифузній загрозі, тоді як страх є відповіддю, орієнтованою на сьогоднішнє та короткочасною реакцією на чітко визначену та конкретну загрозу (APA, Dictionary of Psychology).

Чутливість до тривоги вважається фактором ризику розвитку психічних розладів. А як відомо, тривога є важливою складовою різних розладів серед яких: панічний розлад; фобія; соціальний тривожний розлад; obsесивно-компульсивний розлад; тривожний розлад розлуки; тривожний розлад хвороби. А також може бути симптомом ряду медичних і психічних станів: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); великі депресивні розлади. Майже у половини людей з діагнозом депресія також діагностовано тривожний

розлад, тому можна помітити, що між депресією і тривожністю існує тісний зв'язок і ці явища часто досліджуються разом (Healthline, 2022).

Тривога часто є симптомом стресу. Ці два поняття переважно мають лише негативне забарвлення, проте вони можуть відігравати і корисну роль. Наприклад, переїзд в нове помешкання чи поява нового члена сім'ї може викликати певну тривогу, але це є хвилювання пов'язані з приємними подіями. Стрес та тривога можуть стати нездоровими, якщо це хронічно негативні переживання. Вміння їх опанувати не дозволяє їм розвинути до патологічних наслідків (APA, 2019). Кожен з нас час від часу відчуває тривогу і стрес. Це природня частина життя. Тривога не розрізняється за віком та у багатьох випадках є навченим механізмом справляння з чимось. Наприклад, шаблони негативних думок або катастрофічного мислення, віра в те, що з вами станеться щось погане — пов'язані з тривогою. Ці думки створені для того, щоб захистити вас від можливої небезпеки, але, зрештою, вони не є найефективним інструментом для того, щоб ви почувалися краще. Тривога впливає на всі аспекти здоров'я людини (фізичне та психологічне), вона також може впливати на соціальні аспекти здоров'я та якість життя (Sirri et al., 2020).

Пандемія Covid-19 актуалізувала тривогу за здоров'я у всіх людей. До того тривогу за здоров'я зазвичай можна було зустріти у людей похилого віку або тих хто мав в минулому чи поточно проблеми зі здоров'ям. В час пандемії до цієї категорії також додалися працівники медичних установ, оскільки крім виконання свого обов'язку лікаря, вони стикнулись і з ризиком нашкодити власному життю. Зростання тривоги за здоров'я може мати негативні наслідки для соціального благополуччя людей. Серед головних причин погіршення психічного здоров'я під час пандемії виділено ізоляцію і самотність. Вони входять до 3 основних факторів, що сприяють погіршенню психічного здоров'я у 70% людей із симптомами тривоги середнього та важкого ступеня (PsychCentral, 2021). Почуття

невпевненості може хворобливо підвищити рівень тривожності людини (Javadi M.H. et al., 2022). Відомо з попередніх досліджень що частіше в такій групі ризику були літні чоловіки з психіатричною історією. Також цікаво, що народження дітей захищало від симптомів тривоги. Частіший контакт з загрозою для власного здоров'я та життя вдвічі збільшує ризик посилення тривоги (Lu. W., 2020 ).

### **1.1 Психодинамічний погляд на тривогу та тривожність**

Між класичною античністю та сучасною психіатрією був інтервал у століття, коли концепція тривоги як хвороби, здається, зникла з письмових пам'яток. Пацієнти з тривогою були, але їм ставили інші діагностичні терміни. Жене мав ідею, яка говорила про те, що тривожність може бути викликана “підсвідомими” фіксованими ідеями (Crosq, M. A. 2015).

Фрейд був першим хто описав синдром “тривожного неврозу” та відокремив його від більш загальної категорії неврастенії. У клінічному описі Фрейда було виділено три теорії щодо появи тривожності:

1) напад тривоги або теорія токсичності. З’явилась ще до того, як він сам почав вживати термін психоаналіз. Тривога, він вважав, пов'язана з сексуальністю, викликана лібідо, а не з думками чи ідеями;

2) тривога внаслідок придушування. До попередньої теорії додалась модифікація: у той час, як його попередні погляди припускали, що причиною тривоги є зовнішні блоки сексуального звільнення, теорія придушення змістила акцент на внутрішні. Це теорія психологічного гальмування;

3) тривога, як сигнал. Наприкінці 1920-х років Фрейд почав запроваджувати нову та зовсім іншу теорію тривоги. Він зробив важливу різницю між: більш первинна автоматична тривога, викликана травматичною ситуацією, в якій безпорадне его переповнене, і сигнальна тривога, яка може бути активована у

відповідь Его на ситуації небезпеки, свого роду попередження про те, що травматичну ситуацію неоминути, тому можна вжити захисних заходів, щоб її уникнути. Тобто він також розрізняв ситуативну тривожність та особистісну тривожність, як рису характеру, пояснюючи це попередньою травматизацією. Ця заключна фаза надає тривозі набагато більш центральне місце в роботі психіки: замість того, щоб бути свого роду побічним ефектом придушення, тепер можна було думати про самі контури самого розуму, з його захистами та симптомами, перш за все, як засіб уникнення тривоги (Freud, museum London, 2018).

Фрейд пояснив, що розуміння справжніх причин тривоги виступає в психотерапії, як лікувальний засіб. Якщо пацієнт дає розуміння своїх неприємних відчуттів, він може звільнитися від них і таким чином звільнитися від їхнього впливу (IvyPanda, 2021).

### **1.1.2 Теорія прив'язаності в контексті тривожності та резильєнтності**

З теорії Джона Боулбі відомо, що є 4 типи прив'язаності дитини до матері: надійна, тривожно-амбівалентна, уникаюча та дезорганізована (Bowlby, 1969/82, Bowlby, 1988). Це напряду впливає на формування моделі створення та перебування у стосунку з іншими. Ненадійна прив'язаність передбачає багато тривоги, оскільки це напряду пов'язано з виживанням і відповідно впливає на стресостійкість. У дітей із надійною прив'язаністю було прослідковано в майбутньому стійкість до викликів та стресових ситуацій, а також легку емоційно-орієнтовану адаптацію, оскільки таким дітям доступні функціональні стратегії подолання (Guo, X. 2019). Ранній досвід загрози чи безпеки стає провідною моделлю та слугує шаблоном для поведінки, включаючи здатність справлятися, що є ключовим аспектом нашої особистості, включаючи стійкість (Kirkpatrick & Hazan, 1994). Індивіди з надійною прив'язаністю оцінюють свою здатність справлятися зі стресовими ситуаціями більш позитивно та конструктивно, тоді як

люди з високим рівнем уникаючої прив'язаності гальмують свої реакції на стресори та не використовують соціальну підтримку, як форму подолання (Mikulincer & Florian, 1998). Люди з високим рівнем тривожної прив'язаності є гіперпильними; вони надмірно реагують на стресори та схильні використовувати неадаптивну поведінку, як-от перебільшення серйозності проблем, свою нездатність впоратися (Berry & Kingswell, 2012; Mikulincer et al., 2003).

У дорослому віці поведінкова система прив'язаності активується у відповідь на вагомні зміни (наприклад, втрата, хвороба, розлука, вступ до університету або переїзд з дому), які сприймаються, як тривожні. Вона допомагає послабленню стресу, а також пошуку підтримки та допомоги з боку інших, щоб впоратися з пережитими труднощами та адаптуватися до них (Mikulincer & Shaver, 2010). Іншими словами, безпечна прив'язаність спрямовує людей на використання ефективних стратегій подолання і, в той же час, підвищує їх стійкість, схилиючи до гнучкості у відповідь на труднощі.

З дослідження Kural, A. I., & Kovacs, M. (2021), яке проводилось під час пандемії Covid-19 про взаємозв'язок між типом прив'язаності та резильєнтністю, відомо, що тип прив'язаності напряму впливає на те, яку стратегію подолання кризової події людина вибирає, а також, що люди з тривожною прив'язаністю є менш стійкими до стресу ніж інші, оскільки їхня стратегія справляння є орієнтованою на емоції, а не на проблему. Тому не надійний тип прив'язаності впливає на те, наскільки фоново буде присутня тривожність, як те, що Спілбергер описував як особистісна риса.

## 1.2 Фактори виникнення тривожності у вчителів та медичних працівників.

Педагогічні працівники та медичні працівники входять до групи професій, які мають найвищі показники рівня тривоги. З попередніх досліджень відомо, що на емоційний дистрес значний вплив має професія, незалежно від статі (Wieclaw J et al., 2005). У дослідженні Stephen Alfred Stansfel et al., 2009 було поділено різні сфери діяльності на групи та виявлено, що група в яку входять вчителі початкових класів, працівники соціальних служб, медсестри та медичний персонал, а також помічники по догляду мають високий рівень поширених психічних розладів. Працівники охорони здоров'я та соціальні працівники мали вищі показники депресії та тривоги серед інших професій у Данії. ( Joanna Wieclaw et al., 2005.) Також це підтверджує і дослідження SWI95 - найбільш поширений рівень стресу, тривоги та депресії були у медсестер і вчителів. Таким чином, для людей даних професій, робота може бути найбільшим фактором виникнення тривоги.

Працівники охорони здоров'я та педагогічні працівники мають певні спільні ознаки. Варто відмітити вимогливість (як психологічні так і фізичні вимоги), високий рівень відповідальності, велике робоче навантаження, інтенсивність і вводночас забезпечення високого рівня професійних навичок, гнучкості та контролю над продуктивністю своєї роботи. Тому і частина причин виникнення тривожності є спільними.

Не виключено, що рольові конфлікти є те, з чим часто стикаються працівники в цих сферах діяльності. Наприклад труднощі з професійними межами, безмежними завданнями чи прийняттям рішень. Це в свою чергу призводить до дисбалансу зусиль праці та винагороди (Wieclaw J et al., 2005). З дослідження Jan de Jonge et al., 2000 відомо, що емоційний дистрес є наслідком великих зусиль та малої винагороди, що є фактором ризику збільшення рівня тривоги та психічних розладів. Відсутність мотивації до роботи може збільшити бажання кинути роботу та навіть

перешкодити розвитку вчителів у країнах із середнім та низьким рівнем доходу. (Nina Beck Hansen et al., 2022).

Також спільним є те, що педагоги та працівники охорони здоров'я, крім професійних навичок мають багато “емоційної праці”. Турбота про інших людей вимагає додаткових особистих ресурсів та часто за цим можуть бути непомічені власні емоційні потреби. Емоційне вигорання та вигорання від роботи є одними із найбільш поширених явищ (Patrícia Nascimento de Almeida Oliveira et al., 2023). Педагоги регулярно сповіщають про гірший психічний стан, ніж люди інших професій (McLean et al., 2017; Kidger et al., 2016).

Психічному здоров'ю вчителів у країнах з середнім та низьким рівнем доходу увага практично не приділялась (LMIC); (Morgan Peele & Sharon Wolf 2020). На сьогоднішній день кількість літератури, де розглядаються предиктори психічного здоров'я, що включає рівень тривоги, вчителів та їх зв'язок з успішністю та вищими результатами дітей у класі збільшується (Morgan Peele & Sharon Wolf 2020). Не так часто можна зустріти про зв'язок між психічним здоров'ям вчителя та його професійним благополуччям, що включає мотивацію до роботи та виснаження (Arens & Morin, 2016; Jeon et al., 2019; Otten et al., 2019). Як відомо, виховання, вплив середовища, а також надмірна зосередженість на тілесних симптомах є факторами, що впливають на динаміку тривожності.

Огляд восьми досліджень, опублікованих з грудня 2019 року по червень 2021 року, показав, що загальна поширеність симптомів тривоги від помірної до високої тривоги протягом першого року пандемії становила 17% серед вчителів, причому в дослідженнях, які проводились в Азії (14%), поширеність була нижчою, ніж у вчителів інших континентів (22%) (Ozamiz-Etxebarria et al., 2021). Дослідження, проведені в деяких країнах, зокрема в Канаді показують, що більше ніж 18% шкільного персоналу повідомляють про помірні або важкі симптоми тривоги (статистика Канади 2021) (Hutchison, S. M. et al., 2022).



Постійна адаптація до нових умов праці є ще одним спільним фактором виникнення тривожності. Пандемія Covid-19 стала причиною тривалого онлайн навчання, а також полем для нових досліджень тривоги у вчителів та медиків. До пандемії неналежна поведінка учнів була основним джерелом тривоги у вчителів (Borg et al., 1991; Bottiani et al., 2019). Через рік онлайн формату поступово школи знову почали відкриватись. З дослідження Sarah M. Hutchison et al., 2022 відомо, що з поверненням очного навчання, співробітники шкіл набагато частіше повідомляли про симптоми тривоги, спричинені прямим, живим контактом із учнями у порівнянні з опитуванням до пандемії. Це пов'язано з тим, що не для всіх учнів вакцинація була обов'язковою, а це в свою чергу збільшувало ризик передачі вірусу (Hsu et al., 2021).

Численні дослідження показали, що в часі пандемій та різного роду кризових подій, де торкається людське здоров'я, основний тягар лягає на медичних працівників, порівняно з населенням в цілому. Поширеність симптомів депресії, тривоги та стресу серед медпрацівників також вища, ніж у загальній популяції (Roth, 2007; Baxter et al., 2013; Bromet et al., 2011).

Українські вчителі та медики в 2019 році адаптовувались до нових умов праці, спричинених пандемією Covid-19. З 24 лютого 2022 вони стикнулись з новим викликом - повномасштабним воєнним вторгненням. Через 9 місяців з початку повномасштабної війни Надія Бабарина та Ірина Рибак - активістки команди Прогресивні провели опитування серед освітян щодо рівня їхньої тривоги у зв'язку з воєнними діями. “Більшість освітян мають рівень тривоги вище середнього, а саме 2,4% респондентів мають найвищий рівень тривоги, 18,5% – високий, 34,6% – вище середнього, 25,5% – трохи нижче середнього, 16,6 – низький рівень тривоги, і 2,4% респондентів зазначили, що не відчують тривоги. Це пов'язано і з відчуттям власної безпеки, погіршенням умов праці, зниженням рівня заробітної плати,

збільшенням навантаження, невизначеність в умовах війни, вимушеною міграцією” (Знайшов, 2022).

Вчителі є тим середовищем, яке впливає на велику кількість дітей, тому їхнє професійне благополуччя і покращення психічного здоров'я є важливим та сприятиме вищій якості освіти, розвитку та успішності їхніх учнів. (Hou Y., et al., 2022).

Схоже можна спостерігати і у медичних працівників. По-перше дистрес впливає на якість надання послуг своїм клієнтам, а також збільшує кількість відпусток через хворобу, та ранній вихід на пенсію серед медичних працівників (Jha та ін., 2020; West та ін., 2018).

Освітні реформи, нові навчальні програми, а також відсутність підтримки з боку адміністрації та батьків є ще одним фактором причин високої тривожності у вчителів. Громадськість має високі очікування щодо вчителів. Саме відсутність соціальної підтримки та підтримки з боку батьків асоціюється з більшою кількістю симптомів тривоги (Morgan Peele & Sharon Wolf 2020).

Приємна атмосфера на робочому місці є важливою. Надмірний рівень тривоги створює погану атмосферу на робочому місці (Morgan Peele & Sharon Wolf 2020). Водночас, наприклад, в Україні у зв'язку з війною не всі вчителі позитивно відносяться до міграції своїх колег, що теж спричиняє напругу та додаткову тривогу в колективі (Знайшов, 2022).

60,2% освітян в Україні стверджують, що потрібно покращувати якість освіти та водночас кожна зміна супроводжується значним рівнем тривоги. Під час пандемії ковід також відбулася реорганізація роботи у сфері охорони здоров'я, що припускає збільшення рівня тривоги із тривалим збереженням симптомів серед персоналу, особливо адміністрації. В умовах війни це відбувається знову, ба більше, потрібно щодня бути готовим до нових змін. Найвищий рівень тривоги

серед медичних працівників виявлено у людей до 40 років, котрі мають низький рівень освіти (Inger Schou-Bredal et al., 2019).

Наступним фактором варто виділити стрес на роботі, оскільки він призводить до тривоги (Hou Y., et al., 2022). Діяльність людей цих професій наповнена стресовими факторами. У часі пандемії, війни чи іншої критичної ситуації робочий графік стає ненормований, особливо для працівників відділення невідкладної допомоги. Збільшення робочого часу, нічні зміни, зростання ризиків, посилене навантаження, посилення соціальних проблем та посилення громадського тиску призводить до зростання стресу на роботі. З дослідження відомо, що коли кількість робочих днів досягала 7 днів протягом 2 тижнів це значно підвищувало рівень стресу і тривоги. Це можна пояснити мобілізацією для виконання професійних завдань (Mo, Y. et al., 2020). Під час Covid-19 рівень стресу, тривоги та депресії з часом знизився, проте вищими показники залишились серед лікарів та адміністративного персоналу.

Стрес і виснаження поширені серед вчителів державних шкіл оскільки вимоги до роботи часто високі, а ресурсів мало (Bottani et al., 2019). Розуміння основного механізму впливу стресу на тривогу може не тільки покращити розуміння людьми взаємозв'язку між стресом і тривогою, але й створити важливу основу для пошуку методів втручання для зменшення тривоги. Тривога, як універсальний досвід негативних емоцій (Lang та ін., 2000), завжди була проблемою інтересу для дослідників і практиків. Відповідні дослідження показали, що у звичайних ситуаціях тривога тісно пов'язана з навколишнім середовищем і тиском окремих людей (Cherry, 1978; Hunter et al., 2019).

Отже, основними факторами виникнення тривоги серед освітян та медичних працівників є:

- професія;
- робочий стрес;

- велике робоче навантаження;
- емоційне навантаження, що призводить до виснаження і вигорання;
- ненормований робочий графік;
- відсутність підтримки зі сторони адміністрації та батьків;
- часта адаптація до нових умов праці;
- занепокоєння власною безпекою та здоров'ям;
- вимогливість;
- погана поведінка учнів;
- труднощі часу та ресурсу;
- потреба професійного визнання;
- погані стосунки.

### **1.3 Резильєнтність, як фактор подолання тривожності**

За останні п'ятнадцять років відбувся вибух досліджень стійкості. Кількість наукових публікацій про стійкість до навколишнього середовища за цей період зросла з приблизно 250 до понад 6000 публікацій. Річні цитування підскочили з менш ніж 100 у 1995 році до понад 20 000 цитувань у 2015 (ISI Web of Science, грудень 2015). Пошук на тему «Стійкість і навколишнє середовище» в Google Scholar показує понад мільйон звернень (лютий 2016 р.).

Згідно American Psychological Association резильєнтність або стійкість є процесом і результатом успішної адаптації до важких або складних життєвих обставин, особливо через розумову, емоційну та поведінкову гнучкість і адаптацію до зовнішніх і внутрішніх вимог. Низка факторів впливає на те, наскільки добре люди адаптуються до негараздів, серед яких переважають: способи, якими люди сприймають світ і взаємодіють із ним; наявність і якість соціальних ресурсів; специфічні стратегії подолання (APA, Dictionary of Psychology).

По суті, стійкість означає позитивну адаптацію або здатність підтримувати чи відновлювати психічне здоров'я, незважаючи на труднощі. (Helen Herrman, MD et al., 2011). Існує багато джерел і шляхів стійкості, які часто взаємодіють, включаючи біологічні, психологічні та диспозиційні атрибути, а також соціальну підтримку та інші атрибути соціальних систем (сім'я, школа, друзі та громада). Стійкість це не лише повернення до рівноваги після збурення, але і адаптивна системна динаміка до справжньої невизначеності, а також того, як навчитися жити зі змінами та використовувати їх (C.Folk 2016).

Говорячи загальноприйнятими термінами, стійкість — це здатність вистояти перед обличчям змін, продовжувати розвиватися в умовах, що постійно змінюються. Загальна стійкість забезпечує джерело пам'яті, гнучкості, варіантів та інновацій для трансформації та може допомогти перетворити кризу на можливість (Gunderson & Holling 2002, Nykvist & von Heland 2014).

Навчання навичок резильєнтності сприяють добрій адаптації до нових умов праці та викликів професії у вчителів та медичних працівників. З досліджень відомо, що під час пандемії Covid-19 вчителі Кореї набагато краще справлялись із складними викликами за допомогою навичок резильєнтності (Yang M. et al., 2023). Також навички резильєнтності можуть попереджати моральну втому та вигорання (Sherry Pineau Brown & Catharine Biddle 2023). А також, що стійкість учнів на пряму залежить від стійкості вчителів та громади, в якій вони перебувають (Yamamoto et al., 2023).

Серед медичних працівників також було виявлено, що ті хто володів навичками резильєнтності набагато краще справлялись в часі пандемії (Mariah Curtin et al., 2022). Стійкість є важливою навичкою для медсестер та інших медичних працівників, особливо під час кризових і критичних ситуацій, навчання зі стійкості сприяє емоційній обізнаності та регуляції, співчуттю до себе.

Виділяють негативний та позитивний стрес. Позитивний стрес (еустрес) є необхідний для росту та розвитку, негативний стрес (дистрес) є ризиком для погіршення здоров'я і може супроводжуватись різноманітними проблемами зі здоров'ям. І це велика ціна за довге перебування в дистресі (APA PsycInfo, 2023).

Пропоную подивитись ще на резильєнтність з точки зору полівагальної теорії. Стівен Порджес - засновник полівагальної теорії почав її дослідження ще у 1969 році. Початково ця теорія була націлена для допомоги медичним працівникам у їхній роботі. Автор хотів, аби лікарі бачили взаємодію між трьома нейронними ланцюгами, котрі описує теорія. Як теорія, полівагальна теорія складається з двох компонентів: 1) описової моделі та 2) ряду гіпотез, пов'язаних із поясненнями та застосуваннями. Перший компонент — це модель вегетативної нервової системи ссавців. Другий компонент ґрунтується на гіпотезах і орієнтований на майбутнє, що потенційно може призвести до покращення психічного та фізичного здоров'я. В основу своєї теорії Порджес брав дослідження попередників таких як Чарльз Дарвін та Вільям Джеймс, котрі припускали взаємозв'язок у взаємодії між людьми та тілесними відчуттями у емоційному житті, а також, що тілесні відчуття є невід'ємними у переживанні різних емоцій і займають центральне місце в усвідомленні щастя, страху, гніву, огиди та смутку. Вміння адаптувати поведінку відповідно до вимог соціальної групи, розрізняти де друг, а де ворог; де безпечна, а де небезпечна ситуація, потрібне для виживання та процвітання. Люди, котрі мають ослаблені системи соціальної взаємодії, можуть помилково сприймати безпеку, як загрозу, а об'єктивну небезпеку - як безпеку, також мають перешкоди в участі у всьому, що їм може запропонувати життя. Інтонація та ритм мови, близькі особи може бути тим, що відновлює нашу фізіологічну рівновагу. Тому соціальний зв'язок є центральним елементом управління при стресах (Стівен Порджес, “Полівагальна теорія” с. 31-100, 2020).

Обробляючи інформацію з навколишнього середовища за допомогою органів почуттів, нервова система постійно оцінює ризик. У міру еволюції сформувалися нові нейронні контури, що підтримують різні адаптивні стратегії. Для підтримки форм соціальної активності вони залучають ті ж мозкові структури, що використовуються і при захисно-оборонних реакціях. В умовах екстремального стресу, коли соціальний вагус не може стабілізувати організм, люди піддаються більш примітивній захисно-оборонній реакції “бий, біжи або завми” (мобілізація опосередкована симпатичною нервовою системою). Оскільки часто тривога це є нормальна реакція на стрес, при переживанні тривоги люди часто мобілізуються за допомогою цих реакцій (Стівен Порджес, “Полівагальна теорія” с. 31-100, 2020).

Також теорія дуже гарно пояснює зв'язок між тілесними відчуттями та емоціями. Дослідники психотравми з самого початку розуміли, що “Тіло пам'ятає все” (Van der Kolk, 1994), що пам'ять про травму закодована в тілесних проявах, таких як «серце, що рветься», і емоції, що «скручують кишки», в аутоімунних розладах і в скелетно-м'язових проблемах. Людина (як доросла, так і дитина) може виявити небезпеку або загрозу життю саме завдяки тілесним відчуттям, хоч когнітивно виглядатиме, що немає чого боятись. Декому вдається це приховувати від оточуючих і тільки сама людина знає, що її серце швидко колотиться і скорочується з такою силою, що починає тремтіти. В інших людей реакції бувають більш помітні, наприклад людину може почати трясти від тремтіння, обличчя може почервоніти, а шкіра покритися рясним потом. А деякі можуть сильно збліднути, відчувати запаморочення та різку слабкість (Стівен Порджес, “Полівагальна теорія” с. 31-100, 2020).

Тривога знаходиться в нашому тілі, а точніше в нашій нервовій системі. Тривога, як і інші емоції, виникає з різних станів тіла, коли нейронні сигнали, які ці стани генерують, проходять через стовбур мозку, де знаходить контроль над нашими основними станами. Безпеку дає вентральний вагус. Відчуття безпеки

дозволяє нам мати соціальну взаємодію. Небезпеку ми відчуваємо через симпатичну нервову систему - мобілізація та реакції бий або біжи. Загрозу життю відчуваємо через дорсальний вагус - іммобілізація, завмирання, відключення, дисоціація. Хронічне/тривале перебування у тривозі порушує гомеостатичний механізм, який дозволяє нам жити повноцінним життям. На відміну від рептилій, у людей є нейроцепція загрози та нейроцепція безпеки. Завдяки блукаючому нерву ми маємо емоційні переживання які переживаються тілесно. Полівагальна теорія пояснює тривогу, не лише як фізичну стан на загрозу, але відкриває і простір для втручання.

Нам відомо, що для гомеостазу (регуляції) потрібен вентральний вагус, щоб функціонально заспокоїти вегетативну нервову систему, щоб ресурси могли відволікатися від захисту та спрямовуватися на здоров'я, зростання та відновлення (Stephen W. Porges 2021).

#### **1.4 Тренінг резильєнтності, як спосіб корекції ментального здоров'я**

Науковцями неодноразово перевірено і доведено, що тренінги з навичок резильєнтності є ефективними. Такі дослідження проводились на різних вибірках, як короткострокові і лонгітюдні дослідження. Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) міжнародна організація, дослідила, що інтервенцією номер 1 в умовах надмірного стресу є психоедукаційні тренінги (Saneukraine, 2022). ВООЗ стверджує, що навички резильєнтності можуть допомогти людині поводитись здорово, запобігти проблемам зі здоров'ям і зіграти певну роль у покращенні індивідуального психічного здоров'я (Jafarigiv, S., & Peuman, N. (2019).

Резильєнтність відрізняється від посттравматичного росту (PTG) тим, що вона передбачає здатність легше відновлюватися після травми та швидко повертатися до нормального стану буття. Хтось, хто досяг PTG, швидше за все, буде стійким, якщо і коли майбутня травма вдарить, але мислення резильєнтності можна



навчити до того, як травма станеться. Саме таку мету має і даний тренінг. Оскільки є розуміння, що фактор війни може бути для багатьох людей травматичним.

Рон Брізіл, доктор філософії, клінічний психолог у Портленді, штат Мен пропонує проводити навчальні семінари для вчителів та інших осіб, які можуть передати навички стійкості, наголошуючи на тому, що людям потрібно навчитися бути гнучкими та ризикувати, їх потрібно навчати технікам уважності, наприклад зосередженому диханню (APA, “How to foster resilience”, 2016). Аніта Томас, доктор філософії, декан факультету психологічних наук Університету Індіанapolisа, навчила хлопчиків із груп ризику в початковій школі технікам дихання, якими вони могли користуватися, коли зіткнулися з ситуацією, де відчували гнів або образу (APA, 2016).

Результати інших тренінгів резильєнтності для вчителів та медичних працівників підтверджують позитивний ефект відповідно до викликів, з якими люди цих професій стикаються (N Turan, Ş Canbulat 2023). Наприклад, тренінг проведений для зниження рівня стресу у вчителів Іспанії показав зниження показників емоційного виснаження і деперсоналізації та підвищення почуття особистого досягнення (Pozo-Rico, T. et al., 2020).

Також дослідження підтверджують необхідність багатосторонньої психосоціальної підтримки для медпрацівників під час та після пандемії. Наприклад, опитування медичних працівників на першому місці в лікарні Маунт-Сінай у квітні-травні 2020 року показало, що 39% мали позитивні результати тестування на депресію, тривогу або посттравматичний стрес (DePierro J. et al., 2021).

Психоедукація була виявлена як фактор формування культури психологічного здоров'я у педагогів. Тренінг є чудовим форматом навчання, який може бути реалізований в рамках освітнього процесу для вчителів, що є дуже

зручно. Те, що педагоги самі просять такого роду навчання, показує, наскільки це є актуальним (Олексенко С., 2020).

Організація відпочинку задля збереження людського ресурсу є вкрай необхідною у періоди кризи. Зважаючи на це, потрібні швидкі інструменти для виявлення причин стресу та дистресу, щоб можна було розглянути швидке втручання (Muna Al-Kalbani et al., 2022).

### 1.5 Теоретична модель та гіпотези дослідження

Відповідно до теоретичного матеріалу, який описує питання тривожності у вчителів та медичних працівників, була створена теоретична модель (рис. 1.1):

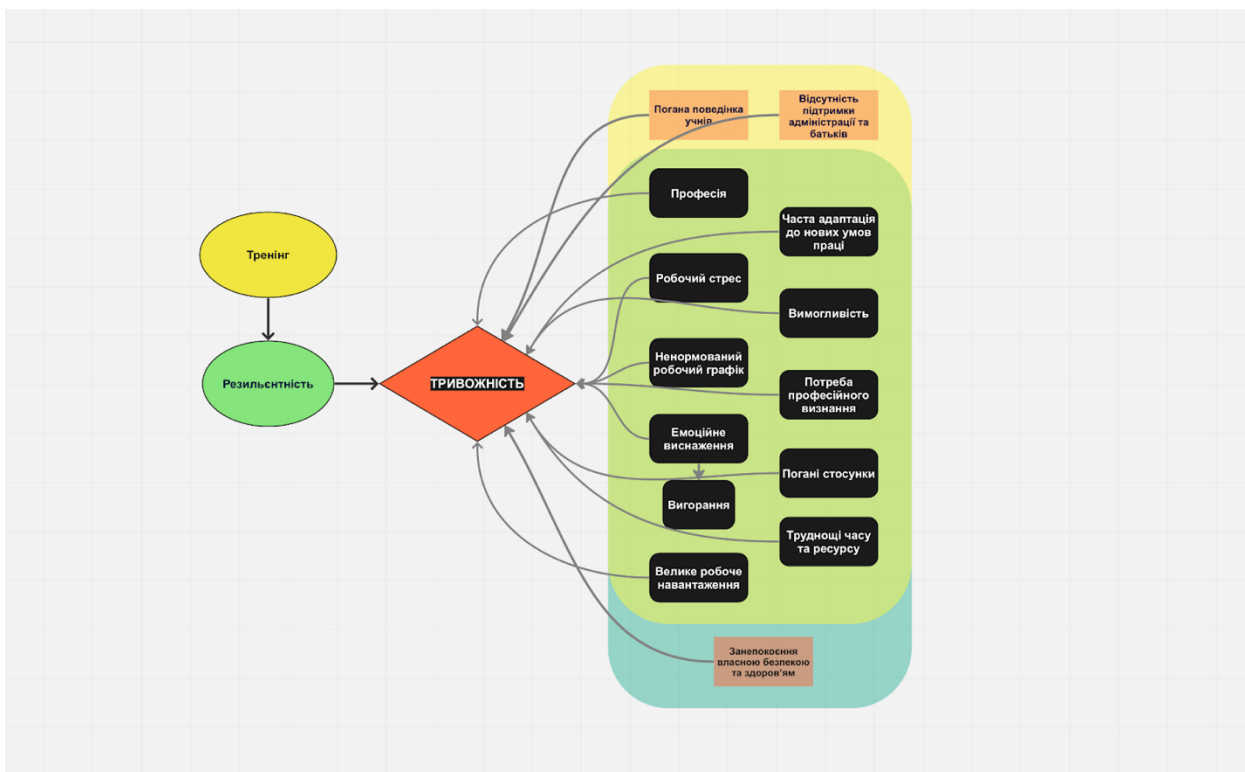


Рис. 1.1 Теоретична модель впливу на тривожність

На даній моделі можна побачити, що є багато факторів впливу на тривожність. Виділяється позитивний вплив, тобто той, який сприяє справлянню із тривожністю: тренінг резильєнтність та сама резильєнтність, і негативний вплив - те, що посилює тривожність та може призвести до хронічного перебування, а як наслідок психічного розладу.

Саме тому, було припущено, що тренінг, який має таке наповнення, може впливати на динаміку тривожності, оскільки вони працюють на переключення симпатичної та парасимпатичної нервової системи та мають під собою наукове підґрунтя.

Основна гіпотеза:

Після тренінгу рівень тривоги буде мати нижчі показники ніж до тренінгу.

Зважаючи на фактор війни в Україні, команда психологів шукала та адаптовувала можливі формати швидкої та ефективної допомоги людям. Оптимальним виявилось навчити конкретних навичок, які зможуть застосовувати самі та передавати іншим. Тренінг мав би працювати, оскільки в основі лежать теорія та техніки, які неодноразово доводили свою ефективність. Але завжди важливо зробити емпіричну перевірку і зараз ми її зробимо.

## **Висновки до першого розділу**

Отже, тривожність це емоція очікування майбутньої загрози. Відрізняється від страху тим, що направлена на майбутнє та може бути довготривалою, натомість страх має направленість на конкретну загрозу. Супроводжується напругою та соматичними проявами, такими як пришвидшене серцебиття, пітливість, тремтіння та інші. Є природною реакцією організму на стрес та є помічною, поки не досягає нездорового рівня. Тривожність вивчали ще з часів Гіппократа. Був період більшого інтересу та меншого. Фройд описав поняття тривожного неврозу, відділивши його від більш загальної неврастенії (Healthline, 2022).

Серед основних факторів тривожності виділили професію, робочий стрес, велике робоче навантаження, емоційне навантаження, що призводить до виснаження і вигорання, ненормований робочий графік, часта адаптація до нових умов праці, вимогливість, потреба професійного визнання, погані стосунки, труднощі часу та ресурсу. Ці фактори збігаються в медичних працівників і освітян, натомість в медичних працівників є ще занепокоєння власною безпекою та здоров'ям, а в освітян є відсутність підтримки зі сторони адміністрації та батьків, погана поведінка учнів.

Як важливий чинник подолання тривожності виділяють резильєнтність, яка у запропонованому тренінгу базується на полівагальній теорії Стівена Порджеса. Хоча відчувати тривожність є нормальним, вона також може змусити деяких людей повірити, що тривожність є ефективним інструментом мотивації, який спонукає нас до дії. Однак важливо зазначити, що хоча тривожність може бути мотиватором, рівень тривоги, вищий за середній, може зрештою спричинити проблеми, підвищуючи рівень фізичного та психічного стресу та впливаючи на те, як ви функціонуєте у своєму житті та стосунках.

Надання підтримки, додаткового навчання та авторитетної інформації може бути ефективним способом справляння з тривожністю. Саме це дає підстави вважати, що тренінг резильєнтності буде добре впливати на тривожність вчителів та медичних працівників.

## РОЗДІЛ II

### МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Етапи дослідження.

Дане дослідження має експериментальний дизайн, не рандомізоване. Воно проводилось у школах м. Львова, а також у медичних закладах з вересня по листопад 2022 року. Для цього попередньо було домовлено з кожним із закладів та узгоджений час і оптимальна кількість присутніх на одному тренінгу. Вимог для участі у тренінгу не було, до них були запрошені всі працівники школи чи медичного закладу. Загалом для дослідження було проведено близько 10 тренінгів. Особливого поділу на групи учасників не було здійснено. У довільному порядку тренінг проходили працівники школи чи медичного закладу в групах приблизно від 20 до 30 людей.

На початку проведення тренінгу був здійснений початковий замір самопочуття та рівня тривожності ситуативної та особистісної. Також проінформовано, що відповіді є цілком анонімними та добровільними.

Учасники отримували електронне посилання на гугл-форму або паперовий варіант опитування. У випадку електронного заповнення учасники відклали пристрій до завершення тренінгу, а після тренінгу давали ще раз відповіді та відправляли. У випадку паперового варіанту, відповіді заміру “до” залишались з учасниками протягом всього тренінгу, в кінці роздавались бланки для заміру “після” і опісля збирались дані разом.

Далі був сам тренінг, котрий складався з теоретичної та практичних частин. До практичної частини відносились техніки, які сприяли переключенню симпатичної та парасимпатичної нервової системи.

Запропонований тренінг в рамках даного дослідження мав назву “Психологічна стійкість та кризова адаптація. Шлях до внутрішнього спокою.”

Тривалість тренінгу 2,5-3 години. Тренінг проходив в інтерактивному форматі обговорень та практики відповідно до методів емпіричного навчання Колба, які були розроблені для дієвого навчання дорослих в групах до 25 осіб (Saneukraine.org, 2022).

Колб використовував термін «навчання через досвід», щоб описати свою точку зору на навчання та пов'язати свої ідеї з їх корінням у роботах Дьюї (1938), Левіна (1951) і Піаже (1971) і підкреслити центральну роль досвіду в процесі навчання. Такий тип навчання описується як чотирьохетапний цикл, що складається з:

- конкретного досвіду (вимір відчуття),
- рефлексивного спостереження (вимір рефлексії/спостереження),
- абстрактної концептуалізації (вимір мислення) та
- активне експериментування (АЕ, doing dimension).

Є припущення, що дорослі приходять до навчальної діяльності з багатим попереднім досвідом і що використання цього досвіду через експериментальну діяльність приносить користь навчанню дорослим (Knowles et al., 2005). Основна ідея полягала в тому, щоб робити акцент не на формальній теорії, а на практичному застосуванню. Тренінги, що в такому форматі спрямовані в першу чергу на психосоціальну підтримку та адаптацію і звичайно на здобуття навичок життєдіяльності в умовах нової реальності. Також супроводжуються інформацією про те, куди звертатись за допомогою.

В основі теоретичного підґрунтя лежить теорія Стівена Порджеса. Щодо практичного наповнення, то тренінг включав наступні техніки:

- Дощик (тропічний дощ, львівська злива).
- Хід вправи: найкраще виконувати стоячи, та групою. Відбувається імітація дощу. Вітер - тертя долонями; початок дощу - клацання пальцями; посилення дощу 1 - постукування по грудях; посилення дощу 2 - постукування по стегнах; справжня

злива з градом - тупіт ногами і у зворотньому напрямку до зтишення дощу. Вкінці виходить сонце - потягнутись руками вгору.

Дана вправа спрямована на розслаблення і розвантаження через постукування по тілу. Також дану вправу вчителі можуть застосовувати на своїх заняттях разом з учнями;

- Дихання 4X4; 3X6; 4x8; по квадрату; глибокі вдих-видих без рахунку. Будь-який із способів дихання є однаково ефективний, важливо знати декілька варіантів, щоб визначити який саме найкраще підходить конкретній людині. Ефективність застосування дихання при тривозі є науково доведена (Беляєвська О., 2022).

- М'язова релаксація Джейкобсона.

Прогресивне розслаблення м'язів (ПРМ) вперше було визначено Джейкобсоном у 1934 році, як напруження та розслаблення 16 груп м'язів. У 1948 році Вольпе адаптував його для систематичної десенсибілізації, а в 1973 році Бернстайн і Борковец вивчали коригування техніки, щоб відповідати когнітивно-поведінковому управлінню стресом. Деякі з цих коригувань: 7 і 4 групи м'язів, розслаблення за допомогою пригадування, пригадування та підрахунок і підрахунок. Емпіричні дані підтверджують використання ПРМ у реакціях високого рівня напруги (McCallie, M. S et al., 2006). При стресі та тривозі, як згадувалось вище, реагує тіло. Дана вправа спрямована на розслаблення м'язів за допомогою попередньо сильного їх напруження. Це є одним із найшвидших способів самодопомоги.

- Теппінг.

Є альтернативним способом допомоги при лікуванні фізичного болю та емоційному стресі. Також має назву EFT - Emotional Freedom Technique, або техніка емоційної свободи. Протягом останнього десятиліття EFT був у центрі великої кількості досліджень. Це призвело до більш ніж двадцяти клінічних випробувань, у яких було продемонстровано, що EFT зменшує широкий спектр симптомів. До них

відносяться біль, шкірні висипання, фіброміалгія, депресія, тривога та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (Dincer, B., & Inangil, D. 2021). Постукування по 9 акупунктурних точках дає розслаблення і вивільнення від накопичених емоцій (EFT Universe, 2012, The EFT mini-manual, отримано з [http://www.eftuniverse.com/images/pdf\\_files/EFTMiniManual.pdf](http://www.eftuniverse.com/images/pdf_files/EFTMiniManual.pdf); Healthlife, 2023);

- Центрування.

Вправа, за допомогою якої можна миттєво повернутись в тут і тепер, віднаходячи свій центр та фізичну опору під ногами. Один із способів вирватись з лап тривоги перевести свою увагу та теперішнє, замість того щоб турбуватись про майбутнє. Також зосередитись на теперішньому можна за допомогою медитацій, проте на це потрібно мати трошки більше часу і зручні умови. Вправа центрування цього не вимагає, оскільки її виконання займає до 1 хвилини і виконувати її можна в будь-якому місці в будь-який момент (Embodiment unlimited, ABC Centring, 2022 [videorecording Vimeo]).

- Метелик.

Дозволяє дистабілізувати будь-який поточний сильно тривожний вплив, за допомогою почергового постукування по ключицях чи плечамх. Ця вправа гарно поєднується із вправою на уяву безпечне місце, допомагає згадати відчуття безпеки (Artigas, L., et al., 2000; Voel, 1999; Jarero, Artigas, & Монтеро, 2008).

## **2.2 Методи дослідження**

У схожих дослідженнях автори вибирають такі методики: DASS-21, BAI, GAD-7, STAI, RSA. Я використовую у своєму дослідженні анкетування, методики для оцінки самопочуття та на рівень тривоги ситуативної та загалом в житті. Вибір впав на WHO-5 та STAI, тому що разом це займає небагато часу для проходження, містить всі необхідні шкали, єдиний яким можна виміряти і ситуативну і особистісну тривогу, що найкраще підходить для формату даного дослідження. Для



вимірювання самопочуття було використано анкетне питання оцінки свого емоційного стану на початку тренінгу та вкінці.

Для визначення самопочуття було використано опитувальник WHO-5 (див. в додатку). Замір відбувався перед початком тренінгу та одразу після тренінгу. Даний опитувальник був розроблений для оцінки як позитивного, так і негативного самопочуття. Оригінально він містив 28 запитань та був спрямований на вимірювання самопочуття у людей з депресією. В подальшому він був скорочений до 10 запитань WHO-Ten і дослідження показало, що 5 запитань були зосереджені на інтересі до речей, а один пункт вказував на негативне самопочуття. Для вимірювання позитивної якості життя, було вирішено, що краще використовувати лише позитивно сформульовані запитання і запитання про інтерес до речей були сформовані в одне. Таким чином, опитувальник став складатись лише з 5 запитань та вперше був представлений у Стокгольмі регіональним бюро ВООЗ 1998 році, (Mental Health Services), як елемент проекту DEPCARE щодо показників благополуччя в первинній медичній допомозі. З того часу ВООЗ-5 було перевірено в ряді досліджень щодо клінічної та психометричної валідності. (Самопоміч, 2021; Mental Health Services).

Всі твердження опитувальника є прямими. Кожен варіант відповіді має бал від 1 до 4; чим більша сума балів тим вищим є показник самопочуття та психологічного благополуччя.

Підрахунок здійснювався наступним чином: кожне питання має 4 варіанти відповіді - від 1 до 4. Максимально можна отримати 20 балів. Відповідно від 1 до 5 - низький показник самопочуття; від 6 до 10 - середньо-низький показник самопочуття; від 11 до 15 - середньо-високий показник самопочуття; від 16 до 20 - високий показник самопочуття.

Також даний опитувальник був адаптований на українську мову, з 5 варіантів відповідей використано було 4. Використані варіанти: ні, це зовсім не так; мабуть

так; вірно та абсолютно вірно. Для цього була перевірена альфа кронбаха, та бачимо, що вона є високою - 0,82:

Summary for scale: Mean=10.8027 Std.Dv.=3.39347 Valid N:147 (Vepryk_2)					
Cronbach alpha: .829594 Standardized alpha: .834102					
Average inter-item corr.: .514290					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
WHO1	8.700681	7.461428	2.731561	0.685376	0.779025
WHO2	8.687075	7.711602	2.776977	0.699979	0.777676
WHO3	8.625851	7.268175	2.695955	0.736290	0.764202
WHO4	8.986395	7.333149	2.707979	0.647397	0.789826
<b>WHO5</b>	8.210884	8.384099	2.895531	0.405256	<b>0.859544</b>

Таблиця 2.1 Альфа кронбаха WHO-5

Також видно, що останнє питання найгірше працює на цю шкалу і можна було б обійтись без нього.

Для оцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності був використаний опитувальник Спілбергера (STAI). Роком створення є 1970 р. За допомогою шкали тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) можна визначити рівень тривожності в даний момент, тобто реактивна тривожність, як стан; та рівень особистісної тривожності, як стійкої риси характеру людини. Протягом цього часу неодноразово відбувалася повторна перевірка тесту на валідність та надійність. Даний тест є відносно простий та показує високу ефективність, тому його часто використовують у клінічній практиці з різною метою. Даний опитувальник містить сумарно 40 запитань, складається з 2-х шкал. Перша шкала (20 запитань) це ситуативна тривожність. За допомогою неї можна оцінити поточний стан рівня тривожності. Тривожність, є емоційною реакцією на стресову ситуацію і може мати різну інтенсивність та динамічність у часі. Друга шкала (20 запитань) - це особистісна тривожність. Вона показує індивідуальну характеристику схильності до тривожності загалом у житті.

Замір ситуативної тривожності здійснювався перед початком тренінгу та після нього. Замір особистісної тривоги здійснювався один раз перед початком тренінгу.

Підрахунок результатів складається з наступних етапів:

- За допомогою ключа здійснити підрахунок показників ситуативної та особистісної тривожності;
- Обрахунок середньо групового показника особистісної тривожності (ОТ) і ситуативної тривожності (СТ).

Для інтерпретації показників використовуються наступні критерії оцінки тривожності:

- менше 30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-44 бали – помірний рівень тривожності;
- 45 і більше – високий рівень тривожності.

Оцінка результату згідно цих двох шкал показує індивідуальну значущість стресової ситуації для опитуваного.

Даний опитувальник був неодноразово випробуваний в різних дослідженнях та перевірений різними мовами та має високу надійність та валідність (Vitasari, P et al., 2011; Kelly A. Knowles & Bunmi O. Olatunji 2020).

Також було розраховане альфа кронбаха на українську версію даного опитувальника. Шкала ситуативної тривожності - 0,88; особистісної тривожності - 0,80:

Summary for scale: Mean=44.6496 Std.Dv.=9.25901 Valid N:137 (Vepryk_Alpha) Cronbach alpha: .886596 Standardized alpha: .888894 Average inter-item corr.: .307136					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	ltn-Totl Correl.	Alpha if deleted
1	42.14598	75.49693	8.688897	0.626463	0.877287
2	42.09489	77.18078	8.785259	0.424470	0.884130
3	42.89781	77.18665	8.785593	0.525153	0.880522
4	42.84671	80.27577	8.959675	0.283692	0.887845
5	42.06569	75.60883	8.695333	0.578865	0.878675
6	43.02190	77.75865	8.818087	0.494392	0.881458
7	42.56934	79.82182	8.934306	0.319062	0.886740
8	41.67883	75.89685	8.711880	0.527223	0.880423
9	42.81752	76.35356	8.738052	0.567191	0.879175
10	41.75912	76.78140	8.762500	0.503007	0.881183
11	42.24818	77.95300	8.829100	0.469750	0.882179
12	42.78102	76.24402	8.731782	0.539679	0.879982
13	43.17518	77.91092	8.826716	0.520282	0.880824
14	43.02920	76.67068	8.756180	0.621557	0.878008
15	41.70803	80.45490	8.969666	0.233909	0.890311
16	41.91971	75.00815	8.660725	0.622087	0.877230
17	42.85402	76.65023	8.755012	0.613598	0.878163
18	43.21898	78.95934	8.885907	0.452683	0.882698
19	41.59124	75.96431	8.715751	0.594534	0.878311
20	41.91971	77.11034	8.781249	0.532932	0.880293

Таблиця 2.2 Альфа кронбаха ситуативної тривожності

Summary for scale: Mean=48.2817 Std.Dv.=7.58439 Valid N:142 (Vepryk_Alpha_OsobystTryv) Cronbach alpha: .802451 Standardized alpha: .798221 Average inter-item corr.: .182718					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	ltn-Totl Correl.	Alpha if deleted
1	45.97183	54.99920	7.416145	0.125272	0.807230
2	45.78873	51.81452	7.198230	0.447347	0.790120
3	45.90141	49.61000	7.043437	0.505381	0.785213
4	45.58451	52.46821	7.243495	0.289194	0.799163
5	45.91549	50.48582	7.105337	0.476663	0.787472
6	46.02817	55.11189	7.423738	0.112589	0.808075
7	46.01408	55.77445	7.468229	0.065615	0.809810
8	45.82394	49.04647	7.003318	0.661637	0.777224
9	45.65493	47.84572	6.917060	0.633647	0.776138
10	45.99296	54.07742	7.353735	0.196866	0.803656
11	45.39437	49.45011	7.032077	0.575550	0.781443
12	46.00000	50.59155	7.112774	0.485492	0.787118
13	45.56338	55.54176	7.452634	0.069038	0.811043
14	45.58451	53.74990	7.331432	0.216512	0.802787
15	45.89437	49.17899	7.012773	0.702131	0.776228
16	46.09155	56.01274	7.484166	0.058391	0.809002
17	46.00000	49.42253	7.030116	0.569629	0.781671
18	46.11267	50.18449	7.084101	0.551357	0.783639
19	46.23944	55.42155	7.444565	0.101695	0.807698
20	45.79578	50.90900	7.135054	0.506442	0.786564

Таблиця 2.3 Альфа кронбаха особистісної тривожності

### 2.3 Група досліджуваних

У дослідженні взяло участь 147 респондентів: 138 жінок та 9 чоловіків; 77 медичних працівників та 70 вчителів. Посада до уваги не брала. Вік учасників:

наймолодший 18 років, найстарший - 74 роки, середній вік - 45 років. По діапазону від 18 до 25 було 4 учасники, від 26 до 30 - 21 учасник; від 31 до 40 - 31 учасник; від 41 до 50 - 38 учасник; від 51 до 60 - 32 учасники; від 61 до 74 - 20 учасників.

### Статевий розподіл

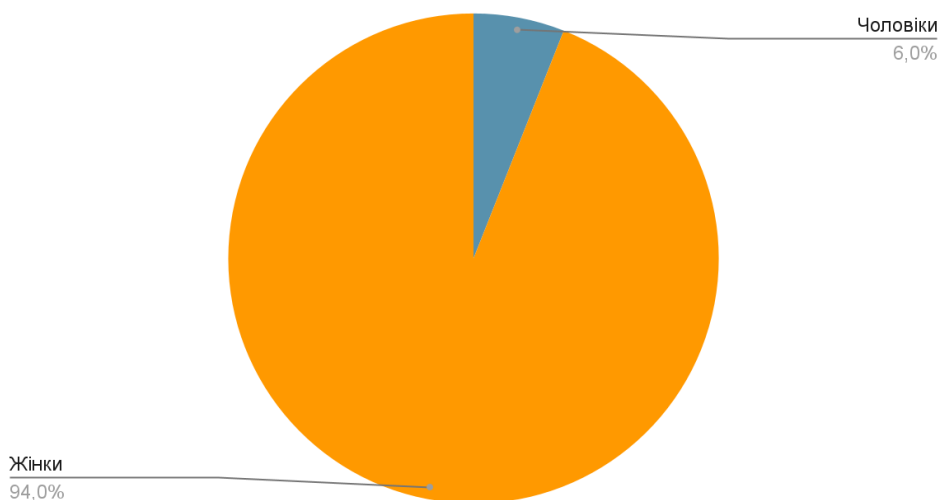


Рис. 2.1 Статевий розподіл

### Професія

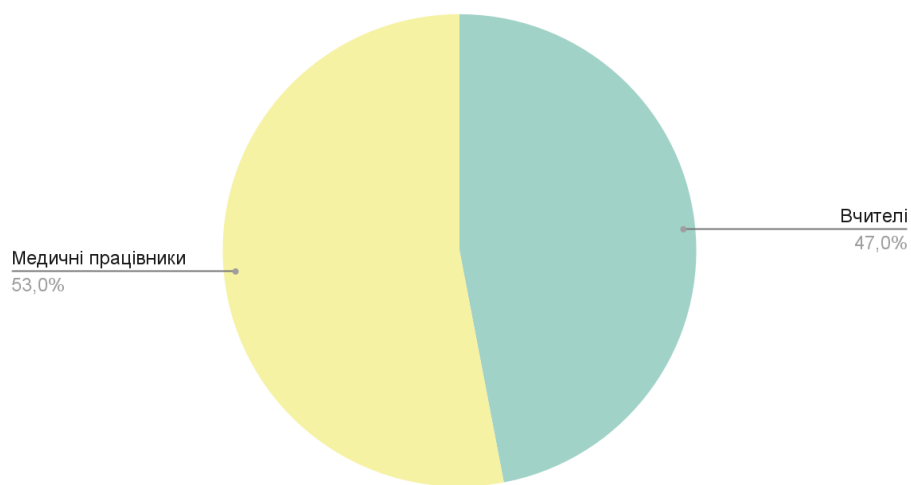


Рис. 2.2 Розподіл досліджуваних за професією

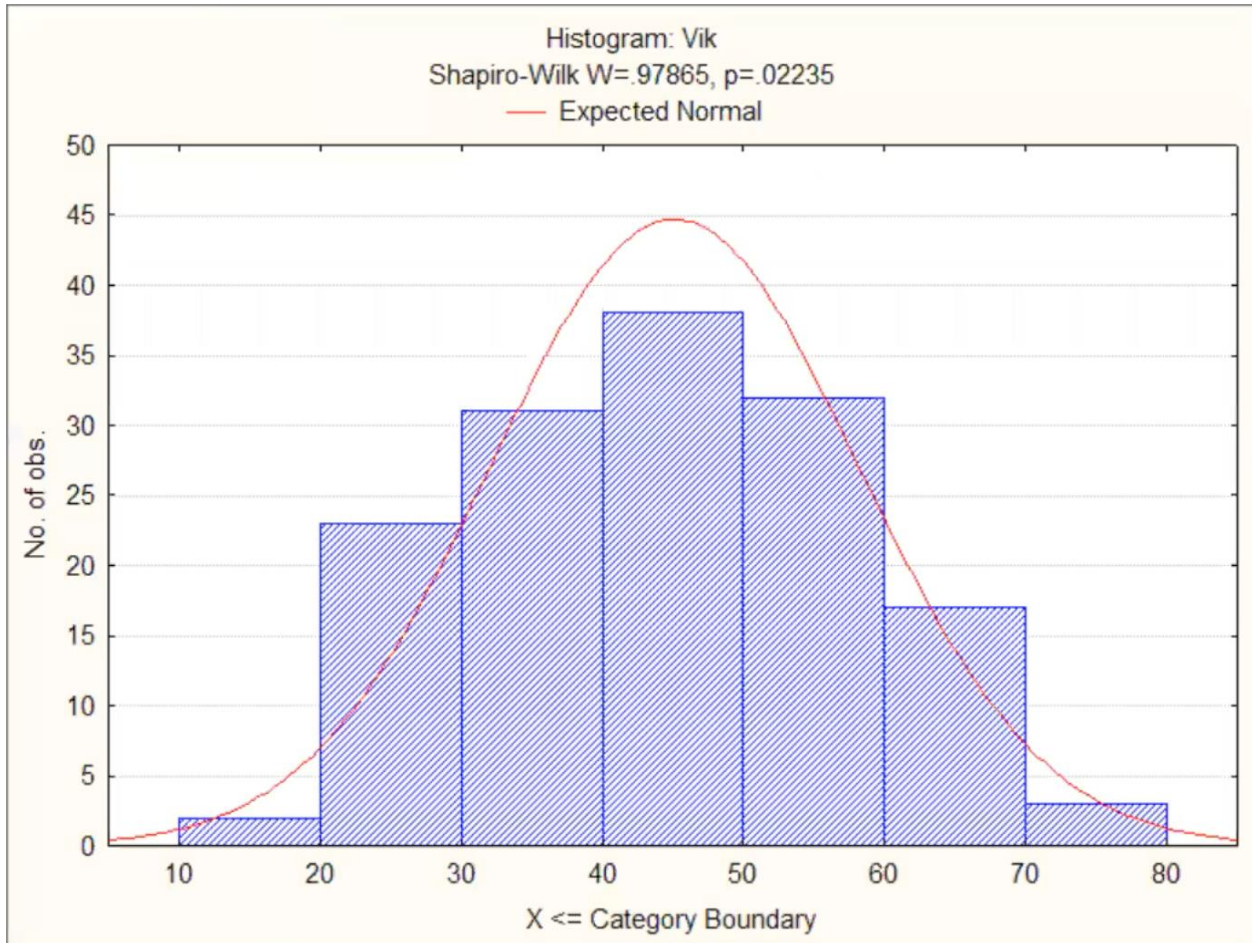


Рис. 2.3 Розподіл за віком

## 2.4 Етичні засади

Всі досліджувані були проінформовані на початку дослідження щодо анонімності та де будуть використовуватись дані, через гугл форму зверху усіх запитань та в усній формі для тих, хто проходив його в паперовому варіанті.

Інформаційна згода виглядала наступним чином:

Дорогі працівники медичних закладів/вчителі запрошуємо Вас прийняти участь в опитуванні.

Це допоможе нам зрозуміти, наскільки ефективними є наші тренінги. Всі дані є повністю анонімними та неперсоніфікованими.

Також на основі цих даних буде проведено дослідження на тему "Вплив тренінгу навичок резильєнтності на рівень тривожності вчителів та медичних працівників", тому ми будемо вдячні за Ваш вклад в українську науку.

## 2.5 Аналіз даних

Статистична обробка даних відбувалась на базі програми STATISTICA.

Були використані методи дисперсійного (анова) та порівняльного аналізу. Для визначення нормальності розподілу використовувався критерій асиметрії та ексцесу. Перш ніж перейти до аналізу результатів і перевірки гіпотез, було визначено, за якими методами їх аналізувати, параметричними чи непараметричними.

Для цього спочатку відбулась перевірка на нормальність розподілу шкал. Оскільки вибірка є великою - 147 досліджуваних, а при таких великих вибірках критерій Шапіро-Вілка стає гіперчутливим і тому виявляє найменше відхилення від нормальності, був обраний для перевірки критерію нормальності критерій за асиметрією і ексцесом. Одна шкала за асиметрією і ексцесом виходить за рекомендовані межі, це "оцінка стану після". Проте це не є сильний вихід за межі. Як відомо, параметричні критерії є стійкими до незначних порушень нормальності, тому прийняте рішення використовувати параметричні критерії для перевірки висунутих гіпотез.

Variable	Descriptive Statistics (Vepryk)						
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.	Skewness	Kurtosis
Vik	146	45.13014	18.00000	74.00000	13.02796	0.08591	-0.842275
SO Stanu DO	147	6.89116	1.00000	10.00000	1.95192	-0.69111	0.638521
Sum WHO-5	147	10.80272	5.00000	20.00000	3.39347	0.43413	-0.064476
Syt Tryv DO	147	44.51020	19.00000	72.00000	9.44296	0.16952	-0.397311
Osob Tryv	147	47.37415	28.00000	69.00000	7.52913	-0.04856	0.074092
SO Stanu PISLIA	147	8.07483	1.00000	10.00000	1.66383	-1.01577	1.680217
WHO-5 PISLIA	147	13.06803	5.00000	20.00000	4.11755	0.11188	-0.963669
Syt Tryv PISLIA	146	37.07534	20.00000	62.00000	9.47162	0.15187	-0.489716

Таб. 2.4 Перевірка за асиметрією і ексцесом.

Наступним кроком перевірено, за чим відрізняються заміри за інтервальними шкалами, які нас цікавлять, а саме: самооцінка стану до/після, WHO-5 до/після, ситуативна тривожність до/після, та бачимо, що деякі з них відрізняються за статтю (самооцінка стану); за сферою діяльності (ситуативна тривожність після); вік (ситуативна тривожність після) та особистісна тривожність для кожної зі шкал (див. додаток).

Також був зроблений кореляційний аналіз (за критерієм Пірсона), щоб подивитись, як вік та особистісна тривожність пов'язані зі змінними, які нас цікавлять.

T-тест для залежних вибірок (Стьюдента) показав, що до і після кожного із конструктів між собою відрізняються, на що вказує рівень p.

Variable	T-test for Dependent Samples (Vepryk_2)							
	Mean	Std.Dev.	N	Diff.	Std.Dev. Diff.	t	df	p
SO Stanu DO	6.89116	1.951920						
SO Stanu PISLIA	8.07483	1.663831	147	-1.1837	1.43832	-9.9778	146	0.000000
Sum WHO-5	10.80272	3.393466						
WHO-5 PISLIA	13.06803	4.117553	147	-2.2653	3.80937	-7.2099	146	0.000000
Syt Tryv DO	44.47260	9.464413						
Syt Tryv PISLIA	37.07534	9.471617	146	7.3973	8.50029	10.5151	145	0.000000

Таб. 2.5 T-тест



Про те цей тест не враховує роль віку, статі та сфери діяльності людини в цій динаміці. Тому для того, щоб перевірити чи зберігається динаміка цікавих для нас конструкторів навіть при врахуванні цих факторів, був зроблений дисперсійний аналіз.

Також у базовій статистиці було зроблено таблицю розподілу частот особистісної тривоги (див. додаток).

### **Гіпотези:**

- Після участі у тренінгу у досліджуваних будуть спостерігатись нижчі показники ситуативної тривожності у порівнянні з рівнем ситуативної тривожності цих осіб до початку тренінгу - порівняльний аналіз;
- Особи з вищими показниками особистісної тривоги після проходження тренінгу матимуть вищий рівень ситуативної тривоги, у порівнянні з особами у кого особистісна тривога має нижчі показники - експериментальна гіпотеза, перевіряється дисперсійним аналізом.
- Після проходження тренінгу рівень самопочуття зріс у порівнянні з рівнем самопочуття на початку тренінгу - порівняльний аналіз
- Показник рівня емоційного стану, який учасники позначали самостійно, після тренінгу мав вищий показник у порівнянні з показником рівня емоційного стану на початку тренінгу - порівняльний аналіз.

### **Висновки до другого розділу.**

Дане дослідження має експериментальний дизайн. Взяло участь 147 досліджуваних.

Для заміру показників було взято методики WHO-5 та Спілбергера, а також анкетування.

Для перевірки гіпотез використовуються порівняльний та дисперсійний аналіз. В модель дисперсійного аналізу ситуативної тривоги потрібно внести вік та сферу діяльності; в модель дисперсійного аналізу самооцінки стану потрібно внести вік; особистісна тривожність корелює зі всіма шкалами, тому вона внесена в кожен модель дисперсійного аналізу.

## Розділ III

### Аналіз даних. Дискусія результатів.

#### 3.1 Відмінність рівня ситуативної тривожності в залежності від рівня особистісної тривожності.

Дана гіпотеза перевірялась кореляційним аналізом. І можна побачити, що справді ці два конструкти між собою корелюють. Також, що особистісна тривожність корелює і з іншими конструктами, як і ситуативна тривожність.

Correlations (Vepryk)										
Marked correlations are significant at $p < .05000$										
N=145 (Casewise deletion of missing data) Mean Mean										
Variable	Means	Std.Dev.	Vik	SO Stanu DO	Sum WHO-5	Syt Tryv DO	Osob Tryv	SO Stanu PISLIA	WHO-5 PISLIA	Syt Tryv PISLIA
Vik	45.14483	13.07191	1.000000	0.058305	0.016574	0.079184	-0.061353	0.026571	-0.091634	0.172889
SO Stanu DO	6.92414	1.90059	0.058305	1.000000	0.620523	-0.637130	-0.466274	0.669894	0.425483	-0.457235
Sum WHO-5	10.83448	3.38094	0.016574	0.620523	1.000000	-0.722605	-0.522304	0.404905	0.488035	-0.422796
Syt Tryv DO	44.54483	9.45676	0.079184	-0.637130	-0.722605	1.000000	0.530879	-0.476853	-0.467230	0.597254
Osob Tryv	47.51034	7.47878	-0.061353	-0.466274	-0.522304	0.530879	1.000000	-0.186130	-0.177773	0.232394
SO Stanu PISLIA	8.12414	1.56739	0.026571	0.669894	0.404905	-0.476853	-0.186130	1.000000	0.692908	-0.654138
WHO-5 PISLIA	13.12414	4.09078	-0.091634	0.425483	0.488035	-0.467230	-0.177773	0.692908	1.000000	-0.800417
Syt Tryv PISLIA	37.09655	9.50097	0.172889	-0.457235	-0.422796	0.597254	0.232394	-0.654138	-0.800417	1.000000

Таб. 3.1 Кореляційний аналіз щодо гіпотез

Як бачимо, особистісна тривожність впливає не лише на рівень ситуативної тривожності до та після. Вона впливає і на інші конструкти, такі як: самооцінка стану до та після, WHO-5 до та після. Тому її буде враховано і в дисперсійному аналізі.

Справді рівень особистісної тривожності впливає на рівень ситуативної тривожності, що підтверджує гіпотезу: “Особи з вищими показниками особистісної тривоги після проходження тренінгу матимуть вищий рівень ситуативної тривоги, у порівнянні з особами у кого особистісна тривога має нижчі показники.”.

#### 3.2 Відмінність між рівнем тривожності на початку тренінгу та після у медичних працівників і вчителів.

Для перевірки цієї гіпотези будуть порівнюватись показники рівня ситуативної тривожності на початку тренінгу та після нього за шкалою рівня ситуативної тривожності Спілбергера.

При кореляційному аналізі було виявлено 2 фактори: вік та особистісна тривожність, які також потрібно враховувати при перевірці даної гіпотези. Коли було забрано усю дисперсію зумовлену цими факторами - чистий фактор тренінгу перестав бути важливим,  $p$  не значуще.

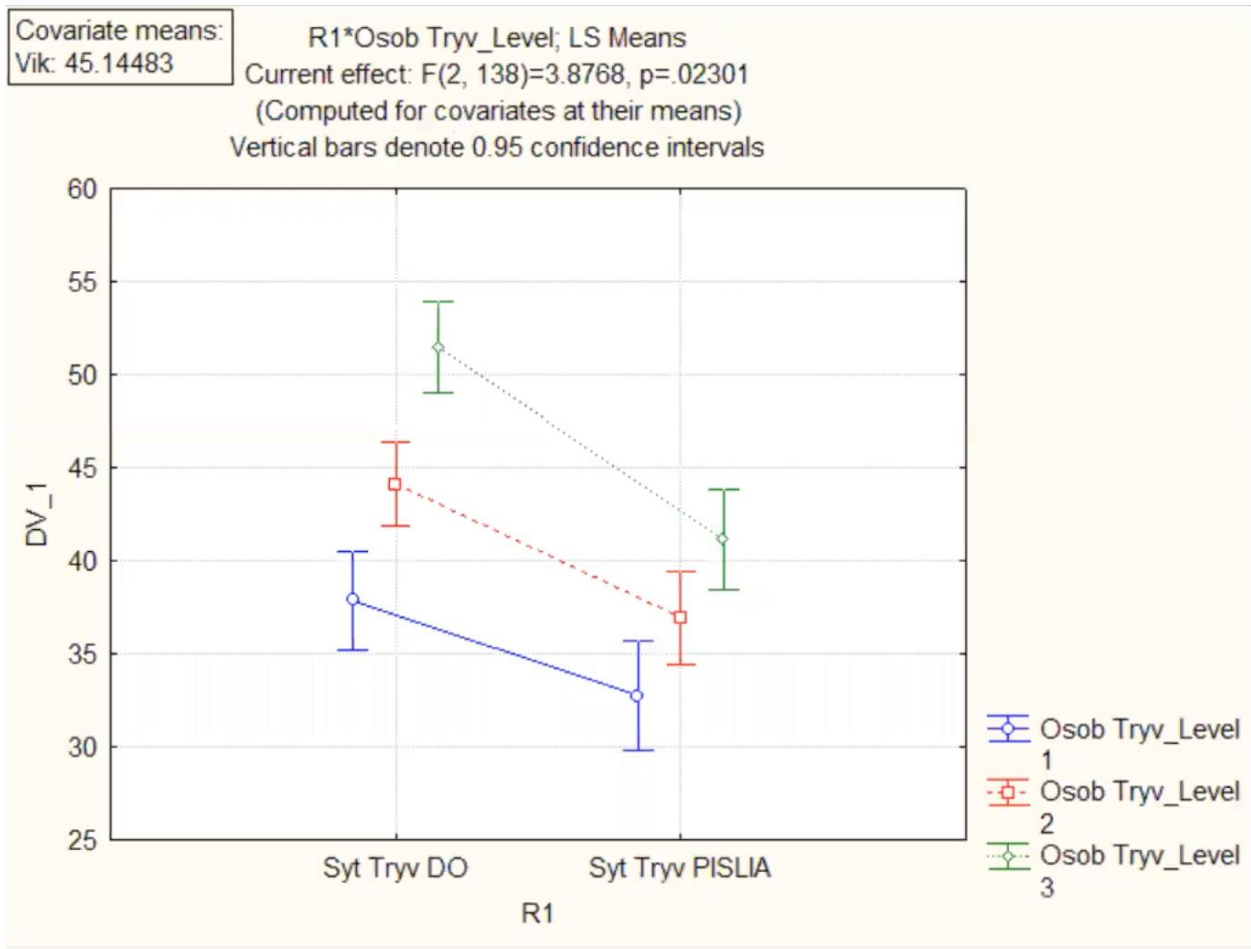
Натомість залишилось важливим взаємодія тренінгу, помножена на рівень особистісної тривожності.  $\text{Eta-squared} = 0,09$ , що означає, що взаємодія цих двох факторів - тренінгу і рівня особистісної тривожності - пояснює 9% дисперсії змінної ситуативної тривожності, і є ефектом середньої величини.

Repeated Measures Analysis of Variance with Effect Sizes and Powers (Vepryk_2)								
Sigma-restricted parameterization								
Effective hypothesis decomposition								
Effect	SS	Degr. of Freedom	MS	F	p	Partial eta-squared	Non-centrality	Observed power (alpha=0.05)
Intercept	142.98	1	142.982	1.50621	0.221764	0.010569	1.50621	0.230075
Vik	386.26	1	386.256	4.06893	0.045577	0.028048	4.06893	0.517364
Osob Tryv	6097.15	1	6097.147	64.22898	0.000000	0.312963	64.22898	1.000000
Med/Osv (1/2)	2938.02	1	2938.018	30.94987	0.000000	0.179994	30.94987	0.999818
Error	13384.89	141	94.928					
R1	68.94	1	68.936	2.11129	0.148438	0.014753	2.11129	0.302971
R1*Vik	37.34	1	37.336	1.14347	0.286747	0.008044	1.14347	0.185873
R1*Osob Tryv	477.11	1	477.108	14.61221	0.000197	0.093901	14.61221	0.966856
R1*Med/Osv (1/2)	0.00	1	0.000	0.00001	0.998038	0.000000	0.00001	0.050001
Error	4603.84	141	32.651					

Таб. 3.2 Дисперсійний аналіз ситуативної тривожності.

На графіку можна побачити, що особи, які увійшли до третьої групи, тобто з найвищим рівнем особистісної тривожності мали до початку тренінгу також найвищий рівень ситуативної тривожності і в них є чітка низхідна динаміка після тренінгу. Досліджувані, що увійшли до другої групи, тобто з середнім рівнем особистісної тривоги також мали і середній рівень ситуативної тривожності на початку тренінгу і мають меншу, проте все ж низхідну динаміку, а досліджувані,

що увійшли до першої групи, тобто з низьким рівнем особистісної тривоги до початку тренінгу мали низький показник ситуативної тривоги, тому динаміка є найменшою, тобто найменший ефект після тренінгу.



Примітка: Синій 1 - низький рівень ситуативної тривоги; Червоний 2 - середній рівень ситуативної тривоги; Зелений 3 - високий рівень ситуативної тривоги

Рис. 3.1 Динаміка змін рівня ситуативної тривожності до та після

З цього можна зробити висновок, що після тренінгу рівень ситуативної тривоги знижується, особливо у людей з середньо-високими показниками особистісної тривожності, що підтверджує дану гіпотезу.

### 3.3 Відмінність рівня самопочуття на початку тренінгу та після.

Для перевірки рівня самопочуття важливо було врахувати фактор впливу особистісної тривожності. І бачимо, що фактор тренінгу впливає на самопочуття однак ефект є маленький 3% (eta-squared 0,03). І взаємодія тренінгу з особистісною тривожністю також є важливою. Ефект є середній 7,5% (eta-squared 0,07). За статистикою Фішера тренінг = 4,96; взаємодія факторів тренінгу і особистісної тривожності = 11,83.

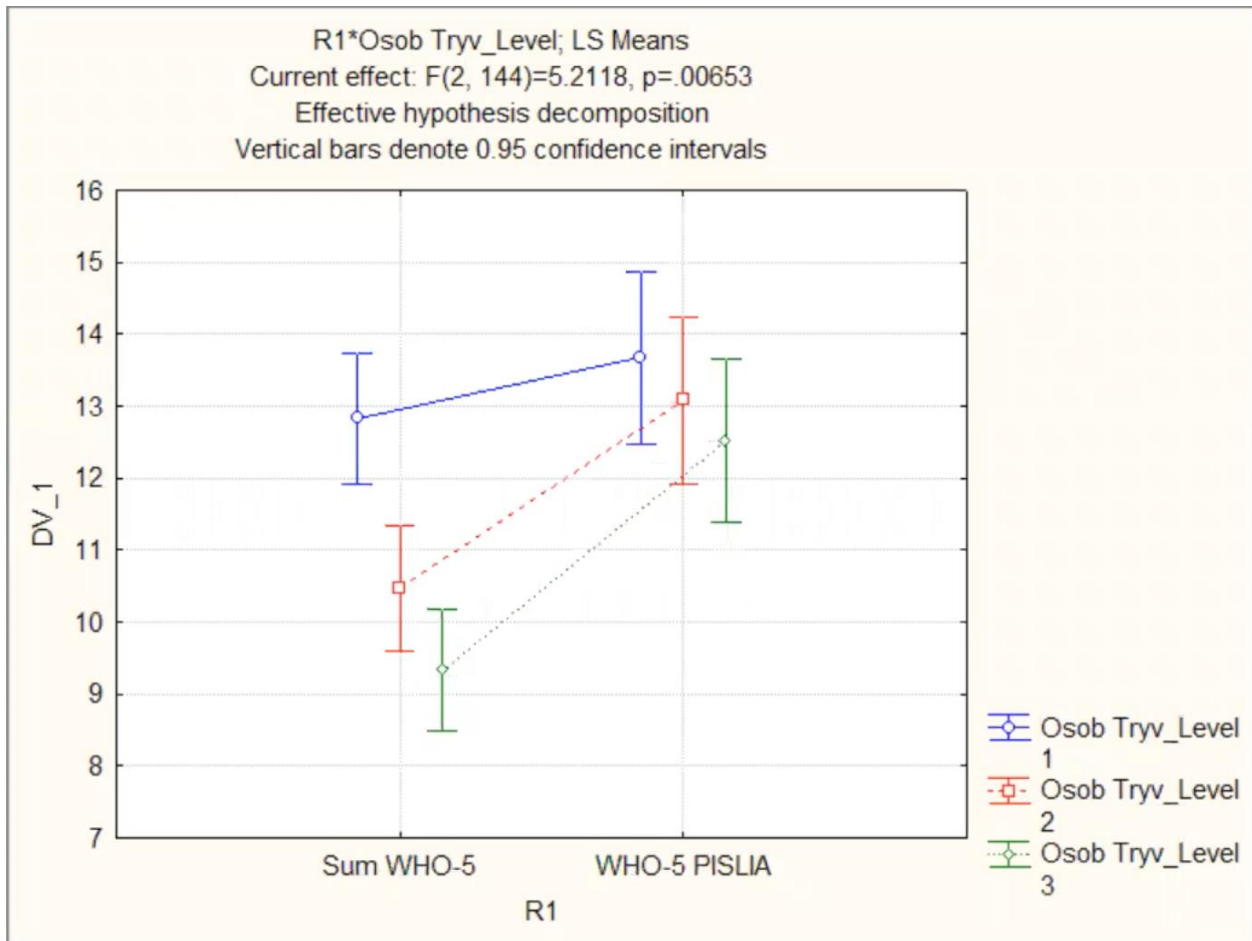
Repeated Measures Analysis of Variance with Effect Sizes and Powers (Vepryk_2) WHO Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition								
Effect	SS	Degr. of Freedom	MS	F	p	Partial eta-squared	Non-centrality	Observed power (alpha=0.05)
Intercept	2709.259	1	2709.259	146.2682	0.000000	0.502177	146.2682	1.000000
Osob Tryv	411.502	1	411.502	22.2163	0.000006	0.132860	22.2163	0.996756
Error	2685.770	145	18.523					
<b>R1</b>	<b>33.563</b>	<b>1</b>	<b>33.563</b>	<b>4.9691</b>	<b>0.027342</b>	<b>0.033134</b>	<b>4.9691</b>	<b>0.600424</b>
<b>R1*Osob Tryv</b>	<b>79.952</b>	<b>1</b>	<b>79.952</b>	<b>11.8372</b>	<b>0.000759</b>	<b>0.075475</b>	<b>11.8372</b>	<b>0.927537</b>
Error	979.374	145	6.754					

Таб. 3.3 Дисперсійний аналіз WHO-5

На графіку можна побачити, що особи, що увійшли до першої групи має найменші зміни, досліджуваної другої та третьої групи мають помітну висхідну динаміку рівня самопочуття за WHO-5 після тренінгу.

Варто звернути увагу, що у досліджуваних із низьким рівнем особистісної тривоги рівень самопочуття “до” був вже високим, тобто їм фактично нема куди і рости, на відміну від досліджуваних із середнім та високим показником особистісної тривоги.

Динаміка спостерігається у досліджуваних із середньо та високими показниками особистісної тривожності.



Примітка: Синій 1 - низький рівень ситуативної тривоги; Червоний 2 - середній рівень ситуативної тривоги; Зелений 3 - високий рівень ситуативної тривоги.

Рис. 3.2 Динаміка змін самопочуття за шкалою WHO-5

### 3.4 Відмінність рівня емоційного стану оцінений суб'єктивно на початку тренінгу та після.

Для перевірки даної гіпотези будуть порівнюватись показники оцінки самооцінки стану до та після тренінгу. Для цього було зроблено дисперсійний аналіз. І навіть коли ми забрали фактор особистісної тривоги і фактор статі, бачимо, що дійсно є зміни.

За статистикою Фішера = 14,61 та eta-squared = 0,09 (x100% = 9%). Це означає, що на 9% дисперсія самооцінки стану зумовлена саме тренінгом.

Тренінг позитивно впливає на те, як люди оцінюють свій стан.

Також зберігається значимий вплив двох факторів, а саме тренінгу помноженого на особистісну тривогу. Ми бачимо, що  $p = 0,00$  є ще більш значуще, статистика Фішера ще вища = 30,36 і часткова  $\eta$ -squared = 0,17, що є великим ефектом.

Справді, тренінг плюс рівень особистісної тривожності, як риси людини, ці два фактори разом є важливими для динаміки самооцінки стану.

Repeated Measures Analysis of Variance with Effect Sizes and Powers (Vepryk_2) SO Stanu								
Sigma-restricted parameterization								
Effective hypothesis decomposition								
Effect	SS	Degr. of Freedom	MS	F	p	Partial eta-squared	Non-centrality	Observed power (alpha=0.05)
Intercept	719.9712	1	719.9712	156.7002	0.000000	0.521118	156.7002	1.000000
Osob Tryv	95.6165	1	95.6165	20.8107	0.000011	0.126271	20.8107	0.994934
Stat' z/ch (1/2)	61.0729	1	61.0729	13.2924	0.000371	0.084508	13.2924	0.951692
Error	661.6190	144	4.5946					
R1	12.5928	1	12.5928	14.6159	0.000196	0.092146	14.6159	0.966931
R1*Osob Tryv	26.1631	1	26.1631	30.3664	0.000000	0.174153	30.3664	0.999779
R1*Stat' z/ch (1/2)	0.3253	1	0.3253	0.3776	0.539865	0.002615	0.3776	0.093657
Error	124.0676	144	0.8616					

Таб. 3.4 Дисперсійний аналіз самооцінки стану.

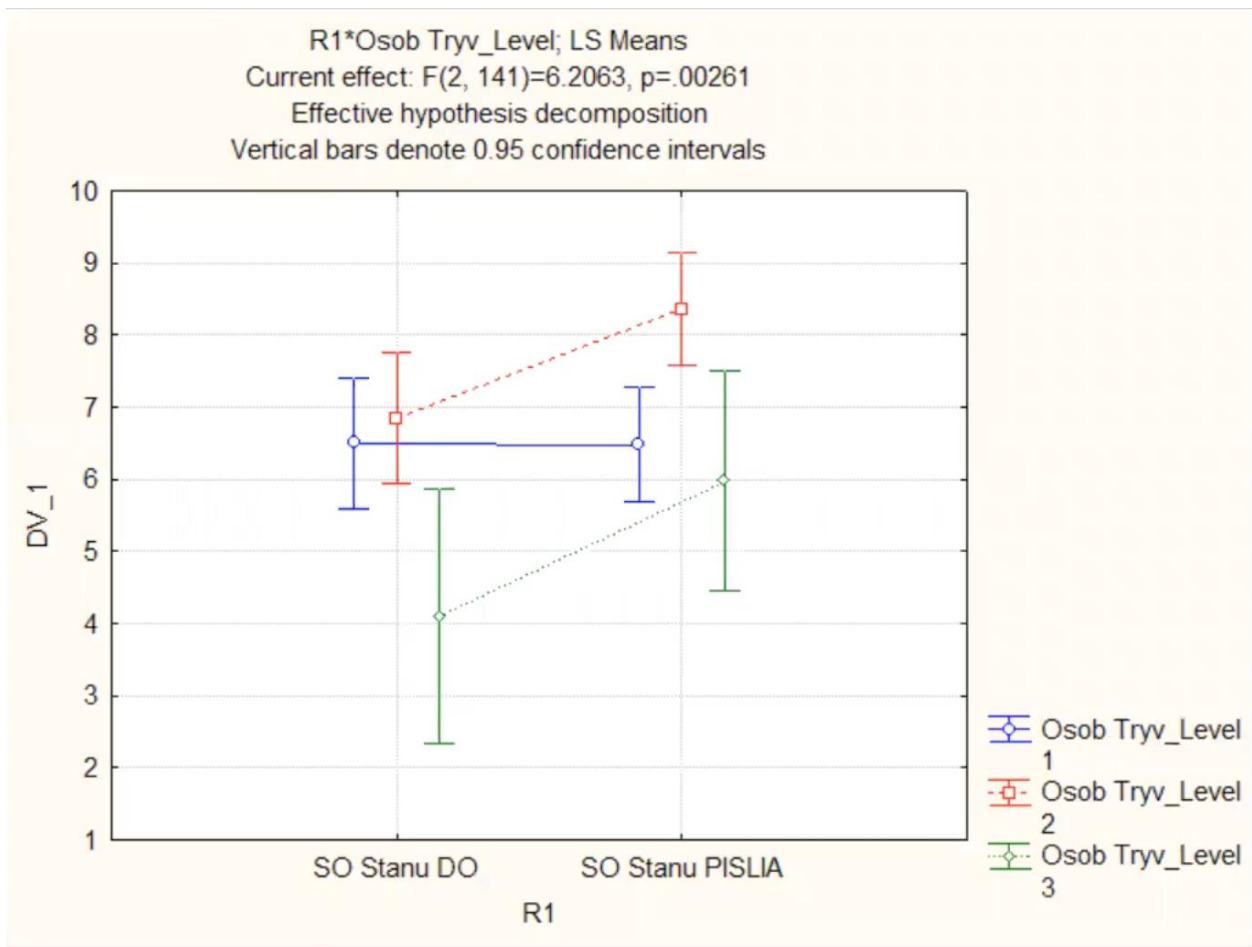
Динаміка самооцінки стану в залежності від рівня особистісної тривожності є такою:

Досліджувані, що увійшли до першої групи - в них практично без змін “до” та “після”. Натомість, у тих, хто увійшов до другої групи - (оцінили себе найвище ніж ті хто увійшли до першої групи) та ті хто увійшов до третьої групи - мають покращення самооцінки стану, після тренінгу є вищі показники, ніж до його проведення.

Звідси висновок, що стосовно самооцінки стану тренінг виявився найбільш ефективним для людей з середнім та високим показником особистісної тривожності.

Якщо у досліджуваних з середнім рівнем особистісної тривоги рівень показник зріз, то теоретично це могло б статись і з тими, у кого є низький показник особистісної тривоги, проте цього не відбулось, хоч їм ще було куди рости.





Примітка: Синій 1 - низький рівень ситуативної тривоги; Червоний 2 - середній рівень ситуативної тривоги; Зелений 3 - високий рівень ситуативної тривоги

Рис. 3.3 Динаміка змін заміру до та після самооцінки стану.

Отже, тренінг є ефективний особливо для тих людей, які мають високий та середній показник особистісної тривожності. Гіпотеза підтвердилась частково.

### 3.5 Дискусія результатів

У даному експериментальному дослідженні було доведено позитивний вплив тренінгу навичок резильєнтності на рівень тривожності у вчителів та медичних

працівників. Після тренінгу показники у всіх досліджуваних показали статистично значиме зменшення рівня показників за шкалою ситуативної тривожності Спілбергера, вищими за шкалою самопочуття WHO-5 та самооцінки стану. Отриманий результат співвідноситься з іншими дослідженнями, що були проведені протягом останніх років пандемії та інших кризових подій (Dincer, B., & Inangil, D. (2021); Turan, N., & Canbulat, Ş., 2023).

В даному контексті важливо зазначити, що сферою застосування даного тренінгу можлива для всіх людей, незалежно від професії. Зокрема, в науковій літературі можна зустріти емпірично доведені факти ефективності тренінгу навичок резильєнтності і для студентів – спортсменів; танцюристів; батьків, діти яких хворі на рак; онкохворих та багато інших. (Ashley L. Kuchar et al., 2023; David M. Popoli 2020; Mostafa Khosrobeigi et al., 2021).

Дослідження поняття тривожності та як з нею справлятися почалось ще з давніх давен. Значний внесок в процес регуляції та впливу на тривожність зробив Стівен Порджес. Його робота демонструє, як нервова система з'єднана з емоційними реакціями, в тому числі і з тривожністю. Оскільки тривожність супроводжується різними тілесними відчуттями, ця теорія дуже гарно пояснює, як простий і доступний вплив на тіло може допомогти справитися з нею. Майже всі запропоновані техніки регуляції спрямовані на тілесні відчуття, тому отримані результати узгоджуються з теорією Стівена Порджеса.

Фактор особистісної тривожності виявився невід'ємним конструктом для перевірки впливу тренінгу для кожної із гіпотез. Можна припустити, що на особистісну тривогу в даний час проведення тренінгу підсилює проживання у країні де йде війна та індивідуальні обставини у зв'язку з тим в яких обставинах люди проживають, проте можуть бути і інші фактори, через які одні люди є більш тривожними, в незалежності від ситуацій, а інші менш.

В розрізі психодинамічних теорій резильєнтність та тривожність можна розглянути з точки зору теорії прив'язаності. Відповідно до теорії прив'язаності, взаємодія з непослідовними, ненадійними або нечутливими фігурами прихильності заважає розвитку надійної та стабільної психічної основи; знижують стійкість до стресових життєвих подій; і схиляють людей до психологічного зриву під час кризи (Боулбі, 1988). У зрілому віці поведінкова система прив'язаності активується у відповідь на значні зміни (наприклад, втрата, хвороба, розлука, вступ до університету або переїзд з дому), які сприймаються, як тривожні, і метою системи прив'язаності є послаблення стресу, а також пошук підтримки та комфорту з боку інших, щоб допомогти людині впоратися з пережитими труднощами та адаптуватися до них (Mikulincer & Shaver, 2007). У літературі стверджується, що невпевнено прив'язані особи частіше сприйматимуть події, як стресові та загрозові та реагуватимуть менш ефективними механізмами подолання, ніж їхні надійно прив'язані колеги. Надійно прив'язані індивіди оцінюють свою здатність справлятися зі стресовими ситуаціями більш позитивно та конструктивно, тоді як люди з високим рівнем уникнення прихильності гальмують свої реакції на стресори та не використовують соціальну підтримку як форму подолання (Mikulincer & Florian, 1998). Відомо, що безпека прихильності полегшує особисту адаптацію за наявності труднощів за допомогою конструктивних, гнучких і адаптованих до реальності зусиль подолання (Mikulincer & Shaver, 2007). Іншими словами, безпека прихильності спрямовує людей на використання ефективних стратегій подолання і, в той же час, підвищує їх стійкість, схиляючи до гнучкості у відповідь на труднощі.

Оскільки люди, які мають в основі надійну прив'язаність, є більш стійкі до викликів і рівень їхньої особистісної тривоги є низьким, можна припустити, що саме вони входили до групи з низькими показниками особистісної та ситуативної тривожності. Саме тому для таких людей даний тренінг є більше про гарно

проведений час, оскільки вони мають вбудовану систему регуляції, а їхні показники і не стають набагато кращими, ніж “до” оскільки і так є високими.

Люди найкраще регулюються через взаємодію з іншими. Тренінг відбувався вживу через пряму комунікацію ведучих та групи, і групи між собою. Це також могло вплинути на результати, які отримали. Дуже важливо пам'ятати, що виникнення психічних розладів чи ускладнень можна мінімізувати за допомогою резильєнтності.

### **3.6 Обмеження дослідження та перспективи дослідження**

Незважаючи на те, що у даному дослідженні взяло участь достатньо багато людей і мабуть є першим у вимірюванні тривожності саме у взаємодії впливу цього тренінгу навичок резильєнтності та тривожності, втім це дослідження має також свої обмеження. Результати, які ми отримали ми можемо поширити лише на тих людей, у кого рівень особистісної тривоги є середнім та високим, оскільки для людей з низьким рівнем особистісної тривоги значимого впливу не спостерігається та лише на вчителів та медичних працівників, оскільки не було контрольної групи.

Використані методики виявились валідними та надійними в адаптованому українському перекладі, але оскільки офіційного перекладу немає, на майбутнє варто розглянути інші методики для оцінки тривожності та самопочуття.

У дослідженні взяло участь 94% жінок та лише 6% чоловіків. Для такого дослідження потрібна більша кількість чоловіків, що є складно, коли це стосується конкретних професій, які не передбачають великої кількості чоловіків. Але це єдиний спосіб побачити, чи є відмінність впливу тренінгу через різну стать. Також на майбутнє додати більше анкетних питань, наприклад, наскільки інформація подана саме цим тренером, була доступною, та додаткові методики, конструктивних, також можуть мати вплив на тривожність, як от наприклад стрес.

Добре було б зробити ще раз замір через місяць, півроку, рік щоб подивитись в довготривалій перспективі ефективність тренінгу на розвиток навичок резильєнтності.

### **Висновки до третього розділу**

Відповідно до перевірки гіпотез, всі гіпотези підтвердились та мають середньої величини ефект. Гіпотеза про те, що особистісна тривога напряду впливає на ситуативну тривожність, що показники самопочуття є вищими - так, але значущі зміни можна побачити у людей з високою та середньою особистісною тривожністю, а також що оцінка самопочуття буде вищою після тренінгу. Повністю підтвердилась гіпотеза про вплив тренінгу на рівень ситуативної тривожності. І справді цей зв'язок між тренінгом навичок резильєнтності і рівнем тривожності можна побачити.

Попередні дослідження також стверджують те, що навички резильєнтності мають позитивний вплив на тривожність. Тому дані результати є доповненням попередніх робіт. Важливим є те, що тренінг має не на всіх однаковий ефект. Для людей, які мають низький рівень особистісної тривожності, що можна пояснити доброю саморегуляцією, яка могла бути сформована через надійну привязаність, даний тренінг має нейтральний ефект, оскільки їхні показники на початку тренінгу вже були високими.

Дані результати можна розглядати як достовірні, проте враховувати обмеження дослідження.

## Висновки

Тож яким є вплив тренінгу навичок резильєнтності на рівень тривожності у вчителів та медичних працівників?

Згідно до поставлених задач були зроблені наступні висновки:

Тривожність є еволюційною та природною емоцією, що притаманна кожному, та часто відіграє роль захисного механізму. Тривожність відчувається у моменти кризових та загрозливих подій, а тривожність, як особистісна риса може формуватись з народження тоді, коли формується і прив'язаність до суб'єкту. Чим надійнішою є прив'язаність, тим більшим є капітал стійкості перед стресовими ситуаціями. Перередники вже неодноразово досліджували рівень тривожності під час кризових подій, в тому числі і у світлі останньої пандемії Covid-19. Виявлено, що ізоляція та самотність є тими основними факторами, що викликають у людей тривожність.

У людей певних професій є більше ризиків перебувати у тривалій тривожності, оскільки є значно більша кількість чинників, які можуть її провокувати. І саме до категорії таких професій входять вчителі та медичні працівники. Міжнародна організація Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) стверджує, що інтервенцією номер 1 в умовах надмірного стресу є психоедукаційні тренінги. І справді, різні тренінги емоційної регуляції неодноразово підтверджують, свою ефективність і зростання резильєнтності в учасників. Деякі пропонують симуляційне навчання - тобто штучне створення критичних ситуацій, де учасники відчуватимуть стрес, тривогу і виснаження, а в процесі цього відбуватиметься процес навчання. Таким чином, це дає змогу одразу відпрацювати отримані навички. Більшість тренінгів все ж орієнтовані на навчання у звичайних умовах і теж вплив видимий.

Для тренінгу, який був запропонований в рамках даного дослідження з однієї сторони не створювались спеціальні умови, водночас враховуючи, що він

відбувався в часі війни в Україні, можна вважати, що ефективність запропонованих технік можна було відчувати відповідно до зовнішніх умов. І справді ефект впливу тренінгу присутній. Не завжди можна усунути загрозу, зрештою для заспокоєння нервової системи потрібні сигнали безпеки. Тому переключення стану може бути дуже дієвим та якраз безпечним сигналом. Всі запропоновані техніки направлені на переключення симпатичної та парасимпатичної нервової системи. Як результат, у більшості учасників показники покращились. У частини вони залишились на тому ж рівні, але у них вони і так були високими. Важливим виявився фактор особистісної тривожності. Чим сильніше у людини є особистісна тривожність тим більш схильною вона є до переживань сильної ситуативної тривожності. Саме тому, в учасників з високою та помірною особистісною тривожністю є більш видимий вплив тренінгу.

Проте ми дізнались значимість впливу навичок резильєнтності у короткотроковій площині. Наступним кроком, варто було б дослідити наскільки учасники тренінгу запам'ятали та використовували запропоновані техніки протягом тривалого часу, наприклад протягом місяця, потім півроку та року, а також чи збільшиться у них стійкість до викликів з регулярним практикуванням. Самі ж учасники суб'єктивно оцінили тренінг високо. Це може також бути пов'язано із тренером, який проводив тренінг та створював сприятливу атмосферу. В майбутньому варто було б врахувати і такий фактор впливу. І водночас це також підтверджує важливість соціального, людського контакту. Перебуваючи в безпечному середовищі, з людьми з якими комфортно, цікаво знаходитись; людьми у яких рівень власної ситуативної та особистісної тривожності є низьким - набагато більше ймовірності справитись із власною тривожністю. Дане дослідження є доповненням попередніх досліджень, щодо позитивного впливу тренінгу навичок резильєнтності.

Враховуючи непередбачуваність сьогодення, мати навички резильєнтності є необхідним для самопомоги у потрібний момент та не допускати хронічне і тривале перебування у тривозі, порушуючи тим самим гомеостатичний механізм, який дозволяє нам жити повноцінним життям. У людей, на відміну від рептилій, є нейроцепція загрози та нейроцепція безпеки. Завдяки блукаючому нерву ми маємо емоційні переживання, які переживаються тілесно. Тому, навіть не завжди усвідомлюючи що з нами відбувається, тіло завжди коректно реагує.

Отримані результати говорять про те, що тренінг з таким наповненням має позитивний вплив на рівень тривожності у вчителів та медичних працівників і є доброю основою для подальшого його вдосконалення та використання у інших групах.



### Список використаної літератури:

1. Беляєвська, О., 2022, “Вплив дихальних методик на рівень тривожності особистості”, магістерська робота, Український Католицький Університет, Львів, 53-57.
2. Валер’янівна, О. S. O. C. (2020). Psychoeducation as a means to formation of psychological health culture in pedagogical staff. *Technologies of intellect development*, 4(1 (26)).
3. Порджес, С., 2020, “Полівагальна теорія” с. 31-100, Київ, видавництво Мультиметод.
4. Самороміч. Індекс доброго самопочуття WHO-5. Жовтень 2022. Доступно онлайн: <https://www.samopomi.ch/get-tested/indekch-dobrogo-samopochuttja-who-5>
5. Знайшов. (2022), “Результати опитування “Про що [не] мовчать викладачі в умовах невизначеності”.”. Доступно онлайн: [https://znayshov.com/News/Details/pro\\_shcho\\_ne\\_movchat\\_vykladachi\\_v\\_umov\\_akh\\_nevyznachenosti](https://znayshov.com/News/Details/pro_shcho_ne_movchat_vykladachi_v_umov_akh_nevyznachenosti)
6. Agampodi, T. C., Agampodi, S. B., Glozier, N., & Siribaddana, S. (2015). Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): a systematic review. *Social science & medicine*, 128, 95-104.
7. Al-Kalbani, M., Al-Adawi, S., & Alshekaili, W. (2022). Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales-21 (DASS-21) in a sample of health care workers in Oman. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, 100451.
8. American Psychological association. How to foster resilience. 20 April 2023. Available online: <https://www.apa.org/monitor/2016/11/growth-trauma-sidebar>
9. APA Dictionary of anxiety. Available online: [https://dictionary.apa.org/anxiety?\\_ga=2.10089653.1055564567.1682432581-1606426214.1681582360](https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.10089653.1055564567.1682432581-1606426214.1681582360)
10. APA, Dictionary of Psychology. Available online: <https://dictionary.apa.org/resilience>
11. APA. Why Stress and Anxiety aren’t always bad. 15 April 2023. Available online: <https://www.apa.org/news/press/releases/2019/08/stress-anxiety>
12. Arens, A. K., & Morin, A. J. (2016). Relations between teachers’ emotional exhaustion and students’ educational outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 108(6), 800.
13. Artigas, L. & Jarero, I. (Manuscript in preparation). The Butterfly Hug. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Catastrophes: Models, Scripted Protocols and Summary Sheets The Butterfly Hug (updated protocol)* © Marilyn Luber, Ph.D. 8-11-12

14. Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910.
15. Berry, K., & Kingswell, S. (2012). An investigation of adult attachment and coping with exam-related stress. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(4), 315-325.
16. Boehmer, T. K., Kompaniyets, L., Lavery, A. M., Hsu, J., Ko, J. Y., Yusuf, H., ... & Harris, A. M. (2021). Association between COVID-19 and myocarditis using hospital-based administrative data—United States, March 2020–January 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(35), 1228.
17. Bonsaksen, T., Heir, T., Schou-Bredal, I., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., & Grimholt, T. K. (2020). Post-traumatic stress disorder and associated factors during the early stage of the COVID-19 pandemic in Norway. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9210.
18. Borg, M. G., Riding, R. J., & Falzon, J. M. (1991). Stress in teaching: A study of occupational stress and its determinants, job satisfaction and career commitment among primary schoolteachers. *Educational psychology*, 11(1), 59-75.
19. Bottiani, J. H., Duran, C. A., Pas, E. T., & Bradshaw, C. P. (2019). Teacher stress and burnout in urban middle schools: Associations with job demands, resources, and effective classroom practices. *Journal of School Psychology*, 77, 36-51.
20. Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 1-16.
21. Brown, S. P., & Biddle, C. (2023). Testing a teacher costs to caring resilience model to identify burnout mediators. *Teaching and Teacher Education*, 127, 104078.
22. Chesak, S. S., Khalsa, T. K., Bhagra, A., Jenkins, S. M., Bauer, B. A., & Sood, A. (2019). Stress Management and Resiliency Training for public school teachers and staff: A novel intervention to enhance resilience and positively impact student interactions. *Complementary therapies in clinical practice*, 37, 32-38.
23. Crocq, M. A. (2022). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*.
24. Curtin, M., Richards, H. L., & Fortune, D. G. (2022). Resilience among health care workers while working during a pandemic: A systematic review and meta synthesis of qualitative studies. *Clinical psychology review*, 95, 102173.
25. de Almeida Oliveira, P. N., da Silva Filho, J. N., Gurgel, J. L., Russomano, T., & Porto, F. (2023). Effects of exercises performed in the work environment on occupational stress: A systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*.

26. De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social science & medicine*, 50(9), 1317-1327.
27. DePierro, J., Marin, D. B., Sharma, V., Costello, Z., Starkweather, S., Katz, C. L., ... & Charney, D. S. (2021). Developments in the first year of a resilience-focused program for health care workers. *Psychiatry Research*, 306, 114280.
28. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). (2013). doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
29. Dincer, B., & Inangil, D. (2021). The effect of emotional freedom techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *Explore*, 17(2), 109-114.
30. EFT Universe, 2012, The EFT mini-manual, отримано з [http://www.eftuniverse.com/images/pdf\\_files/EFTMiniManual.pdf](http://www.eftuniverse.com/images/pdf_files/EFTMiniManual.pdf);
31. Embodiment Unlimited, (2021), ABC. [Video] Vimeo: <https://vimeo.com/673105720/cbd4642f87>
32. Folke, C. (2016). Resilience (republished). *Ecology and society*, 21(4).
33. Frances, A. (1990). Classification of anxiety disorders: From Freud to DSM-IV. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 9-10.  
Freud, museum London, (2018), "What did Freud say about Anxiety". Available online: <https://www.freud.org.uk/education/resources/what-did-freud-say-about-anxiety/>
34. Guo, X. (2019). Coping as a mediator between parental attachment and resilience: an examination of differential effects between Chinese adolescents from single parent families versus those from intact families. *Psychological Reports*, 122(2), 506-524.
35. Hansen, N. B., Møller, S. R., Elklit, A., Brandt, L., Andersen, L. L., & Pihl-Thingvad, J. (2022). ARE YOU ALL RIGHT (AYA)? Associations of cumulative traumatic events among Danish police officers with mental health, work environment and sickness absenteeism: Protocol of a 3-year prospective cohort study.
36. Healthline, 2023, EFT, Available online: <https://www.healthline.com/health/eft-tapping#What-is-EFT-tapping>
37. Healthline. Everything you need to know about anxiety. 10 April 2023. Available online: <https://www.healthline.com/health/anxiety>
38. Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
39. Hindman, A. H., & Bustamante, A. S. (2019). Teacher depression as a dynamic variable: Exploring the nature and predictors of change over the head start year. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 61, 43-55.

40. Hou, Y., Hou, W., Zhang, Y., Liu, W., & Chen, A. (2022). Relationship between working stress and anxiety of medical workers in the COVID-19 situation: a moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*, 297, 314-320.
41. Hutchison, S. M., Watts, A., Gadermann, A., Oberle, E., Oberlander, T. F., Lavoie, P. M., & Mâsse, L. C. (2022). School staff and teachers during the second year of COVID-19: Higher anxiety symptoms, higher psychological distress, and poorer mental health compared to the general population. *Journal of affective disorders reports*, 8, 100335.
42. IvyPanda. (2021) "Freud's Anxiety Neurosis – Psychology Research Paper". Available online: <https://ivypanda.com/essays/freuds-anxiety-neurosis-psychology/#:~:text=Psychoanalytic%20techniques,free%20himself%20from%20their%20effects>
43. Jafarigiv, S., & Peyman, N. (2019). The effect of life skills training with health literacy strategies on self-esteem and self-efficacy in female students during puberty. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*.
44. Javadi, M. H. (2022). Health anxiety and social health among health care workers and health volunteers exposed to coronavirus disease in Iran (2020): A structural equation modeling. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100321.
45. Jeon, L., Buettner, C. K., & Grant, A. A. (2018). Early childhood teachers' psychological well-being: Exploring potential predictors of depression, stress, and emotional exhaustion. *Early education and development*, 29(1), 53-69.
46. Jeon, L., Buettner, C. K., Grant, A. A., & Lang, S. N. (2019). Early childhood teachers' stress and children's social, emotional, and behavioral functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 61, 21-32.
47. Jones, J. R. (1998). Self-reported work-related illness in 1995: Results from a household survey. <http://www.hse.gov.uk/statistics/2002/swi95.pdf>.
48. Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships*, 1(2), 123-142.
49. Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82, 101928.
50. Kural, A. I., & Kovacs, M. (2021). Attachment anxiety and resilience: The mediating role of coping. *Acta psychologica*, 221, 103447.
51. Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 288, 112936.
52. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for intervention and social policy. *Dev Psychopathol*. 2000;12:857–885.
53. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56:227–238.

54. McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of human behavior in the social environment*, 13(3), 51-66.
55. McLean, L., & Connor, C. M. (2015). Depressive symptoms in third-grade teachers: Relations to classroom quality and student achievement. *Child development*, 86(3), 945-954.
56. Mental Health Service, October 2022. Available online: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>
57. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.
58. Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27, 77-102.
59. Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., ... & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management*, 28(5), 1002-1009.
60. Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and stress among teachers during the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review with meta-analysis. *Brain sciences*, 11(9), 1172.
61. Peele, M., & Wolf, S. (2020). Predictors of anxiety and depressive symptoms among teachers in Ghana: Evidence from a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 253, 112957.
62. Peele, M., & Wolf, S. (2021). Depressive and anxiety symptoms in early childhood education teachers: Relations to professional well-being and absenteeism. *Early childhood research quarterly*, 55, 275-283.
63. Porges, S. W. (2021). Polyvagal Theory: A biobehavioral journey to sociality. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 7, 100069.
64. Pozo-Rico, T., Gilar-Corbí, R., Izquierdo, A., & Castejón, J. L. (2020). Teacher training can make a difference: tools to overcome the impact of COVID-19 on primary schools. An experimental study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8633.
65. Quick, J. C., Cooper, C. L., Nelson, D. L., Quick, J. D., & Gavin, J. H. (2003). Stress, health, and well-being at work.
66. Robinson, L. (1990). Stress and anxiety. *Nursing Clinics of North America*, 25(4), 935-943.
67. Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of clinical sleep medicine*, 3(5 suppl), S7-S10.
68. Schou-Bredal, I., Bonsaksen, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T. K., & Heir, T. (2022). A comparison between healthcare workers and non-healthcare

- workers' anxiety, depression and PTSD during the initial COVID-19 lockdown. *Public Health in Practice*, 3, 100267.
69. Shah, S., Calderon, M. D., Soin, A., & Manchikanti, L. (2020). The effect of COVID-19 on interventional pain management practices: a physician burnout survey. *Pain Physician*, 23(4S), S271.
  70. Stansfeld, S. A., Rasul, F. R., Head, J., & Singleton, N. (2011). Occupation and mental health in a national UK survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 101-110.
  71. Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.
  72. Turan, N., & Canbulat, Ş. (2023). The effectiveness of the training program on accepting and expressing emotions on the psychological resilience and depression levels of nurses: A two-year follow-up study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 44, 1-7.
  73. Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Herawan, T., Othman, A., & Sinnadurai, S. K. (2011). Re-test of State Trait Anxiety Inventory (STAI) among engineering students in Malaysia: Reliability and validity tests. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 3843-3848.
  74. Watt, M. C., Stewart, S. H., & Cox, B. J. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 36(5), 505-525.
  75. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516-529.
  76. Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Bonde, J. P. (2005). Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 343-351.
  77. Yamamoto, T., Nishinaka, H., & Matsumoto, Y. (2023). Relationship between resilience, anxiety, and social support resources among Japanese elementary school students. *Social Sciences & Humanities Open*, 7(1), 100458.
  78. Yang, M., Oh, Y., Lim, S., & Kim, T. (2023). Teaching with collective resilience during COVID-19: Korean teachers and collaborative professionalism. *Teaching and Teacher Education*, 126, 104051.

## Додатки

### Додаток 1

#### Шкала самопочуття WHO-5

Виберіть відповідь, яка найбільше відповідає вашому стану.

1. Я відчуваю себе бадьоро та в доброму гуморі
  - Ні, це зовсім не так
  - Мабуть так
  - Вірно
  - Абсолютно вірно
  
2. Я почуваюся спокійно і розкуто
  - Ні, це зовсім не так
  - Мабуть так
  - Вірно
  - Абсолютно вірно
  
3. Я відчуваю себе активною(-им) та енергійною(-им)
  - Ні, це зовсім не так
  - Мабуть так
  - Вірно
  - Абсолютно вірно
  
4. Я відчуваю себе свіжою(-им) і відпочилою(-им)
  - Ні, це зовсім не так
  - Мабуть так
  - Вірно
  - Абсолютно вірно
  
5. Я відчуваю інтерес до того, що я зараз роблю
  - Ні, це зовсім не так
  - Мабуть так
  - Вірно
  - Абсолютно вірно

## Додаток 2

### Відмінність за інтервальними шкалами:

T-tests; Grouping: Med/Osv (1/2) (Vepryk)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
SO Stanu DO	7.12987	6.62857	1.56281	145	0.120278	77	70	1.880304	2.008471	1.140972	0.573397
Sum WHO-5	10.64935	10.97143	-0.57339	145	0.567267	77	70	3.386375	3.417650	1.018557	0.934869
Syt Tryv DO	43.35065	45.78571	-1.56929	145	0.118760	77	70	9.815088	8.911632	1.213037	0.416372
SO Stanu PISLIA	8.29870	7.82857	1.72246	145	0.087118	77	70	1.777527	1.503343	1.398029	0.158818
WHO-5 PISLIA	13.61039	12.47143	1.68549	145	0.094045	77	70	4.304697	3.843766	1.254213	0.340420
Syt Tryv PISLIA	34.88158	39.45714	-2.99516	144	0.003230	76	70	9.481163	8.930790	1.127051	0.616098

T-tests; Grouping: Stat' z/ch (1/2) (Vepryk)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
SO Stanu DO	6.98551	5.44444	2.32941	145	0.021218	138	9	1.891145	2.40370	1.615515	0.251439
Sum WHO-5	10.90580	9.22222	1.44748	145	0.149920	138	9	3.412916	2.77389	1.513819	0.549348
Syt Tryv DO	44.44928	45.44444	-0.30538	145	0.760516	138	9	9.479962	9.34226	1.029697	1.000000
SO Stanu PISLIA	8.19565	6.22222	3.58477	145	0.000460	138	9	1.508413	2.72845	3.271838	0.003826
WHO-5 PISLIA	13.21014	10.88889	1.64825	145	0.101465	138	9	4.069565	4.48454	1.214340	0.590149
Syt Tryv PISLIA	36.81159	41.62500	-1.40210	144	0.163038	138	8	9.270116	12.30491	1.761920	0.199656



## Додаток 3

## Таблиця розподілу частот особистісної тривожності:

	Count	Cumulative	Percent	Cumulative
28	2	2	1,360544	1,3605
29	1	3	0,680272	2,0408
34	4	7	2,721088	4,7619
35	1	8	0,680272	5,4422
36	2	10	1,360544	6,8027
37	4	14	2,721088	9,5238
38	5	19	3,401361	12,9252
39	4	23	2,721088	15,6463
40	3	26	2,040816	17,6871
41	9	35	6,122449	23,8095
42	6	41	4,081633	27,8912
43	5	46	3,401361	31,2925
44	5	51	3,401361	34,6939
45	6	57	4,081633	38,7755
46	6	63	4,081633	42,8571
47	6	69	4,081633	46,9388
48	7	76	4,761905	51,7007
49	10	86	6,802721	58,5034
50	9	95	6,122449	64,6259
51	9	104	6,122449	70,7483
52	7	111	4,761905	75,5102
53	10	121	6,802721	82,3129
54	4	125	2,721088	85,0340
55	5	130	3,401361	88,4354
56	3	133	2,040816	90,4762
57	2	135	1,360544	91,8367
58	3	138	2,040816	93,8776
59	1	139	0,680272	94,5578
60	2	141	1,360544	95,9184
61	1	142	0,680272	96,5986
62	1	143	0,680272	97,2789
63	2	145	1,360544	98,6395
65	1	146	0,680272	99,3197
69	1	147	0,680272	100,0000
Missing	0	147	0,000000	100,0000