

**АКАДЕМІЯ ПРАЦІ, СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН І ТУРИЗМУ**

*Кафедра психології*

**ПОРУШЕННЯ СНУ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ З ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на здобуття освітнього ступеня**

***МАГІСТР***

**за спеціальністю С4 «Психологія»**

**Рудової Аліси Григорівни**

Кваліфікаційна робота  
допущена до захисту рішенням  
кафедри психології  
протокол №\_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 р.  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

**Науковий керівник:**

Доктор філософії, доцент  
кафедри психології  
Борець Олеся Анатоліївна

КИЇВ – 2026

## РЕФЕРАТ

### Тема: «ПОРУШЕННЯ СНУ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ З ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ»

Кваліфікаційна робота: 131 с., 9 табл., 8 рис., 5 додатків, 66 джерел.

**Об'єкт дослідження:** порушення сну як психологічний феномен у дорослому віці.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості та механізми порушень сну у дорослих осіб з тривожними станами.

**Мета** дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні механізми порушень сну у дорослих осіб з тривожними станами та розробити практичні рекомендації щодо їх профілактики та психологічної корекції.

**Експериментальна база.** Емпіричне дослідження проводилося в Google Forms за участю 61 респондента віком 18-55 років (жінки – 44, чоловіки – 17).

**Методи дослідження:**

- теоретичні методи: аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел;
- емпіричні методи: опитування, психодіагностичні методики:
- для виявлення рівня порушень сну: Пітсбурзький опитувальник визначення індексу якості сну (PSQI), Інсомнія Шкала тяжкості (ISI);
- для виявлення рівня тривожності: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI), Шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21).

Практичне значення роботи полягає у розробці корекційно-розвивальних заходів з підвищення якості сну та зниження рівня тривожності у дорослих осіб, що може підвищити психоемоційну стійкість, покращити адаптивні можливості та ефективність у навчально-професійній діяльності.

### КЛЮЧОВІ СЛОВА

ПОРУШЕННЯ СНУ, ТРИВОЖНІ СТАНИ, ІНСОМНІЯ, ЯКІСТЬ СНУ,  
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ,  
ПРОФІЛАКТИКА.

**KEY WORDS**

SLEEP DISORDERS, ANXIETY STATES, INSOMNIA, SLEEP QUALITY,  
PSYCHO-EMOTIONAL STATE, PSYCHOLOGICAL CORRECTION,  
PREVENTION.

## ЗМІСТ

|                                                                                                       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                     | <b>5</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РОЗЛАДІВ СНУ ТА ТРИВОЖНИХ СТАНІВ.....</b>       | <b>9</b>  |
| 1.1. Психологічна характеристика сну та його порушень у дорослому віці...9                            |           |
| 1.2. Тривожні стани у дорослих: зміст, прояви та психологічні механізми.....                          | 19        |
| 1.3. Теоретичні підходи до вивчення взаємозв'язку порушень.....                                       | 27        |
| Висновки до розділу 1.....                                                                            | 31        |
| <b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТА ЕМПІРИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>                              | <b>34</b> |
| 2.1. Характеристика вибірки та обґрунтування методик дослідження.....                                 | 34        |
| 2.2. Опис та інтерпретація результатів психодіагностичного дослідження.....                           | 42        |
| 2.3. Результати дослідження взаємозв'язку показників сну та тривожних станів.....                     | 53        |
| Висновки до розділу 2.....                                                                            | 57        |
| <b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ СНУ І ТРИВОЖНОСТІ.....</b>     | <b>59</b> |
| 3.1. Теоретичне обґрунтування психологічної профілактики порушень сну та тривожних станів.....        | 59        |
| 3.2. Програма психологічної профілактики порушень сну у дорослих з підвищеним рівнем тривожності..... | 62        |
| 3.3. Оцінка ефективності програми психологічної профілактики в умовах пілотної групи.....             | 74        |
| Висновки до розділу 3.....                                                                            | 78        |
| <b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ .....</b>                                                                        | <b>81</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>                                                                | <b>85</b> |
| <b>ДОДАТКИ.....</b>                                                                                   | <b>93</b> |

## ВСТУП

У сучасному світі стрімкий ритм життя, зростання інформаційних потоків, соціальна нестабільність, а також військова агресія створюють значний психоемоційний тиск на людину. Ці фактори сприяють порушенням психоемоційного стану, одним із найпоширеніших проявів якого є проблеми зі сном. Сон – базовий психофізіологічний процес, необхідний для відновлення нервової системи, регуляції когнітивних функцій та емоційної рівноваги. Порушення сну суттєво погіршують адаптивні можливості людини й підвищують ризик розвитку тривожних станів.

Тривожність сьогодні зустрічається як у формі ситуативних реакцій (наприклад, реакція на небезпеку, стрес), так і як стабільна характеристика особистості. Вона не лише знижує якість життя, а й може сприяти розвитку інших психічних чи соматичних розладів. Наукові дані підтверджують, що порушення сну можуть бути як наслідком тривожності, так і її тригером: недостатній або фрагментований сон підвищує чутливість до тривожних переживань, знижує психічну стійкість і погіршує регуляцію емоцій.

Наукові дослідження підтверджують двосторонній зв'язок між порушеннями сну та тривожними станами. Так, тривога утруднює засинання, спричиняє часті пробудження та поверхневий сон, тоді як дефіцит або неякісний сон, у свою чергу, підсилює емоційну реактивність, знижує психічну витривалість і підвищує рівень тривожності. Утворюється своєрідне замкнене коло, у якому один чинник підтримує та поглиблює інший.

**Актуальність теми дослідження** зумовлена зростанням кількості осіб, які відзначають у себе труднощі зі сном, безсоння або відчуття невідновлюваності сну, а також підвищену тривожність, нервозність, емоційну виснаженість. Проблема порушення сну є не лише медичною, а й психологічною, оскільки відображає порушення емоційної регуляції, процесів адаптації та механізмів подолання стресу. Водночас, тривожні стани – як ситуативні, так і особистісно зумовлені – є поширеною проблемою серед різних вікових і професійних груп,

що негативно впливає на якість життя, працездатність і соціальне функціонування особистості.

Попри наявність великої кількості робіт, присвячених вивченню сну та тривожності окремо, комплексний аналіз їх взаємозв'язку, особливо в українських соціокультурних умовах, залишається недостатньо розробленим. Це визначає потребу у вивченні характеру й сили кореляцій між показниками якості сну та рівнем тривожності, що має не лише теоретичне, а й практичне значення – для психологічної допомоги, профілактики емоційних розладів і підвищення якості життя людей.

**Об'єкт дослідження:** порушення сну як психологічний феномен у дорослому віці.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості та механізми порушень сну у дорослих осіб з тривожними станами.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні механізми порушень сну у дорослих осіб з тривожними станами та розробити практичні рекомендації щодо їх профілактики та психологічної корекції.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до вивчення порушень сну та тривожних станів у психологічних дослідженнях.
2. Розкрити психологічну природу тривожних станів та окреслити їх роль у виникненні й перебігу порушень сну у дорослих осіб.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості порушень сну у дорослих осіб з різним рівнем тривожності та встановити взаємозв'язок між показниками порушень сну та рівнем тривожних станів.
4. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики та психологічної корекції порушень сну у дорослих осіб з тривожними станами.

Для досягнення *мети дослідження* було застосовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку трьох ключових змінних:

- якість сну;

- ступінь порушень сну;
- рівень тривожності (особистісної та ситуативної).

### **Методики для оцінки сну та його порушень**

1) Пітсбурзький опитувальник визначення індексу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) [21]

Комплексна методика, що оцінює загальну якість сну за сімома компонентами: тривалість, ефективність, латентність, порушення, денна дисфункція, застосування снодійних засобів. Є одним із найнадійніших інструментів у сучасній сомнології.

2) Інсомнія Шкала тяжкості (Insomnia Severity Index, ISI) [26]

Оцінює ступінь вираженості інсомнії: труднощі засинання, підтримки сну, ранні пробудження, денні порушення та суб'єктивне занепокоєння сном. Був розроблений і валідизований Ch. Morin і співавт. (чутливість тесту – 86,1 %, специфічність – 87,7 %) та дозволяє оцінити характер та ступінь тяжкості безсоння [14].

### **Методики для діагностики тривожності**

1) Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Шкала HADS має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги і депресії. Вона часто використовується для виявлення та оцінки тяжкості цих симптомів в умовах загальносоматичної мережі. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробка [14].

2) Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Опитувальник реактивної й особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна є надійним та інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) [21].

3) Шкала депресії, тривожності та стресу (Depression Anxiety Stress Scale 21, DASS-21)

Методика DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale 21) використовується для визначення рівня вираженості трьох основних негативних емоційних станів: депресії, тривоги та стресу. Ця методика охоплює три окремі шкали, кожна з яких містить по 7 запитань, спрямованих на виявлення специфічних емоційних проявів. Шкала тривоги вимірює фізіологічні ознаки збудження, напруження м'язів, відчуття тривоги в конкретних ситуаціях і загальне суб'єктивне занепокоєння. Методика дозволяє дослідити тривогу в контексті стресу та депресивності [36].

**Організація емпіричного дослідження:** емпіричне дослідження проводилося з залученням 61 респондента віком від 18 до 55 років (жінки – 44 особи, чоловіки – 17 осіб).

### **Публікації.**

Апробація результатів дослідження здійснена на Міжнародній науково-практичній конференції «Mental health: особистісний та організаційний вимір», 10 жовтня 2025 року (Додаток А). Результати дослідження опубліковані у монографії «Ментальне здоров'я та життєстійкість особистості» 2026 року (Додаток Б).

**Структура і обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота викладена на 131 сторінках друкованого тексту та складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Бібліографічний список включає 66 науково-практичних джерел.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РОЗЛАДІВ СНУ ТА ТРИВОЖНИХ СТАНІВ**

#### **1.1. Психологічна характеристика сну та його порушень у дорослому віці**

Сон є однією з фундаментальних психофізіологічних потреб людини, необхідною умовою підтримання життєдіяльності, фізичного здоров'я та психічного благополуччя [34].

Поряд із харчуванням і диханням сон належить до базових регуляторних процесів організму, що забезпечують відновлення функціональних ресурсів центральної нервової системи та підтримання гомеостазу. У дорослому віці повноцінний сон відіграє ключову роль у збереженні когнітивної ефективності, емоційної стабільності та здатності до адаптації в умовах підвищеного навантаження.

Здоровий сон важливий для когнітивних функцій, настрою, психічного здоров'я, а також серцево-судинної, цереброваскулярної та метаболічної системи [48].

Хронічний дефіцит сну, який визначається як стан недостатнього або несвоєчасного сну, є зростаючим і недооціненим фактором, що визначає стан здоров'я. Дефіцит сну сприяє низці молекулярних, імунних та нейронних змін, які відіграють певну роль у розвитку захворювань, незалежно від первинних розладів сну. Недостатній сон також призводить до значних порушень когнітивних та рухових функцій, що збільшує ризик дорожньо-транспортних пригод, травм на виробництві та смертельних нещасних випадків [53].

З позицій сучасної науки сон розглядається як активний біологічний процес, а не як пасивний стан відпочинку. Під час сну відбувається складна перебудова нейронної активності, регуляція нейромедіаторних систем, а також відновлення енергетичних і метаболічних ресурсів мозку. Саме в цей період забезпечується

консолідація пам'яті, інтеграція емоційного досвіду та оптимізація когнітивних процесів, що має вирішальне значення для психічного функціонування дорослої людини [59].

Важливість сну для психічного здоров'я підтверджується численними епідеміологічними та експериментальними дослідженнями. Недостатня тривалість або низька якість сну асоціюються зі зниженням уваги, погіршенням пам'яті, емоційною нестабільністю та підвищеною втомлюваністю. У довгостроковій перспективі хронічний дефіцит сну може призводити до порушення механізмів емоційної регуляції та зниження психологічної стійкості, навіть у осіб без клінічно діагностованих психічних розладів [33].

У сучасних підходах до вивчення сну все більшого поширення набуває концепція «здоров'я сну», яка виходить за межі оцінки лише тривалості нічного відпочинку. Сон розглядається як багатовимірне явище, що включає регулярність, адекватний час засинання і пробудження, безперервність, суб'єктивну задоволеність та відчуття відновлення після сну. Такий підхід дозволяє комплексно оцінювати роль сну в підтриманні психічного та фізичного благополуччя дорослої людини.

Особливої уваги заслуговує значення сну в умовах сучасного способу життя дорослих, який часто характеризується високим рівнем стресу, інформаційним перевантаженням та порушенням режиму дня. За даними міжнародних досліджень, значна частина дорослого населення систематично не дотримується рекомендованої тривалості сну, що підвищує ризик розвитку психоемоційних труднощів і зниження якості життя.

Сон виконує низку ключових функцій, які забезпечують підтримання психічного здоров'я та ефективне функціонування дорослої людини. У сучасних наукових підходах сон розглядається як багатофункціональний процес, що охоплює відновлення нервової системи, регуляцію емоцій, підтримання когнітивних процесів і адаптацію до стресових впливів. Порушення будь-якої з цих функцій може негативно позначатися на психоемоційному стані та якості життя.

Однією з провідних функцій сну є відновлювальна функція, яка полягає у відновленні нейронних ресурсів, енергетичного балансу та метаболічних процесів мозку. Під час сну відбувається зниження загального рівня нейронної активації, що створює умови для регенерації та оптимізації роботи центральної нервової системи. Повноцінний нічний сон сприяє зменшенню психофізіологічного напруження та відновленню здатності до саморегуляції [33].

Важливою функцією сну є також регуляція емоційних процесів. Дослідження свідчать, що сон відіграє ключову роль у переробці емоційного досвіду, зниженні інтенсивності негативних емоцій та підтриманні емоційної стабільності. Під час сну, зокрема в фазі швидкого сну (REM), відбувається інтеграція емоційної інформації, що дозволяє зменшити емоційне напруження та підвищити стійкість до стресових впливів упродовж дня [38].

Сон також має вирішальне значення для когнітивного функціонування, зокрема для процесів уваги, пам'яті та навчання. У період сну відбувається консолідація пам'яті, тобто закріплення та інтеграція нової інформації, отриманої протягом дня. Недостатній або фрагментований сон призводить до зниження концентрації уваги, уповільнення мислення та зменшення когнітивної гнучкості, що негативно впливає на професійну діяльність і повсякденне функціонування дорослих [42].

Відновлення сну пов'язане з покращенням фізичної, когнітивної та психологічної працездатності. Під час сну відбуваються численні процеси росту та гомеостазу. Сон також впливає на імунні процеси. Адаптивні імунні клітини відіграють значну роль у пластичності мозку. Імунні клітини також важливі для загоєння ран та ангіогенезу. Підвищений рівень циркулюючого кортизолу, пов'язаний з дефіцитом сну, пов'язаний із затримкою загоєння ран та підвищеним ризиком тяжкої інфекції. Секреція гормону росту та пролактину збільшується під час сну, сприяючи анаболізму білка. І навпаки, збільшення вироблення кортикостероїдів, пов'язане з дефіцитом сну, пов'язане з катаболізмом білка та збільшенням витрат енергії. Нейрокогнітивні та психологічні процеси

посилюються під час сну. Кодування та консолідація пам'яті залежать від порушень сну. Сон відіграє певну роль в афективній реактивності, яка також модулює пам'ять. Достатній сон необхідний для процесів пам'яті, які часто страждають від неврологічних захворювань та травм. Люди з порушеннями сну також мають підвищений ризик депресії. Розлади сну та психічні розлади мають двосторонній зв'язок. Скорочена тривалість сну пов'язана з підвищеним ризиком смерті від ішемічної хвороби серця або інсульту [12].

Одним із ключових шляхів, через які сон впливає на емоції та реакцію на стрес, є його взаємодія з гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничковою (НРА) віссю – основною ендокринною системою, що регулює реакцію організму на стрес. У нормальних умовах під час сну, особливо в стадії повільнохвильового сну, активність НРА-осі знижується, що призводить до регуляції рівня кортизолу – основного гормону стресу. Завдяки цьому стан постійного фізіологічного збудження знижується, і організм має можливість відновити внутрішню рівновагу.

Однак у разі хронічного дефіциту сну або його порушення спостерігається тривале підвищення активності НРА-осі та відповідне збільшення рівня кортизолу. Такий стан призводить до центральної нервової гіперактивації, яка характеризується підвищеною фізіологічною реактивністю, труднощами з засинанням, поверхневим і фрагментованим сном, а також зниженням здатності до емоційної регуляції. Це створює своєрідне замкнене коло: недосипання посилює стресову реакцію, а підвищена реактивність стресової системи сприяє подальшому порушенню сну.

Важливо відзначити, що різні стадії сну виконують різні функції у регуляції емоційних і стресових реакцій. Наприклад, повільнохвильовий сон є найбільш «антистресовою» фазою, оскільки під час нього рівень кортизолу мінімальний, а організм максимально здатний до відновлення. Натомість REM-сон (стадія швидкого сну) характеризується підвищеною активністю автономної нервової системи та коливаннями гормональних реакцій. Саме ця фаза пов'язана з переробкою емоційної інформації, що дозволяє інтегрувати переживання і

зменшувати інтенсивність їхнього емоційного впливу в подальшому стані бодрості [55].

У сучасній науковій літературі сон розглядається не лише з позиції його тривалості, а й передусім як багатовимірний процес, якість якого визначається сукупністю суб'єктивних і об'єктивних характеристик. Поняття якості сну використовується для комплексної оцінки того, наскільки сон виконує свої відновлювальні, регуляторні та адаптаційні функції у повсякденному житті дорослої людини.

Якість сну не зводиться до кількості годин, проведених у ліжку, оскільки навіть за достатньої тривалості сон може бути фрагментованим, поверхневим або таким, що не забезпечує відчуття відновлення. Саме тому в психологічних і медико-психологічних дослідженнях якість сну розглядається як інтегративний показник, що відображає ефективність нічного відпочинку та його вплив на денне функціонування.

До ключових характеристик якості сну зазвичай відносять латентність засинання, тобто час, необхідний для переходу від стану неспанння до сну. Подовження латентності засинання свідчить про підвищену когнітивну або емоційну активацію та часто асоціюється з внутрішнім напруженням і труднощами розслаблення. Іншою важливою характеристикою є тривалість сну, яка має відповідати віковим фізіологічним потребам і забезпечувати повноцінне відновлення організму.

Не менш значущим показником є безперервність сну, що відображає частоту та тривалість нічних пробуджень. Фрагментація сну порушує структуру сну та знижує його відновлювальний потенціал, навіть якщо загальна тривалість нічного відпочинку залишається відносно достатньою. У цьому контексті важливою характеристикою виступає також ефективність сну, яка визначається співвідношенням часу фактичного сну до часу, проведеного в ліжку [54].

Окреме місце в оцінці якості сну посідає суб'єктивна задоволеність сном, що відображає індивідуальне сприйняття його якості та відчуття відновлення після пробудження. Суб'єктивна оцінка сну тісно пов'язана з емоційним станом,

рівнем життєвої енергії та здатністю до повсякденної діяльності. Саме тому в психологічних дослідженнях суб'єктивні показники якості сну розглядаються як не менш значущі, ніж об'єктивні фізіологічні параметри.

Важливою складовою якості сну є також денне функціонування, яке відображає наслідки нічного сну для самопочуття, працездатності, концентрації уваги та емоційної стабільності протягом дня. Денна сонливість, втома та зниження когнітивної ефективності свідчать про недостатню відновлювальну функцію сну, навіть за відсутності явних нічних порушень.

У межах сучасної концепції здоров'я сну підкреслюється, що саме поєднання зазначених характеристик – регулярності, тривалості, ефективності, безперервності та суб'єктивної задоволеності – дозволяє адекватно оцінити якість сну як чинник психічного благополуччя. Такий підхід є особливо важливим для досліджень у неклінічній дорослій популяції, де порушення сну можуть мати функціональний характер, але при цьому істотно впливати на емоційний стан і якість життя.

Термін «якість сну» зазвичай використовується в медицині сну та може стосуватися сукупності показників сну, включаючи загальний час сну, латентність початку сну, підтримку сну, загальний час пробудження, ефективність сну, а іноді й події, що порушують сон, такі як спонтанне пробудження або апное [39].

Клінічні прояви розладів сну залежать від конкретного захворювання. Загалом, порушення сну можуть проявлятися широким спектром клінічних картин і зазвичай включають безсоння, гіперсомнію або незвичайну поведінку, пов'язану зі сном [49].

Симптоми, пов'язані з розладами сну, зазвичай посилюються недосипанням, фізичним або емоційним стресом, травматичними подіями, а також вживанням і зловживанням речовинами чи ліками.

У психологічному контексті порушення сну розглядаються не лише як самостійні розлади, а й як індикатори психоемоційного неблагополуччя, що відображають дисбаланс між вимогами середовища та адаптаційними

можливостями особистості. Особливої уваги набувають функціональні порушення сну, які виникають без органічної патології, але мають тісний зв'язок із рівнем стресу, тривожності та емоційного напруження.

Розлади сну – це група станів, які порушують нормальний режим сну. Розлади сну є однією з найпоширеніших клінічних проблем, що виникають. Недостатній або невідновлювальний сон може перешкоджати нормальному фізичному, психічному, соціальному та емоційному функціонуванню. Розлади сну можуть впливати на загальний стан здоров'я, безпеку та якість життя. Дослідження показало значне погіршення якості життя у пацієнтів з безсонням. Існує багато різних типів розладів сну. Міжнародна класифікація розладів сну (ICSD) допомагає забезпечити стандартизовану класифікацію та визначення розладів сну [49].

Класифікація ICSD, розроблена переважно для діагностичних, епідеміологічних та дослідницьких цілей, широко використовується клініцистами та дозволяє покращити міжнародну комунікацію в дослідженнях розладів сну [64].

Міжнародна класифікація розладів сну (ICSD) – це провідний клінічний підручник з діагностики розладів сну. Через експоненціальне зростання знань про розлади сну, Рада директорів Американської академії медицини сну зібрала групу експертів-клініцистів та дослідників для перегляду тексту третього видання ICSD (опублікованого у 2014 році). Розлади сну згруповані в шість основних категорій у ICSD-3-TR:

- Розлади безсоння.
- Розлади дихання, пов'язані зі сном.
- Центральні розлади гіперсомнії.
- Розлади циркадного ритму сну та неспання.
- Парасомнії.
- Рухові розлади, пов'язані зі сном [45].

Найпоширенішим видом порушень сну у дорослому віці є безсоння (інсомнія), яке проявляється труднощами засинання, частими нічними

пробудженнями або раннім остаточним пробудженням із відчуттям недостатнього відновлення. Безсоння може мати як гострий, так і хронічний характер, а його тривале існування суттєво знижує якість життя та денне функціонування [61].

Відповідно до МКХ-10 діагноз інсомнія (безсоння) неорганічного генезу встановлюють, ураховуючи суб'єктивний досвід пацієнта, при цьому не вимагається ні числових критеріїв відстроченого засинання, ні тривалості сну або його частоти, чи періоду нічних пробуджень. Термін «безсоння неорганічної етіології» означає, що згаданий розлад не зумовлений жодною відомою органічною соматичною патологією. Хоча протягом останніх декількох років це поняття підпадає під жорстку критику саме через виявлення нейробіологічних порушень у пацієнтів, які потерпають від безсоння.

У п'ятому виданні Діагностичного та статистичного керівництва з психічних розладів (DSM-5) не зазначено жодних відмінностей між первинним і вторинним безсонням. Ідеться про відмінності, які раніше розмежовували інсомнію як суто самотійну патологію від «вторинного» безсоння, що гіпотетично могло бути спричинене іншим соматичним/психічним захворюванням [6].

У МКХ-10 розлади сну можуть мати різне кодування. Так, вони представлені у класі V (психічні та поведінкові розлади) та у класі VI (хвороби нервової системи), що відображає різний погляд на етіологію та патогенез інсомній. Відповідно канонам психіатричної діагностики, розлади сну неорганічної природи (F51.0) входять до розділу «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами». Вважається, що у багатьох випадках порушення сну є одним із симптомів іншого розладу – психічного чи соматичного. Навіть якщо специфічний розлад сну є клінічно незалежним, у його розвитку беруть участь багато комбінованих психічних і фізіологічних факторів. Тому в психіатричній практиці інсомнія позиціонується як психопатологічний симптом, який має вторинний по відношенню до іншої психопатології характер.

Дещо іншою думки дотримуються неврологи. Відповідно МКХ-10, інсомнічні (дисомнічні) розлади входять до розділу «Розлади циклу сон-неспання» (G47.0), який психіатри позначають «безсоння органічного генезу».

Поширеність дисомнічних порушень серед населення залежить від ступеню їх виявлення і коливається від 6% (клінічний діагноз безсоння) до 48% (труднощі з ініціацією чи підтримкою сну або раннім вранішнім пробудженням) [14].

Згідно з епідеміологічними даними, безсоння (інсомнія) є одним із найбільш поширених розладів сну в популяції та має значний вплив на якість життя і психічне здоров'я. Так, у класичному міжнародному дослідженні Ohayon (2005) показано, що про безсоння повідомляли 37,2% респондентів у Франції та Італії, 6,6% у Японії та 27,1% у США. Середня кількість симптомів, зареєстрованих на одного пацієнта, становила два, причому безсоння, пов'язане з підтримкою сну, була найпоширенішим симптомом (73%), далі йшли труднощі із засинанням (61%) та погана якість сну (48%). Денна втома та порушення концентрації та уваги були найчастіше зареєстрованими симптомами наступного дня внаслідок поганого сну. Більшість людей із проблемами сну повідомляли, що їх «дещо» або «дуже» турбують їхні симптоми, і повідомляли, що проблеми зі сном впливають на якість їхнього щоденного життя «дещо» або «значно». Серед людей з історією безсоння рівень звернення до лікарів за симптомами безсоння загалом був низьким, і з тих, хто звертався до лікаря, мало кому призначали якісь ліки [51].

Подібні висновки отримані й в міжнародному багатоцентровому перехресному дослідженні Aernout et al. (2021), виконаному в межах проєкту Mental Health in General Population (MHPG). Дослідження охопило репрезентативні вибірки населення у Франції та ще 12 країнах світу. Автори оцінювали короточасний розлад безсоння як наявність протягом одного місяця щонайменше одного симптому інсомнії з частотою не менше трьох разів на тиждень, що супроводжувався порушенням повсякденного функціонування.

За результатами аналізу 57 298 учасників, поширеність короточасного безсоння становила 11,3%, причому показники суттєво варіювали між дослідницькими центрами – від 2,3% до 25,5% .Крім того, безсоння було

статистично значущо пов'язане з наявністю психічних розладів, зокрема розладів настрою, тривожних розладів, психотичних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Також було встановлено, що інсомнія частіше траплялася серед жінок, осіб старшого віку, працюючих учасників та респондентів, які зазначали наявність релігійних переконань [29].

Глобальна поширеність безсоння була детально оцінена в систематичному огляді та аналітичному дослідженні Benjafield, Sert Kuniyoshi, Malhotra, Martin, Morin та співавт. (2024), виконаному від імені групи medXcloud. Автори провели пошук у базах даних PubMed та Embase з використанням термінів «insomnia», «prevalence» та «general population» з метою виявлення релевантних рецензованих досліджень (остаточний пошук здійснено 2–3 вересня 2024 року). До аналізу включалися лише дослідження з високою якістю даних та низьким ризиком систематичної похибки, які повідомляли клінічно значущу поширеність безсоння серед загальної популяції.

Оцінки поширеності безсоння були екстрапольовані на демографічні дані Організації Об'єднаних Націй (ООН) із використанням країно-специфічних досліджень (за їх наявності) або досліджень найвищої методологічної якості у разі їх відсутності. Із 1651 потенційного запису до фінального аналізу було включено 18 досліджень, що охоплювали 262 582 учасники. Водночас лише 31 із 237 країн і територій, визнаних ООН та Світовим банком, мали надійні оцінки поширеності безсоння серед дорослого населення.

За результатами аналізу, у світі приблизно 852 325 091 доросла особа мали безсоння (95% довірчий інтервал: 830 354 161- 874 309 252), що відповідає глобальній поширеності 16,2%, тоді як 414 967 941 осіб мали тяжке безсоння (7,9%). Було встановлено, що як безсоння, так і його тяжкі форми є більш поширеними серед жінок порівняно з чоловіками в усіх вікових групах. Автори наголошують, що така висока глобальна поширеність розладу безсоння підкреслює нагальну потребу у впровадженні комплексних стратегій громадського здоров'я та розвитку клінічної медицини сну на глобальному рівні [32].

Результати досліджень свідчать, що проблеми із психічним здоров'ям, на жаль, характеризуються стабільним зростанням, тому сон і психічне здоров'я є глобальними проблемами громадської охорони здоров'я, кожна з яких істотно впливає як на окремих людей, так і на суспільство в цілому. Дисомнії та проблеми з психічним здоров'ям нерозривно пов'язані. Раніше вважалося, що проблеми з психічним здоров'ям призводять до розладів сну, проте натеper не викликає сумніву, що поганий сон спричиняє виникнення та поглиблення проблем із психічним здоров'ям [14].

## **1.2. Тривожні стани у дорослих: зміст, прояви та психологічні механізми**

У сучасній психологічній науці тривога розглядається як складний багатовимірний психічний феномен, що поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Вона виникає у відповідь на сприйняту або очікувану загрозу та виконує адаптивну функцію, спрямовану на мобілізацію ресурсів організму для подолання потенційно небезпечних ситуацій. За умови помірної інтенсивності тривога сприяє підвищенню пильності та готовності до дії, однак її надмірна або хронічна вираженість може негативно впливати на психічне та соматичне здоров'я особистості.

Феномен тривоги активно вивчається не тільки у психології, а й у психіатрії, патопсихології, фізіології, філософії, соціології. Однак, незважаючи на це, тривога як психічний феномен залишається багатозначним та семантично невизначеним явищем. Як правило, дослідники описують тривогу як складний особистісний феномен, що включає значну кількість чинників, при цьому кожен фахівець ураховує ті аспекти або компоненти, що впливають із його теоретичних побудов. Тобто одні автори пояснюють тривогу в межах доступних спостереженню поведінкових ознак, другі – з позиції захисних механізмів, треті схильні пов'язувати її з минулими подіями, четверті визначають її як фізіологічну реакцію, як різновид афекту [9].

У психологічній літературі важливо розмежовувати поняття тривоги, тривожності та тривожних станів. Тривога визначається як ситуативний емоційний стан, що виникає у конкретних обставинах і пов'язаний з очікуванням небезпеки або невизначеного негативного результату. Тривожність, у свою чергу, розглядається як відносно стійка індивідуально-психологічна характеристика, що відображає схильність особистості до частого переживання тривоги незалежно від реальної загрози.

У сучасних дослідженнях феномена тривоги існує низка принципових моментів, що вимагають подальшої інтерпретації та переосмислення. Найбільш істотними з них є проблеми інтерпретації тривоги як психічного стану і тривожності як стійкої властивості особистості. У психологічній літературі співіснують два базових поняття, які у певних випадках використовуються як синоніми, але частіше розглядаються як самостійні терміни, – «тривога» і «тривожність». Розрізняють тривожність як властивість особистості, як відносно постійну та незмінну протягом життя рису (особистісна тривожність) та тривогу як негативний емоційний стан, відносно тривалий, пов'язаний зі зміною нервово-психічної діяльності (ситуативна тривога) [9].

Одним з ключових питань у цій галузі було розмежування тривожності як «тривожності стану», що визначається як тимчасова реакція на несприятливі події, та «тривожності риси» – більш стабільної риси особистості, що визначається як постійна індивідуальна відмінність, пов'язана зі схильністю реагувати занепокоєннями, проблемами та турботами на різні ситуації. Вважається, що тривожність риси належить до переліку характерних рис особистості людини і вона може бути пов'язана з різними психопатологічними станами та постійним високим збудженням. І навпаки, тривожність стану – це більш тимчасовий інтенсивний емоційний стан, пов'язаний з тимчасовим підвищенням активності симпатичної нервової системи, але без специфічних патологічних станів. Тим не менш, питання про те, чи є ці два типи тривожності поведінково корельованими, чи є незалежними ознаками, залишається нез'ясованим. Згідно з раннім формулюванням Спілберга, тривога – це

одновимірний конструкт, що включає як тривожність стану, так і тривожність риси, які вважаються різними сторонами однієї медалі. У цій теоретичній системі тривожна людина характеризується рисою особистості, поєднаною зі схильністю до підвищеного рівня фазової тривожності в небезпечних або стресових ситуаціях. Однак інші автори вважали, що тривожність, пов'язана з рисами характеру та станом, є окремими багатовимірними конструктами [65].

Тривожна психофізіологічна реакція людини вперше була науково описана Зигмундом Фрейдом як відчуття неминучої та нагальної небезпеки, що може ґрунтуватися на об'єктивному або моральному ризику. Більш сучасне визначення розглядає тривогу як психічний стан, що характеризується інтенсивним відчуттям напруги, занепокоєння або передчуття щодо чогось несприятливого, що може статися в майбутньому. Тривога може бути адаптивною реакцією, що спонукає до поведінки подолання труднощів, спрямованої на протистояння можливим небезпекам, але якщо вона надмірна та немотивована, може стати дисфункціональною, що прокладає шлях до розвитку тривожних розладів [65].

К. Хорні вважала причинами розвитку тривоги у дітей і відчуження батьків, і надмірну опіку над ними, гостру ситуацію в сім'ї та дискримінацію чи, навпаки, велике захоплення дитиною. Основу суті людини вона вбачала в природженому відчутті неспокою та виділяла два типи тривоги:

1. Фізіологічна (пов'язана з прагнення за-довольнити свої нагальні потреби, а саме в їжі, комфорті, питті та інші).
2. Психологічна (складний процес, пов'язаний з розвитком адекватного «образу Я») [27].

Тривога є природною, пересічною емоцією особистості, що виникає як відповідь на стресову ситуацію, зумовлену певними подіями. Тривожність є стійкою рисою характеру особистості, що свідчить про її схильність до частих та сильних тривожних реакцій, які не пов'язані з наявністю реальних подій або не корелюються зі значущістю цих подій [4].

Факторів виникнення тривоги дуже багато, вони можуть бути абсолютно індивідуальні у кожної людини, наприклад:

1. Хвилювання про стан здоров'я.
2. Конфліктні ситуації в сім'ї / з друзями / на роботі.
3. Фінансові питання.
4. Нестача сну.
5. Прийом певних лікарських препаратів, які викликають тривогу.
6. Не збалансоване харчування.
7. Перфекціонізм.
8. Інформаційне перенавантаження.
9. Страх масштабних катастроф, епідемій.
10. Втрата контролю над певними ситуаціями.
11. Погані оцінки в навчанні.
12. Війна [27].

Тривога впливає як на соматичний так і на психологічний рівень системи організму. *До соматичних проявів тривоги зараховують:*

- тремтіння кінцівок;
- м'язове напруження;
- судороги; біль у м'язах;
- запаморочення;
- відчуття задишки;
- прискорене серцебиття;
- головний біль;
- неадекватне (не відповідне ситуації) потовиділення чи відчуття холоду, жару;
- втрата сил;
- проблеми зі сном (нездатність заснути, неспокійний сон, нездатність проснутися, постійне впадання в сон);
- проблеми зі шлунково-кишковим трактом, із сексуальною сферою;
- часте сечовиділення.

*До психологічних проявів тривоги належать:*

- відчуття занепокоєння, напруги, страху, дратівливості, збудження;

- втрата контролю над своїми діями;
- нездатність зосередитися та розслабитися;
- відчуття приреченості, безнадії та втрати інтересу до речей, які раніше приносили задоволення;
- зниження самооцінки;
- уникання стосунків і соціальної взаємодії [4].

***Тривожність поділяється за кільком критеріями:***

- причини виникнення;
- форми прояву;
- ситуація виникнення;
- рівень усвідомлення;
- зовнішнє вираження;
- рівень інтенсивності.

За причинами виникнення тривожність буває пов'язана з:

- фізіологічними факторами (генетично зумовлена тривожність;
- травмами, гормональним дисбалансом);
- зовнішнім впливом (інформаційне перенавантаження; вживання певних речовин; настання травматичних подій);
- внутрішніми переконаннями (наявність стресу, особливостей мислення).

За формами прояву виокремлюють:

- тривожність – хвилювання (належить до не особистісних інтересів, а до інтересів осіб, у яких зацікавлений індивід);
- тривожність – передчуття (належить до відчуття невідомого, характеризується ірраціональним підходом);
- тривожність – спостережливість (відновиться до почуття пильності та передбачливості);
- тривожність – відокремлення (стосується неможливості мати соціальні зв'язки, що задовольняють особистість);
- інтернальна тривожність (пов'язана з наявністю думок, що відображають зниження авторитету тих осіб, з якими інтерналізується індивід).

*За ситуацією виникнення:*

- особистісна тривожність (залежить від особистісних рис та темпераменту індивіда);

- ситуативна тривожність (залежить від ситуації, що виникла).

*За рівнем усвідомлення:*

- усвідомлена тривожність (свідомо переживається і відображається в поведінці особистості);

- неусвідомлена (може бути неусвідомлена різною мірою, проявляється надмірним спокоєм, нечутливістю до реального благополуччя або ж навіть запереченням його).

*За критерієм зовнішнього вираження:*

- прихована тривожність (для стороннього спостерігача є невидимою);
- відкрита тривожність (проявляється явними симптомами: фізичними та поведінковими проявами) [4].

Важливою проблемою сучасного суспільства є те, що тривожні стани у дорослих часто залишаються недіагностованими, особливо в неклінічній популяції. Багато осіб сприймають підвищену тривожність як нормальну реакцію на життєві труднощі, високі вимоги або соціальну нестабільність і не звертаються по психологічну допомогу. Така недооцінка тривожних проявів сприяє їх хронізації та накопиченню негативних наслідків для психічного здоров'я.

Тривожність – це індивідуальна риса характеру людини, яка характеризується схильністю до надмірних переживань. Виникає стан тривожності у ситуаціях, які, на думку особистості, можуть принести невдачі та неприємності. Це так званий негативний емоційний стан, що супроводжується нав'язливими думками про несприятливий розвиток життєвих ситуацій, навіть без ґрунтовних підстав для цього.

Якщо це відчуття виникає безпосередньо перед ситуацією, яка справді несе з собою загрозу життю чи здоров'ю людини, тоді ця емоція виступає нормою та допомагає людині відчувати ситуацію та запобігти неприємностям. Але якщо це

постійний стан особистості, який охоплює її повністю, заповнює усі її думки страхами та переживаннями, і при цьому реальна загроза відсутня, то така тривожність може перерости у тривожні розлади [27].

Тривожні розлади класифікуються в залежності від їхніх етіологічних чинників на дві основні категорії: первинні та вторинні. Первинні тривожні розлади часто мають генетичну основу та формуються вже з раннього дитинства, тоді як вторинні асоційовані зі стресами, травмами або хронічними захворюваннями. Інший важливий клінічний критерій для класифікації цих розладів включає оцінку тяжкості та тривалості емоційних порушень [25].

Згідно з діагностичним посібником Всесвітньої організації охорони здоров'я МКХ-10 [46], тривожні розлади належать до класу V «Розлади психіки та поведінки» (код F00-F99). Конкретніше, вони класифікуються у блоці «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (рубрики F40–F48), що включає фобічні тривожні розлади, панічний розлад та інші тривожні розлади.

Згідно з МКХ-11 [43], тривожні розлади належить до класу 06 «Психічні, поведінкові розлади або розлади нейророзвитку». Основні складові цієї групи включають:

- генералізований тривожний розлад;
- панічний розлад;
- агорафобія;
- специфічна фобія;
- соціальний тривожний розлад;
- селективний мутизм.

Тривога, пов'язана з ГТР, часто носить хронічний характер і її важко контролювати.

Панічний розлад, що характеризується повторюваними, несподіваними панічними атаками, включає раптові сплески сильного страху або дискомфорту. Симптоми панічної атаки можуть включати серцебиття, пітливість, тремтіння,

задишку та відчуття неминучої загибелі. Страх перед додатковими атаками може призвести до уникаючої поведінки та значного стресу.

Соціальний антропогенний розлад (САР), також відомий як соціальна фобія, включає сильний страх соціальних ситуацій, коли люди бояться бути осудженими, збентеженими або приниженими. Ця тривога може бути настільки сильною, що заважає повсякденній соціальній взаємодії, працевлаштуванню або освітнім можливостям. Люди з САР можуть взагалі уникати соціальних ситуацій або переносити їх з сильним дискомфортом.

Специфічні фобії включають ірраціональний страх перед певним об'єктом або ситуацією, таким як висота, павуки або польоти. Цей страх часто не пропорційний фактичній небезпеці, яку становить об'єкт або ситуація, і може призвести до уникаючої поведінки, яка порушує повсякденне життя.

Обсесивно - компульсивний розлад характеризується постійними, нав'язливими думками (одержимістю) та повторюваною поведінкою або розумовими діями (компульсіями), що здійснюються для зменшення тривоги, спричиненої цими одержимістю. До поширених нав'язливих станів належать страх зараження або заподіяння шкоди іншим, тоді як компульсії можуть включати надмірне миття рук або перевірку їх.

ПТСР може розвинутиися після переживання травматичної події, такої як стихійне лихо, напад або бойові дії. Симптоми включають нав'язливі спогади про травму, флешбеки, нічні кошмари та сильну тривожність. Люди з ПТСР також можуть відчувати емоційне оніміння та уникати нагадувань про травму.

Тривожні розлади є результатом складної взаємодії генетичних, біологічних, психологічних та екологічних факторів. Сімейний анамнез тривожних розладів може збільшити ризик розвитку цих станів, що свідчить про генетичну схильність. Однак сама лише генетика не визначає, чи розвинеться у людини тривожний розлад. Нейробіологічні фактори, включаючи дисбаланс нейромедіаторів, таких як серотонін і дофамін, можуть сприяти виникненню тривожних розладів. Порушення функції мозку, особливо в областях, пов'язаних з регуляцією страху та стресу, також пов'язане з цими станами. Когнітивні

спотворення, такі як надмірне занепокоєння або негативні моделі мислення, можуть сприяти розвитку та підтримці тривожних розладів [47].

Без належної діагностики та ефективного лікування, тривожні розлади можуть мати глибоко негативний вплив на психологічне та фізичне здоров'я особи. Це позначається на зниженні якості життя, інтелектуальній та фізичній працездатності, а також збільшує ризик розвитку важких депресивних розладів. Крім того, існує зростаючий ризик розвитку серцево-судинних захворювань та нейродегенеративних процесів [25].

Психічне благополуччя дорослої людини визначається здатністю підтримувати емоційну стабільність, ефективно функціонувати у професійній та соціальній сферах, а також відновлювати психологічні ресурси після стресових навантажень. Тривожні стани, особливо за умов їх тривалого перебігу, виступають одним із провідних чинників порушення цього балансу, негативно впливаючи на різні аспекти повсякденного життя та знижуючи загальний рівень психологічного благополуччя.

Хронічні тривожні стани тісно пов'язані з емоційним виснаженням, яке проявляється у відчутті постійної втоми, зниженні мотивації та труднощах емоційного відновлення. Одним із ключових механізмів цього процесу є порушення сну, що позбавляє організм можливості повноцінно відновлювати психічні ресурси. Недостатня якість або фрагментованість сну посилює денну втому, знижує стресостійкість і сприяє закріпленню тривожного фону.

### **1.3. Теоретичні підходи до вивчення взаємозв'язку порушень сну та тривожних станів у дорослому віці**

Найбільша коморбідність порушень сну відмічена з тривожними і депресивними розладами, взаємозв'язок яких визначають як двоспрямований, і які можуть посилювати перебіг один одного, а так само впливати на результати лікування і виникнення рецидиву в подальшому [17].

У дослідженнях, в яких відстежували патерни сну протягом періоду тривоги і депресії, початок порушення сну зазвичай припадав на момент прояву симптомів (наприклад у 80% випадків тривоги) і часто передував рецидиву розладів (наприклад 56% випадків розладу настрою) [37]. Отримані дані відповідають повідомленням про те, що поганий сон є чинником ризику розвитку і підтримки розладів настрою. Також показано, що проблемний сон посилює тяжкість симптомів і може відображати загальний вплив сну на здатність регулювати емоції [50].

Безсоння було підтверджене як чинник ризику розвитку психічних розладів в майбутньому, де люди, які повідомляють про безсоння або погану якість сну, можуть піддаватися більш високому ризику рецидиву депресії протягом усього життя [28].

Зв'язок між безсонням, тривогою та депресією, описаний у дослідженні Li Y., Yu J. L., Wang S. Y., Xie L. X., Hong J. L., Liu S. (2025), узгоджується з нещодавніми роботами щодо взаємодії між порушеннями сну, емоційним здоров'ям, когнітивними збоями та рисами особистості [56].

Загалом було зібрано 1011 дійсних анкет, з яких 343 були заповнені респондентами чоловічої статі (33,93%), а 668 – жіночої (66,07%) категорії. Рівень тривожності, депресії та безсоння становив 41,3%, 44,6% та 36,3% відповідно, більшість випадків були легкими. Серед показників психічного здоров'я спостерігалися значні відмінності за віком та між тими, хто мав братів і сестер, і тими, хто був єдиними дітьми. Невротизм та когнітивні порушення мали значну позитивну кореляцію з показниками психічного здоров'я. Подальший аналіз модерowanego медіації показав, що когнітивні порушення опосередковували зв'язок між безсонням та тривогою, а також між безсонням та депресією, причому невротизм модерував першу половину цього шляху, а ефект був більшим у групі з низьким рівнем невротизму [52].

Численні дослідження підтвердили зв'язок безсоння з підвищеною тривогою та депресією. Зокрема, було встановлено, що безсоння може посилювати емоційний дистрес через порушення емоційної регуляції та

когнітивні дисфункції, а також підкреслено двонаправлений зв'язок між безсонням і депресією. Ці висновки підтверджують твердження про те, що корекція порушень сну має вирішальне значення для покращення психічного здоров'я [30,60].

Тривога та пов'язані з нею розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів у світі, з 12-місячною поширеністю близько 14% серед осіб віком від 14 до 65 років (Ströhle et al., 2018). Тривожні розлади є дев'ятою провідною причиною інвалідності у світі за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що пов'язано з їх високою поширеністю, хронічним перебігом та частою коморбідністю (Ströhle et al., 2018; Penninx et al., 2021). Відповідно, визначення модифікованих маркерів ризику з метою запобігання або покращення траєкторій тривожних розладів є пріоритетним завданням сучасної медицини та психології [56].

Сучасні дослідження продемонстрували ключову роль сну в регуляції емоцій, реакції на стрес та запальних процесів (Baglioni et al., 2010; Lo Martire et al., 2020; Akkaoui et al., 2023), причому якісний нічний сон має вирішальне значення для психічного здоров'я. Водночас, хоча сон є необхідним для гомеостазу мозку та нейропластичності (Maier & Nissen, 2017), порушення сну, зокрема безсоння, можуть сприяти розвитку стану алостатичного перевантаження, що негативно впливає на пластичність мозку, емоційні, імунні та ендокринні механізми, а також може відігравати анксиогенну роль (Lo Martire et al., 2020; Riemann et al., 2015; Hertenstein et al., 2019; Van Someren, 2021; Chellappa & Aeschbach, 2022; Palagini et al., 2022).

Нещодавні дослідження підтверджують двонаправлений зв'язок, згідно з яким симптоми психічних розладів, включаючи тривожні розлади, сприяють порушенню сну, тоді як порушення сну, зокрема безсоння, можуть виступати фактором ризику розвитку тривожних розладів (Hertenstein et al., 2019; Chellappa & Aeschbach, 2022). У метааналізі Hertenstein et al. (2019) безсоння було визначено як значущий предиктор виникнення тривожних розладів із коефіцієнтом шансів  $OR = 3,2$ . Ці результати підтверджуються також

двовибірковим дослідженням менделівської рандомізації, у якому генетично детерміноване безсоння статистично значуще передбачало тривогу та тривожні розлади (OR = 1,36; 95% ДІ: 1,23–1,51;  $p < 0,001$ ) (Zhou et al., 2022).

Існують переконливі докази того, що серед порушень сну безсоння часто поєднується з широким спектром психічних розладів, включаючи тривожні та пов'язані з тривогою розлади (Chellappa & Aeschbach, 2022; Palagini et al., 2022). Симптоми безсоння є клінічно значущими приблизно у 70–80% осіб із тривожними проявами та входять до діагностичних критеріїв низки тривожних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу (ГТР) і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У цьому контексті безсоння може бути пов'язане з тяжкістю перебігу захворювання та нижчою чутливістю до лікування (Chellappa & Aeschbach, 2022; Palagini et al., 2022). Водночас цілеспрямоване лікування безсоння може бути ефективним у зменшенні симптомів тривоги (Mirchandaney et al., 2022) [56].

Сучасні репрезентативні дослідження із використанням критеріїв DSM-5 підтверджують високу поширеність інсомнії та її тісний зв'язок із психічними розладами. Зокрема, Wang, Liu, Zhao та співавт. (2026) було проведено масштабне перехресне дослідження в Пекіні з жовтня по грудень 2021 року. Вибірка з 10 778 дорослих була набрана за допомогою багатоетапної стратифікованої випадкової вибірки. Кваліфіковані психіатри провели стандартизовані діагностичні інтерв'ю на основі Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5), щоб зібрати дані про безсоння та психічні розлади.

Зважені показники поширеності становили 17,7% для суб'єктивних проблем зі сном, 10,7% для клінічно оцінених симптомів безсоння та 3,0% для розладу безсоння, діагностованого за DSM-5. Серед підтипів первинне безсоння було найбільш поширеним, як симптом (8,1%), так і розлад (2,6%). Крім того, поширеність розладу безсоння варіювалася залежно від соціально-демографічних показників, будучи вищою у жінок, людей похилого віку ( $\geq 60$  років) та осіб з нижчою освітою. Серед осіб з розладом безсоння 31,3% мали

супутні інші психічні розлади, зокрема розлади, пов'язані з алкоголем (13,4%). І навпаки, розлад безсоння спостерігався у 14,4% осіб з іншими психічними розладами, з найвищою поширеністю депресивних (21,4%) та тривожних розладів (19,2%) [62].

У той самий час переконливі докази вказують на те, що проблеми зі сном – це не тільки симптом тривоги. Дослідження виявили, що люди, схильні до тривоги, особливо чутливі до наслідків недостатнього сну, що впливає на їхній настрій та емоційне здоров'я.

Двонаправлене відношення означає, що тривожність і недосипання можуть посилювати один одного. Занепокоєння спричиняє поганий сон, який посилює занепокоєння, і в результаті проблеми зі сном стають глобальнішими [19].

Отже, двонаправлений характер взаємозв'язку між тривожністю та розладами сну є важливим теоретичним підґрунтям для подальшого емпіричного аналізу, оскільки дозволяє розглядати сон і тривожність як взаємопов'язані компоненти єдиної системи психоемоційного функціонування дорослої особистості.

## **Висновки до розділу 1**

Узагальнення наукових підходів до вивчення порушень сну та тривожних станів у дорослому віці дає змогу виокремити низку ключових висновків, що стосуються психологічних механізмів цих явищ та їх взаємозв'язку.

1. Розкрито психологічну та психофізіологічну сутність сну як фундаментальної потреби людини, що забезпечує відновлення функціональних ресурсів організму, підтримання когнітивної діяльності, емоційної стабільності та психічного здоров'я. Встановлено, що сон є складним психофізіологічним процесом із відновлювальною, регуляторною та адаптаційною функціями. Підкреслено важливість не лише тривалості сну, а й його якості, регулярності, ефективності та суб'єктивного відчуття відновлення після пробудження. Недотримання цих компонентів негативно впливає на когнітивну діяльність,

емоційну стабільність та здатність до саморегуляції, тому сон слід розглядати як ключовий психологічний ресурс.

2. Проаналізовано основні підходи до класифікації порушень сну та встановлено, що найпоширенішою формою дисомній у дорослих є безсоння (інсомнія), що проявляється труднощами засинання, підтримання сну або раннім пробудженням. Підкреслено, що поширеність безсоння залишається високою та має тенденцію до зростання, при цьому показники варіюють залежно від країни, соціально-демографічних та медико-психологічних чинників.

3. Підтверджено, що тривожність у дорослих є багатокомпонентним явищем, яке проявляється на емоційному, когнітивному, поведінковому та соматичному рівнях. Встановлено, що негативні когнітивні установки, очікування небезпеки, труднощі емоційної регуляції та постійна внутрішня напруга сприяють формуванню стійких тривожних станів. Особливу роль відіграє сон: його дефіцит знижує ефективність емоційної регуляції, посилює чутливість до стресових факторів і сприяє закріпленню тривожних моделей реагування.

4. Обґрунтовано двонаправлений характер взаємозв'язку між порушеннями сну та тривожними станами. З одного боку, підвищений рівень тривожності ускладнює процес засинання, сприяє фрагментації сну та знижує його відновлювальну функцію. З іншого боку, хронічні порушення сну виступають самостійним фактором ризику розвитку та підтримки тривожності. Порушення сну можуть бути раннім індикатором психологічного неблагополуччя, оскільки скарги на сон є більш соціально прийнятними, ніж відкрите визнання тривожних переживань.

5. Підтверджено, що корекція порушень сну має ключове значення для покращення психічного здоров'я та може розглядатися як ефективний напрям профілактики і психотерапевтичного впливу при тривожних станах. Результати теоретичного аналізу підтверджують актуальність подальших досліджень взаємозв'язку сну та тривожності у дорослих, а також необхідність комплексної

оцінки якості сну, рівня тривожності та супутніх психологічних чинників для розробки ефективних методів діагностики та корекції зазначених станів.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТА ЕМПІРИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

#### **2.1. Характеристика вибірки та обґрунтування методик дослідження**

Емпіричне дослідження було організоване з метою виявлення та аналізу психологічних особливостей взаємозв'язку між розладами сну та тривожними станами у дорослих. Вибір саме дорослої неклінічної популяції зумовлений тим, що порушення сну та підвищений рівень тривожності часто мають субклінічний характер і не завжди стають підставою для звернення по спеціалізовану допомогу, однак при цьому суттєво впливають на якість життя, емоційне благополуччя та ефективність повсякденного функціонування.

Формування вибірки здійснювалося відповідно до загальноприйнятих етичних принципів психологічних досліджень, зокрема принципів добровільності участі, анонімності, конфіденційності та інформованої згоди. Перед початком опитування всі потенційні учасники були ознайомлені з метою дослідження, його загальним змістом і умовами участі, а також поінформовані про можливість відмови від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Опитування проводилося в Google Forms [3].

У дослідженні взяли участь 61 респондент віком від 18 до 55 років, які відповідали визначеним критеріям включення. Особи, молодші 18 років, не залучалися до аналізу результатів, оскільки підлітковий вік характеризується специфічними психофізіологічними особливостями сну та емоційної регуляції, що потребує окремого дослідницького підходу. Таким чином, сформована вибірка репрезентує дорослу вікову категорію, що є релевантним для поставлених завдань нашого дослідження (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

## Соціально-демографічна характеристика вибірки

| Показник                    | Категорія             | Кількість |
|-----------------------------|-----------------------|-----------|
| Стать                       | Жінки                 | 44        |
|                             | Чоловіки              | 17        |
| Вік (роки)                  | 18-25                 | 17        |
|                             | 26-40                 | 37        |
|                             | 41-55                 | 7         |
| Зайнятість                  | Працюють              | 38        |
|                             | Навчаються            | 8         |
|                             | Працюють і навчаються | 12        |
|                             | Тимчасово не працюють | 3         |
| Місце проживання            | Велике місто          | 40        |
|                             | Місто                 | 13        |
|                             | Село                  | 1         |
|                             | Тимчасово за кордоном | 7         |
| Діагностовано порушення сну | Так                   | 9         |
|                             | Ні                    | 52        |
| Прийом снодійних            | Так                   | 4         |
|                             | Ні                    | 57        |

З метою детальнішого аналізу вікових особливостей респонденти були умовно розподілені на три вікові групи: 18-25 років ( $n = 17$ ), 26-40 років ( $n = 37$ ) та 41-55 років ( $n = 7$ ).

За статевою ознакою у вибірці переважали жінки – 44 особи, тоді як чоловіків було 17.

Аналіз соціально-побутових характеристик вибірки показав, що за місцем перебування респонденти розподілилися таким чином: у великому місті – 40 осіб, у місті – 13 осіб, у селі – 1 особа, тимчасово за кордоном – 7 осіб.

Важливим аспектом характеристики вибірки стало врахування факторів, безпосередньо пов'язаних зі станом сну. Зокрема, наявність діагностованих порушень сну зазначили 9 респондентів, тоді як 52 особи повідомили про їх відсутність. Водночас прийом снодійних засобів відзначили 4 респонденти, тоді як переважна більшість – 57 осіб – не використовують медикаментозні засоби для регуляції сну. Ці показники є принципово важливими для подальшого аналізу, оскільки дозволяють диференціювати суб'єктивні порушення сну та клінічно підтверджені розлади, а також врахувати можливий вплив фармакологічних чинників на результати психодіагностики.

Вибір дорослої неклінічної вибірки зумовлений прагненням дослідити порушення сну та тривожні стани як поширені психологічні явища, що часто залишаються поза межами клінічної діагностики. У сучасних умовах значна частина дорослого населення переживає хронічний стрес, підвищене емоційне напруження та порушення режиму сну, які не завжди досягають рівня психічного розладу, однак можуть суттєво знижувати якість життя та психологічне благополуччя. Саме тому дослідження таких проявів у неклінічній популяції є важливим з точки зору психологічної профілактики та раннього виявлення ризиків.

Онлайн-формат збору даних має як переваги, так і певні обмеження. До переваг належить можливість залучення респондентів з різних регіонів і соціальних умов, а також підвищення щирості відповідей завдяки анонімності. Водночас дистанційне опитування не передбачає безпосереднього контролю дослідника за умовами заповнення анкет, що може впливати на точність окремих відповідей. Проте використання стандартизованих та валідизованих психодіагностичних методик дозволяє мінімізувати вплив цього чинника та забезпечити достатній рівень надійності отриманих даних.

Включення до аналізу показників, пов'язаних із наявністю діагностованих порушень сну та прийомом снодійних засобів, є важливим методологічним кроком, оскільки дозволяє врахувати можливий вплив медичних і фармакологічних чинників на суб'єктивну оцінку якості сну. Це сприяє більш коректній інтерпретації результатів та запобігає спрощеному трактуванню виявлених взаємозв'язків між показниками сну і тривожності.

Таким чином, сформована вибірка є достатньою за обсягом та структурою для проведення емпіричного дослідження взаємозв'язку між розладами сну та тривожними станами у дорослих осіб і забезпечує можливість подальшого аналізу отриманих результатів.

Для досягнення мети дослідження та виконання поставлених завдань було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку якості сну, вираженості інсомнічних проявів, рівня тривожності та емоційного дистресу у дорослих.

*Для оцінки якості сну та його порушень були використанні наступні методики:*

1) Пітсбурзький опитувальник визначення індексу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

Пітсбурзький опитувальник якості сну є самоопитувальником, що оцінює якість сну та його порушення протягом одного місяця. PSQI може бути використаний як для первинної оцінки, так і для поточних порівняльних вимірювань якості сну в дорослих осіб у всіх закладах охорони здоров'я. Діагностична чутливість PSQI сягає 89,6%, специфічність – 86,5% ( $\kappa = 0,75$ ,  $p < 0,001$ ).

Дев'ятнадцять окремих елементів опитувальника генерують сім «компонентів» балів: суб'єктивної якості сну, латентності сну, тривалості сну, звичної ефективності сну, порушень сну, використання снодійних ліків та порушень денного функціонування. Сума балів за цими сімома компонентами дає одну глобальну оцінку [21].

2) Інсомнія Шкала тяжкості (Insomnia Severity Index, ISI)

Оцінка тяжкості безсоння у обстежених проводилася за індексом тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI), який був розроблений і валідизований Ch. Morin і співавт. (чутливість тесту – 86,1 %, специфічність – 87,7 %) та дозволяв оцінити характер та ступінь тяжкості безсоння. Тест складається з 7 питань, за допомогою яких оцінювалася природа, тяжкість та наслідки безсоння. Зазвичай тривалість періоду спогадів становила «останній місяць» з оцінкою наступних параметрів: тяжкість засинання та підтримання сну і проблеми з раннім ранковим пробудженням; незадоволеність сном; порушення денного функціонування проблемним сном; помітність проблем зі сном іншими людьми; дистрес, спричинений розладами сну. Для оцінки кожного пункту використовувалася 5- бальна шкала Лайкерта (від 0 – відсутність проблем до 4 балів – дуже серйозна проблема) із загальною кількістю балів від 0 до 28 та наступною інтерпретацією: відсутність безсоння (0 -7); підпорогове безсоння (8-14); помірне безсоння (15-21); важке безсоння (22-28) [14].

*Для визначення рівня тривоги були застосовані наступні методики:*

1) Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Шкала HADS має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги і депресії. Вона часто використовується для виявлення та оцінки тяжкості цих симптомів в умовах загальносоматичної мережі. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробка (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта).

Рекомендації щодо застосування. Бланк шкали видається для самостійного заповнення пацієнту та супроводжується інструкцією наступного змісту: «Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні багатьох захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розташовані в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте хрестиком

відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною». Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: підшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 для депресії та 21 для тривоги.

Критерії оцінювання:

- 0-7 – норма;
- 8-10 – зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості;
- 11 або вище – вказує на ймовірну наявність розладу настрою;
- 11-15 – помірний ступінь;
- 16-21 – важкий ступінь [21].

2) Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Опитувальник реактивної й особистісної тривожності Спілбергера Ханіна є надійним та інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Цей тест був розроблений Ч.Д. Спілбергером у 1970 році і адаптований Ю.Л. Ханіним у 1978 році.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, «нервозності», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різним за інтенсивністю і є досить динамічним та мінливим за часом.

Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражене психоемоційне напруження пацієнта. Цей показник чуйно реагує на зміни

психоемоційного стану пацієнта в процесі лікування і є одним із найбільш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б). Залежно від завдань дослідження кожен із опитувальників може застосовуватися самостійно або обидва разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першими. Опитування може проводитися індивідуально або в групах, без обмеження часу. Для зниження ймовірності утворення установки на позитивні або негативні запитання в кожен із опитувальників включено приблизно однакове число суджень, що характеризують високу і низьку ступінь тривожності.

Пацієнту пропонується відповісти на запитання, вказавши, як він себе відчуває в цей момент (реактивна тривожність, 1-20 запитання) і як він себе почуває зазвичай (особистісна тривожність, 21-40 запитання). На кожне запитання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженої особистісної тривожності [21].

3) Шкала депресії, тривожності та стресу (Depression Anxiety Stress Scale 21, DASS-21)

Методика DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale 21) – інструмент для оцінки тяжкості поведінкових та емоційних симптомів, які корелюють з депресією, тривожним розладом та стресом. Методику DASS розробили Петер Ловібонд та Сідней Ловібонд (Peter Lovibond and Sydney Lovibond) в 1995 і спочатку вона містила 42 запитання, надалі було запропоновано нову версію методики, коротку форму, яка містить 21 запитання.

Методика DASS-21 – це комплекс із трьох шкал для вимірювання негативних емоційних станів, таких як депресія, тривога та стрес. Кожна з трьох шкал DASS-21 містить 7 питань. Шкала Депресії оцінює дисфорію, безнадію, знецінення життя, самоприниження, відсутність інтересу/залученості, ангедонію та інертність. Шкала Тривога оцінює вегетативне збудження, напругу м'язів,

ситуативну тривогу та суб'єктивне переживання тривожного афекту. Шкала Стрес чутлива до рівня хронічного неспецифічного збудження, оцінює труднощі з розслабленням, нервові збудження, здатність легко засмучуватися/збуджуватися, дратівливість/надмірну реактивність і нетерплячість. Респондентів просять за 4-бальною шкалою вираженості/частоти оцінити, якою мірою вони відчували кожен стан протягом останнього тижня. Показники шкал депресії, тривоги та стресу обчислюють шляхом підсумовування балів за відповідними запитаннями [36].

Таким чином, у дослідженні було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяє всебічно та багатовимірно проаналізувати взаємозв'язок між порушеннями сну та тривожними станами у дорослих. Поєднання інструментів, спрямованих на оцінку якості сну (PSQI), вираженості інсомнічних проявів (ISI) та емоційного стану (HADS, STAI, DASS-21), забезпечує можливість отримання як узагальнених, так і диференційованих показників психологічного функціонування.

Обрані методики є валідними, надійними та широко застосовуваними у вітчизняних і зарубіжних дослідженнях, що підтверджує наукову обґрунтованість їх використання у межах даної роботи. Вони дозволяють оцінити як суб'єктивні характеристики сну, так і різні аспекти тривожності – від ситуативних реакцій до стійких особистісних проявів, а також супутні емоційні стани, зокрема депресію та стрес.

Застосування комплексу взаємодоповнювальних методик створює надійну емпіричну основу для подальшого аналізу результатів, зокрема для виявлення статистично значущих зв'язків між показниками сну та тривожних станів. Це, у свою чергу, дозволяє реалізувати мету дослідження, обґрунтувати кореляційний аналіз та сформулювати практичні рекомендації щодо профілактики й корекції розладів сну та тривожності у дорослій неклінічній популяції.

## 2.2. Інтерпретація основних емпіричних показників

Первинний аналіз результатів дослідження було спрямовано на вивчення особливостей якості сну у дорослих респондентів за даними Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI). Зазначена методика дозволяє оцінити не лише загальний рівень якості сну, а й окремі його компоненти, що відображають різні аспекти процесу сну та його відновлювальної функції.

За результатами методики Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) було встановлено, що у більшості респондентів наявні порушення якості сну (табл. 2.2). Зокрема, у 52 осіб (85,25%) сумарний бал PSQI перевищував нормативне значення ( $>5$ ), що свідчить про знижену якість сну. Водночас лише у 9 респондентів (14,75%) показники відповідали добрій якості сну.

Таблиця 2.2.

### Розподіл респондентів за рівнем якості сну за методикою PSQI

| Рівень якості сну    | n         | %          |
|----------------------|-----------|------------|
| Добра якість сну     | 9         | 14,75      |
| Порушення якості сну | 52        | 85,25      |
| <i>Разом</i>         | <i>61</i> | <i>100</i> |

Отримані дані вказують на високу поширеність порушень сну в досліджуваній вибірці (рис.2.1).



**Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнем якості сну за методикою PSQI (%)**

Для більш детального аналізу було розглянуто окремі компоненти якості сну за методикою PSQI (додаток В), що дало змогу визначити найбільш уразливі аспекти сну у досліджуваній вибірці. Аналіз компонентної структури сну є методологічно доцільним, оскільки порушення сну можуть мати різний характер – від труднощів засинання до зниження ефективності сну та порушень денного функціонування.

У таблиці 2.3 представлено розподіл досліджуваних за рівнями вираженості кожного компонента якості сну (0-3 бали). При цьому значення 0 балів свідчать про відсутність порушень відповідного компонента, тоді як 3 бали вказують на його максимальну вираженість.

Аналіз суб'єктивної якості сну показав, що переважна частина респондентів має незначні або помірні порушення цього показника, що проявляється домінуванням оцінок у 1-2 бали. Водночас наявність відповідей із максимальним рівнем (3 бали) свідчить про існування групи осіб із вираженою незадоволеністю якістю сну.

Таблиця 2.3

**Розподіл респондентів за компонентами якості сну відповідно до методики  
PSQI (n, %)**

| <b>Компонент якості<br/>сну</b> | <b>0 балів n (%)</b> | <b>1 бал n (%)</b> | <b>2 бали n (%)</b> | <b>3 бали n (%)</b> |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Суб'єктивна якість<br>сну       | 1 (1,64)             | 23 (37,70)         | 32 (52,46)          | 5 (8,20)            |
| Латентність<br>засинання        | 4 (6,56)             | 26 (42,62)         | 22 (36,07)          | 9 (14,75)           |
| Тривалість сну                  | 28 (45,90)           | 29 (47,54)         | 2 (3,28)            | 2 (3,28)            |
| Ефективність сну                | 38 (62,30)           | 12 (19,67)         | 7 (11,48)           | 4 (6,56)            |
| Порушення сну                   | 0 (0,00)             | 36 (59,02)         | 23 (37,70)          | 2 (3,28)            |
| Використання<br>снодійних       | 46 (75,41)           | 4 (6,56)           | 3 (4,92)            | 8 (13,11)           |
| Денна дисфункція                | 3 (4,92)             | 31 (50,82)         | 24 (39,34)          | 3 (4,92)            |

Щодо латентності засинання, отримані результати вказують на поширеність труднощів із засинанням серед досліджуваних, оскільки значна частка респондентів отримала 1-2 бали за цим компонентом. Це може свідчити про підвищену психоемоційну напруженість або наявність тривожних проявів.

Аналіз тривалості сну засвідчив, що у частини вибірки спостерігається скорочення тривалості нічного сну, однак для більшості респондентів даний показник не досягає критичного рівня, про що свідчить переважання низьких і середніх балів.

Компонент ефективності сну демонструє відносно кращі показники порівняно з іншими складовими, оскільки більшість досліджуваних отримали 0-1 бал. Це вказує на збережену здатність підтримувати сон протягом ночі.

Порушення сну, пов'язані з нічними пробудженнями та іншими факторами, у більшості респондентів мають помірний характер, що підтверджується домінуванням середніх балів.

Аналіз використання снодійних засобів показав, що більшість учасників дослідження не вдаються до медикаментозної корекції сну, однак наявність респондентів із вищими балами може свідчити про хронічний характер порушень у окремих випадках.

Щодо денної дисфункції, результати вказують на те, що у значної частини вибірки порушення сну відображаються на денному функціонуванні, зокрема у вигляді втоми, зниження концентрації уваги та працездатності.

Для наочного представлення розподілу балів за окремими компонентами якості сну була побудована стовпчаста діаграма (рис. 2.2) з накопиченням у відсотковому співвідношенні. Такий спосіб візуалізації дозволяє порівняти структуру порушень сну між різними компонентами та визначити найбільш уразливі аспекти якості сну у досліджуваній вибірці.

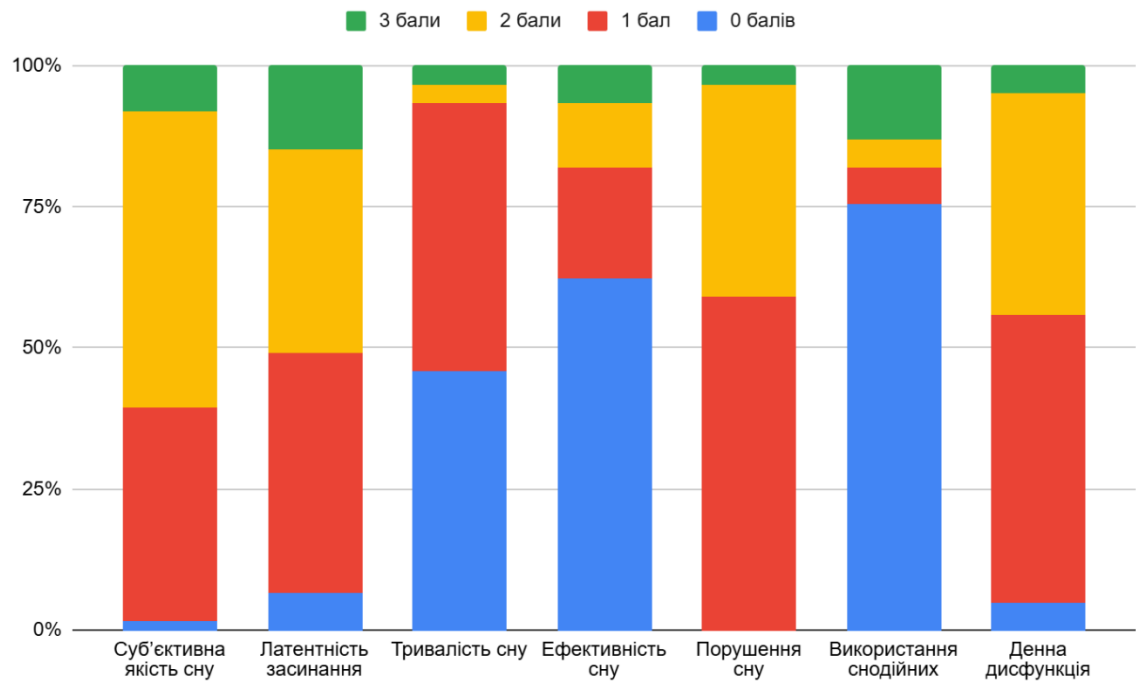


**Рис. 2.2. Структура компонентів якості сну у досліджуваній вибірці (%)**

За результатами шкали ISI (додаток Г) було встановлено, що у 20 респондентів (32,79%) відсутні клінічно значущі прояви інсомнії. Водночас найбільша частка досліджуваних – 25 осіб (40,98%) – демонструє субклінічний рівень інсомнії, що може свідчити про наявність початкових або помірно виражених порушень сну, які ще не досягають клінічного рівня, але потенційно можуть негативно впливати на загальне самопочуття (табл. 2.4).

*Таблиця 2.4.*

**Розподіл респондентів за рівнем прояву інсомнії, ISI**

| Рівень прояву інсомнії        | n        | %        |
|-------------------------------|----------|----------|
| <b>1</b>                      | <b>2</b> | <b>3</b> |
| Відсутність клінічно значущої | 20       | 32,79    |
| Субклінічна                   | 25       | 40,98    |

Продовження таблиці 2.4.

| 1            | 2         | 3          |
|--------------|-----------|------------|
| Помірна      | 15        | 24,59      |
| Виражена     | 1         | 1,64       |
| <i>Разом</i> | <i>61</i> | <i>100</i> |

Помірний рівень інсомнії виявлено у 15 респондентів (24,59%), що вказує на наявність стійкіших проблем зі сном, які можуть супроводжуватися труднощами засинання, підтримання сну або відчуттям неякісного відновлення. Лише в 1 особи (1,64%) зафіксовано виражену інсомнію, що свідчить про низьку поширеність тяжких порушень сну у досліджуваній вибірці. На рис. 2.3. продемонстровано відсоткове співвідношення рівнів інсомнії.

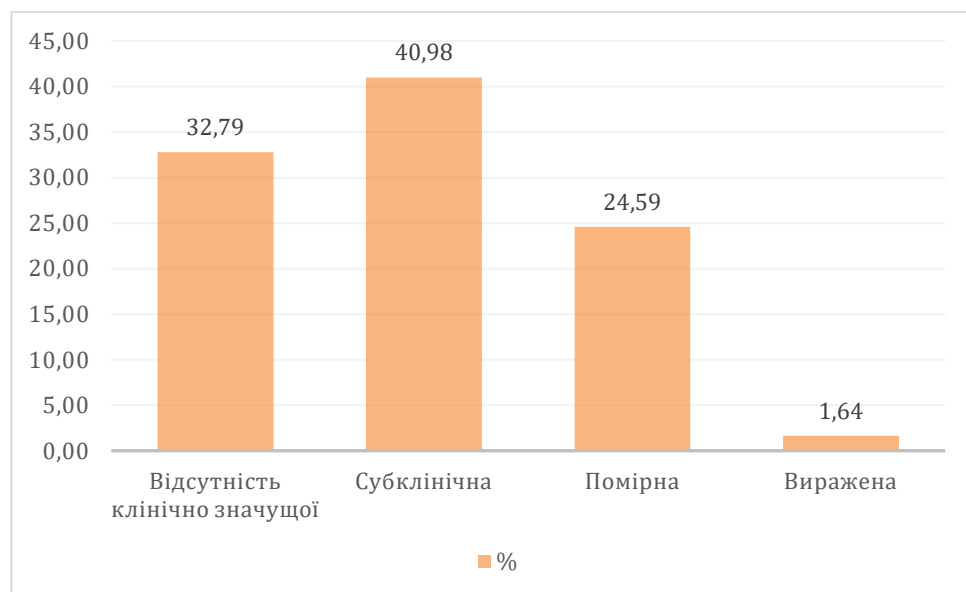


**Рис.2.3. Розподіл респондентів за рівнем прояву інсомнії, ISI (%)**

За результатами шкали тривоги HADS (додаток Г) встановлено, що нормальний рівень тривожності мають 15 респондентів, що становить 24,59% вибірки. Водночас у переважної частини досліджуваних виявлено підвищені

показники тривоги: у 27 осіб (44,26%) зафіксовано помірний рівень тривожності, а у 19 респондентів (31,15%) – виражений рівень (табл. 2.5).

Таким чином, загалом у 75,41% опитаних спостерігаються помірні або виражені прояви тривоги, що свідчить про високу поширеність тривожних станів у досліджуваній вибірці.

Аналіз результатів за шкалою депресії HADS (додаток Г) показав, що більшість респондентів – 44 особи (72,13%) – перебувають у межах нормативних показників. Водночас у 11 респондентів (18,03%) виявлено субклінічний рівень депресивних проявів, що може свідчити про наявність окремих симптомів зниженого настрою та емоційного виснаження (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

#### Розподіл респондентів за рівнем прояву тривоги та депресії, HADS

| Тривога       |           |            | Депресія      |           |            |
|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|------------|
| Рівень прояву | n         | %          | Рівень прояву | n         | %          |
| норма         | 15        | 24,59      | норма         | 44        | 72,13      |
| помірна       | 27        | 44,26      | субклінічна   | 11        | 18,03      |
| виражена      | 19        | 31,15      | клінічна      | 6         | 9,84       |
| <i>Разом</i>  | <i>61</i> | <i>100</i> | <i>Разом</i>  | <i>61</i> | <i>100</i> |

Клінічно значущі прояви депресії зафіксовано у 6 осіб (9,84%), що вказує на відносно невисоку поширеність виражених депресивних станів у вибірці. Загалом отримані результати свідчать про те, що хоча більшість досліджуваних не демонструє клінічно значущої депресії, майже третина респондентів має підвищений рівень депресивної симптоматики, що потребує уваги з боку психологічного супроводу. На рис. 2.4. наглядно показане відсоткове порівняння рівнів прояву тривоги та депресії за шкалою HADS.

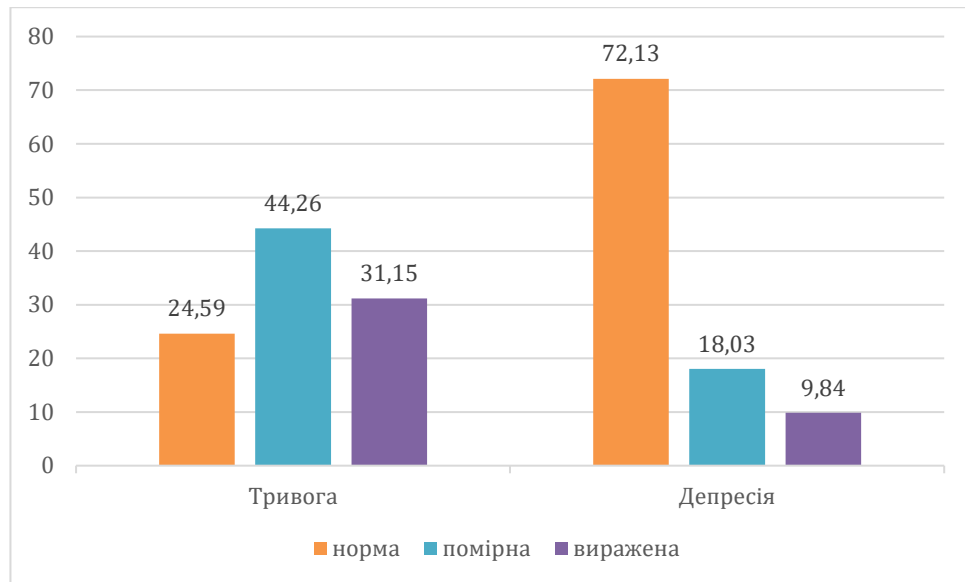


**Рис.2.4. Порівняння рівнів прояву тривоги та депресії за шкалою HADS (%)**

Аналіз результатів за шкалою реактивної тривоги STAI (додаток Г) показав, що низький рівень ситуативної тривоги виявлено лише у 1 респондента, що становить 1,64% вибірки. Помірний рівень реактивної тривоги зафіксовано у 23 осіб (37,70%). Водночас у більшості досліджуваних – 37 респондентів (60,66%) – виявлено високий рівень реактивної тривоги (табл.2.6).

*Таблиця 2.6*

**Розподіл респондентів за рівнем прояву реактивної та особистісної тривоги, STAI**

| Реактивна тривога |           |            | Особистісна тривога |           |            |
|-------------------|-----------|------------|---------------------|-----------|------------|
| Рівень прояву     | п         | %          | Рівень прояву       | п         | %          |
| низький           | 1         | 1,64       | низький             | 1         | 1,64       |
| помірний          | 23        | 37,70      | помірний            | 26        | 42,62      |
| високий           | 37        | 60,66      | високий             | 34        | 55,74      |
| <i>Разом</i>      | <i>61</i> | <i>100</i> | <i>Разом</i>        | <i>61</i> | <i>100</i> |

Отримані результати свідчать про те, що для більшості учасників дослідження характерне значне емоційне напруження, зумовлене поточними або ситуаційними чинниками. Висока поширеність реактивної тривоги може вказувати на актуальну стресогенність середовища та недостатній рівень психологічної адаптації до наявних умов.

Результати дослідження особистісної тривоги за методикою STAI (додаток Г) засвідчили, що низький рівень тривожності як стабільної особистісної характеристики спостерігається лише у 1 респондента (1,64%). Помірний рівень особистісної тривоги виявлено у 26 осіб (42,62%). Високий рівень особистісної тривоги зафіксовано у 34 респондентів, що становить 55,74% вибірки (табл.2.6).

Таким чином, у більшості досліджуваних простежується схильність до підвищеної тривожності як відносно стабільної риси особистості. Переважання високого рівня особистісної тривоги може зумовлювати більш інтенсивне переживання стресових ситуацій та сприяти формуванню тривалого психоемоційного напруження. На рис. 2.5. показане відсоткове порівняння рівнів прояву реактивної та особистісної тривоги за шкалою STAI.

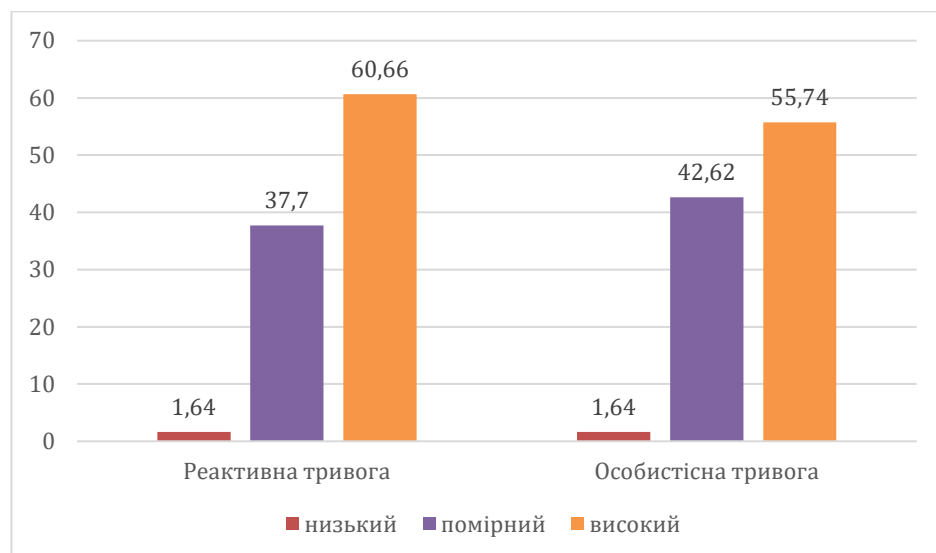


**Рис.2.5. Порівняння рівнів прояву реактивної та особистісної тривоги за шкалою STAI (%)**

Аналіз результатів за шкалою депресії DASS-21 (додаток Г) показав, що нормальний рівень депресивних проявів спостерігається у 18 респондентів (29,51%). Легкий рівень депресії виявлено у 13 осіб (21,31%), помірний – у 16 осіб (26,23%). Водночас, важкий рівень депресії зафіксовано у 4 респондентів (6,56%), а дуже важкий рівень – у 10 осіб (16,39%) (табл.2.7).

Таким чином, понад половина учасників дослідження має підвищені прояви депресії різного ступеня, що свідчить про помітну поширеність негативного емоційного стану серед респондентів.

Результати шкали тривоги DASS-21 (додаток Г) показали, що нормальний рівень тривоги спостерігається у 32 респондентів (52,46%). Легкий рівень тривоги виявлено у 6 осіб (9,84%), помірний – у 13 осіб (21,31%). Важкий рівень тривоги зафіксовано у 6 респондентів (9,84%), а дуже важкий – у 4 осіб (6,56%).

Ці дані свідчать про те, що у більшості респондентів тривога перебуває в межах нормальних значень, але значна частина респондентів демонструє помірні та високі прояви тривожності (табл.2.7).

За шкалою стресу DASS-21 (додаток Г) нормальний рівень стресу спостерігається у 27 респондентів (44,26%). Легкий рівень зафіксовано у 8 осіб (13,11%), помірний – у 15 (24,59%). Важкий рівень стресу спостерігається у 7 респондентів (11,48%), а дуже важкий – у 4 осіб (6,56%) (табл.2.7).

*Таблиця 2.7*

### **Розподіл респондентів за рівнем прояву депресії, тривоги та стресу, DASS-**

**21**

| <b>Депресія</b>      |          |          | <b>Тривога</b>       |          |          | <b>Стрес</b>         |          |          |
|----------------------|----------|----------|----------------------|----------|----------|----------------------|----------|----------|
| <b>Рівень прояву</b> | <b>п</b> | <b>%</b> | <b>Рівень прояву</b> | <b>п</b> | <b>%</b> | <b>Рівень прояву</b> | <b>п</b> | <b>%</b> |
| <b>1</b>             | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>             | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b>             | <b>8</b> | <b>9</b> |
| нормальний           | 18       | 29,51    | нормальний           | 32       | 52,46    | нормальний           | 27       | 44,26    |
| легкий               | 13       | 21,31    | легкий               | 6        | 9,84     | легкий               | 8        | 13,11    |

Продовження таблиці 2.7

| 1              | 2         | 3          | 4              | 5         | 6          | 7              | 8         | 9          |
|----------------|-----------|------------|----------------|-----------|------------|----------------|-----------|------------|
| помірний       | 16        | 26,23      | помірний       | 13        | 21,31      | помірний       | 15        | 24,59      |
| важкий         | 4         | 6,56       | важкий         | 6         | 9,84       | важкий         | 7         | 11,48      |
| дуже<br>важкий | 10        | 16,39      | дуже<br>важкий | 4         | 6,56       | дуже<br>важкий | 4         | 6,56       |
| <i>Разом</i>   | <i>61</i> | <i>100</i> | <i>Разом</i>   | <i>61</i> | <i>100</i> | <i>Разом</i>   | <i>61</i> | <i>100</i> |

Отримані дані свідчать про помірну поширеність стресових проявів серед учасників, при цьому у невеликої групи спостерігаються високі показники стресу. На рис. 2.6. показане відсоткове порівняння рівнів прояву депресії, тривоги та стресу за шкалою DASS-21.

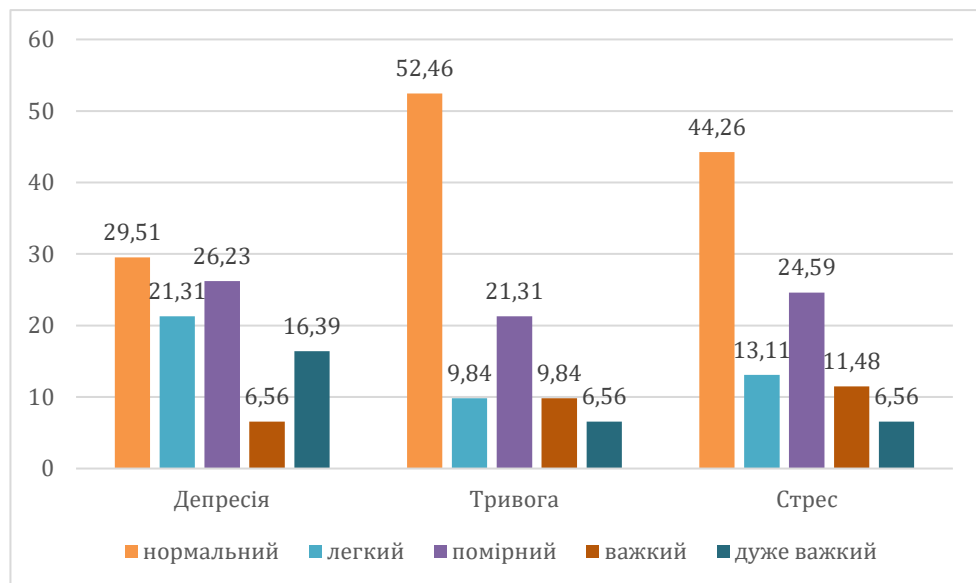


**Рис.2.6. Порівняння рівнів прояву депресії, тривоги та стресу за шкалою DASS-21**

Результати психодіагностичного дослідження свідчать про високу поширеність порушень сну у досліджуваній вибірці. Зокрема, за методикою PSQI більшість респондентів демонструють зниження якості сну, що

проявляється у труднощах засинання, нічних пробудженнях та зниженні ефективності сну. Аналіз компонентної структури підтвердив, що найбільш уразливими аспектами виступають суб'єктивна якість сну, тривалість сну та денне функціонування.

Крім того, результати дослідження тривожних станів за шкалами HADS, STAI та DASS-21 засвідчили наявність підвищених рівнів тривожності у значної частини вибірки, що проявляється як у вигляді ситуативного напруження, так і як стійка особистісна тривожність. Таким чином, у вибірці зафіксовано поєднання знижених показників якості сну та підвищеної тривожності, що створює підґрунтя для подальшого аналізу їх взаємозв'язку.

### **2.3. Результати дослідження взаємозв'язку показників сну та тривожних станів**

З метою виявлення взаємозв'язку між порушеннями сну та тривожними станами у дорослих використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ). Цей показник застосовується для дослідження взаємозв'язку двох змінних, вимірюваних у метричних шкалах на одній і тій же вибірці. Він дозволяє визначити, наскільки пропорційна мінливість двох змінних [57].

У межах даного дослідження кореляційний аналіз застосовувався для визначення взаємозв'язків між загальними показниками порушень сну та рівнями тривожності:

Порушення сну за шкалами PSQI (якість сну) та ISI (тяжкість безсоння),  
Рівень тривожності за шкалами HADS, STAI та DASS-21.

Позитивні значення  $r$  свідчать про те, що з підвищенням рівня тривоги зростає вираженість порушень сну, тоді як значення близькі до нуля вказують на відсутність лінійного зв'язку.

Коефіцієнт Пірсона дозволяє визначити, наскільки зміни в показниках тривожності відповідають змінам у показниках сну, і таким чином перевірити

гіпотезу про існування взаємозв'язку між тривожними станами та порушеннями сну у дорослих.

В таблиці 2.8 наведено отримані коефіцієнти кореляції між показниками порушень сну та тривожності за різними шкалами та їх значущість.

Таблиця 2.8

**Кореляційні коефіцієнти зв'язку між порушенням сну та тривожністю**

|                          |                                | <i>HADS,<br/>тривога</i> | <i>STAI,<br/>Особистісна<br/>тривога</i> | <i>DASS – 21,<br/>тривожність</i> |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1                        | 2                              | 3                        | 4                                        | 5                                 |
| <i>PSQI</i>              | Коефіцієнт кореляції, <i>r</i> | 0,384                    | 0,412                                    | 0,292                             |
|                          | Значущість, <i>p</i>           | 0,002                    | 0,001                                    | 0,023                             |
| <i>Інсомнія,<br/>ISI</i> | Коефіцієнт кореляції, <i>r</i> | 0,391                    | 0,423                                    | 0,358                             |
|                          | Значущість, <i>p</i>           | 0,002                    | 0,001                                    | 0,005                             |

Кореляційний аналіз за Пірсоном показав, що між показниками порушень сну та рівнем тривожності у дорослих існують позитивні лінійні зв'язки, що свідчить про пряму залежність: з підвищенням тривожності погіршується якість сну та зростає тяжкість безсоння (рис.2.7).

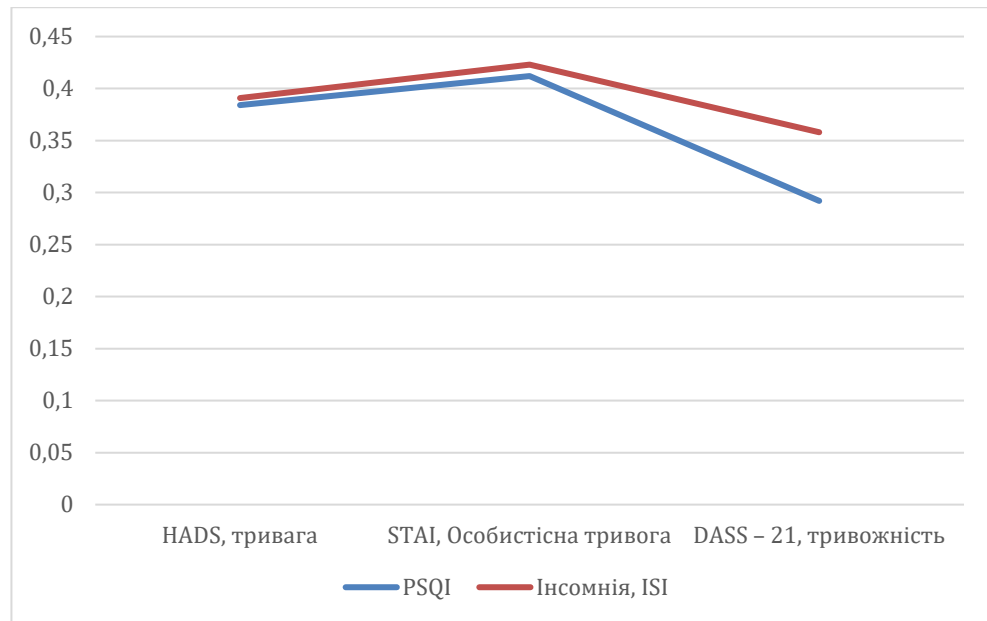


**Рис.2.7. Кореляційні коефіцієнти зв'язку між порушенням сну та тривожністю**

Щодо показника якості сну (PSQI), було встановлено, що між ним та рівнем тривожності за шкалою HADS існує слабка позитивна кореляція ( $r = 0.384$ ). Це свідчить про те, що підвищення загальної тривожності пов'язане з незначним погіршенням якості сну, хоча сила цього зв'язку є помірною. У той же час, особистісна тривога за STAI демонструє помірну позитивну кореляцію з PSQI ( $r = 0.412$ ), що підкреслює більш виражений вплив стійких рис тривожності на якість сну. Тривожні симптоми за DASS-21 показали слабку позитивну кореляцію ( $r = 0.292$ ) з PSQI, що свідчить про менш виражений, але все ж наявний вплив тривожності на сон.

Аналогічні закономірності спостерігалися і для показника тяжкості безсоння (ISI). Між ISI та HADS виявлено слабку позитивну кореляцію ( $r = 0.391$ ), що свідчить про те, що зростання загальної тривожності супроводжується посиленням симптомів безсоння, таких як труднощі засинання та нічні пробудження. Особистісна тривога (STAI) демонструє помірну позитивну кореляцію з ISI ( $r = 0.423$ ), що вказує на більш помітний вплив стійких аспектів тривожності на тяжкість безсоння. Тривожні симптоми за DASS-21 також

корелюють зі змінами ISI, проте слабше ( $r = 0.358$ ), що підкреслює комплексний характер порушень сну, на які впливає не лише тривожність, а й інші психологічні та фізіологічні фактори.

Статистична значущість коефіцієнтів кореляції Пірсона визначалася з метою оцінити ймовірність того, що виявлений зв'язок між змінними у вибірці відображає реальний лінійний взаємозв'язок, а не є випадковим [63].

1) Зв'язок між якістю сну (PSQI) та рівнем тривоги за HADS –  $p = 0,002$  ( $p \leq 0,01$ ). Отриманий результат вказує на тісний взаємозв'язок між суб'єктивними порушеннями сну та клінічно значущими проявами тривоги.

2) Зв'язок між якістю сну (PSQI) та особистісною тривогою за STAI –  $p = 0,001$  ( $p \leq 0,01$ ). Це означає, що гірша якість сну пов'язана з вищим рівнем особистісно зумовленої тривожності, яка відображає схильність людини до переживання тривоги незалежно від конкретної ситуації.

3) Зв'язок між якістю сну (PSQI) та рівнем тривоги за DASS-21 –  $p = 0,023$ . ( $p \leq 0,05$ ). Отримані дані свідчать про те, що порушення якості сну супроводжуються зростанням тривожних симптомів, які проявляються на емоційному та фізіологічному рівнях.

4) Зв'язок між тяжкістю безсоння (ISI) та рівнем тривоги за HADS –  $p = 0,002$  ( $p \leq 0,01$ ). Це вказує на те, що з посиленням проявів безсоння зростає рівень тривожності, що може свідчити про взаємне підсилення тривожних станів і порушень сну.

5) Зв'язок між тяжкістю безсоння (ISI) та особистісною тривогою за STAI –  $p = 0,001$  ( $p \leq 0,01$ ) Це свідчить про те, що особи з високою особистісною тривожністю частіше демонструють більш виражені прояви безсоння, що підтверджує роль стабільних тривожних рис у формуванні проблем зі сном.

6) Зв'язок між тяжкістю безсоння (ISI) та рівнем тривоги за DASS-21 –  $p = 0,005$  ( $p \leq 0,01$ ). Отримані результати вказують на те, що підвищення інтенсивності тривожних симптомів пов'язане з більш вираженими проявами безсоння, що відображає загальну емоційну напруженість.

Можна зробити висновок, що усі отримані кореляції позитивні, що підтверджує прямий зв'язок між рівнем тривожності та порушеннями сну. Найсильніші взаємозв'язки спостерігаються з особистісною тривогою (STAI), тоді як загальна тривожність (HADS) та тривожні симптоми за DASS-21 мають слабший, але статистично значущий вплив. Ці результати узгоджуються з сучасними дослідженнями, які демонструють, що тривожні стани є важливим фактором розвитку та підтримки порушень сну у дорослих.

## **Висновки до розділу 2**

Узагальнення отриманих емпіричних результатів дослідження, спрямованого на вивчення взаємозв'язку між порушеннями сну та тривожними станами у дорослих осіб, дозволяє виокремити низку ключових висновків щодо особливостей якості сну, рівня тривожності та характеру їх взаємозалежності. Проведений аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки та застосування комплексу валідних психодіагностичних методик (PSQI, ISI, HADS, STAI, DASS-21) забезпечили можливість багатовимірною дослідження зазначеної проблематики та отримання статистично обґрунтованих результатів.

1. Обґрунтовано організацію емпіричного дослідження, визначено його мету, завдання та етичні принципи проведення, що забезпечило коректність збору й обробки даних, а також достовірність отриманих результатів. А також, охарактеризовано вибірку дослідження, до якої увійшов 61 респондент віком від 18 до 55 років, із переважанням осіб жіночої статі та представників вікової категорії 26-40 років, що дозволило розглядати досліджувану проблему в межах дорослої неклінічної популяції.

2. Підібрано та обґрунтовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку якості сну, вираженості інсомнічних проявів та рівня тривожності, що дозволило забезпечити системний підхід до дослідження психологічних особливостей взаємозв'язку між зазначеними феноменами.

3. Проаналізовано результати за методикою PSQI та виявлено, що у переважної більшості респондентів зафіксовано порушення якості сну, що свідчить про високу поширеність проблем зі сном у дорослих осіб навіть за відсутності клінічного діагнозу. Визначено найбільш уразливі компоненти якості сну за PSQI, серед яких переважають порушення суб'єктивної оцінки сну, труднощі засинання, а також прояви денної дисфункції, що підтверджує негативний вплив порушень сну на повсякденне функціонування. Також за результатами шкали ISI виявлено, що значна частина респондентів має субклінічний та помірний рівень інсомнії, що може свідчити про тенденцію до формування стійких порушень сну та необхідність профілактичної психологічної роботи.

4. Встановлено за методиками HADS і STAI наявність підвищених рівнів тривожності у значної частини вибірки, що проявляється як у вигляді ситуативного емоційного напруження, так і у вигляді стійкої особистісної тривожності. Виявлено за методикою DASS-21, що у частини досліджуваних спостерігаються підвищені прояви депресії, тривоги та стресу різного ступеня інтенсивності, що підтверджує наявність емоційного дистресу та психоемоційного перевантаження.

5. Підтверджено за допомогою кореляційного аналізу Пірсона наявність статистично значущих позитивних взаємозв'язків між порушеннями сну (PSQI, ISI) та показниками тривожності (HADS, STAI, DASS-21), що свідчить про пряму залежність, що при зростанні тривожності погіршується якість сну та підвищується тяжкість інсомнічних проявів. Найбільш виражені кореляційні зв'язки спостерігаються між показниками порушень сну та особистісною тривожністю за шкалою STAI, що може вказувати на значущу роль стабільних тривожних рис у формуванні та підтриманні порушень сну.

6. Узагальнено, що отримані результати підтверджують актуальність досліджуваної проблематики та доводять необхідність подальшого поглибленого аналізу психологічних чинників, які впливають на розвиток тривожних станів і розладів сну у дорослому віці.

## **РОЗДІЛ 3**

### **ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ СНУ І ТРИВОЖНОСТІ**

#### **3.1. Теоретичне обґрунтування психологічної профілактики порушень сну та тривожних станів**

Психологічна профілактика порушень сну та тривожних станів у дорослих ґрунтується на розумінні того, що дані порушення формуються та підтримуються не лише біологічними чинниками, а й психологічними механізмами, зокрема особливостями емоційної регуляції, когнітивної оцінки стресових ситуацій і поведінкових стратегій подолання напруження. У цьому контексті профілактика спрямована передусім на запобігання хронізації психоемоційних порушень і зниження ризику їх негативного впливу на психічне здоров'я.

Сучасні психологічні підходи розглядають порушення сну як стан, що значною мірою підтримується підвищеним рівнем психофізіологічної активації та тривожного реагування. Відповідно, профілактична робота фокусується не на усуненні окремих симптомів, а на формуванні у людини здатності ефективно управляти власним емоційним станом, рівнем напруження та реакціями на стресові подразники. Такий підхід є особливо актуальним для осіб з підвищеним рівнем тривожності, у яких порушення сну часто виступають вторинним наслідком хронічного емоційного напруження.

Важливе місце в системі психологічної профілактики посідає психоосвітній компонент. Психоосвіта передбачає формування адекватного розуміння механізмів сну, впливу емоційного стану на його якість та ролі поведінкових чинників у підтриманні або зниженні порушень. Психоосвітні інтервенції сприяють зменшенню тривожного очікування, пов'язаного зі сном, та знижують рівень надмірного контролю над процесом засинання.

Сучасні платформи дозволяють відстежувати як якість, так і тривалість сну за допомогою цифрових щоденників та носимих пристроїв, що сприяє об'єктивній оцінці прогресу та корекції терапевтичного плану. Використання когнітивних інструментів для автоматичного аналізу патернів сну дає можливість виявляти приховані тригери порушень та адаптувати інтервенції під індивідуальні особливості клієнта [22].

Профілактичні підходи спираються на принципи когнітивно-поведінкової психології, відповідно до яких ключову роль у підтриманні порушень сну відіграють неадаптивні когнітивні установки та звички. У межах профілактики увага зосереджується на корекції тривожних переконань, розвитку гнучкого мислення та формуванні конструктивних поведінкових стратегій, спрямованих на зниження психоемоційного напруження у вечірній час.

Клінічні рекомендації, видані Американською академією медицини сну у 2021 році, рекомендують психологічні та поведінкові втручання для лікування хронічного безсоння у дорослих [58].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – поширений метод лікування тривожних розладів. Це вид розмовної терапії, який спрямований на переорієнтацію негативного мислення та успішно знижує тривожність. Дослідження показали, що КПТ часто може зменшувати тривожність навіть у людей, які страждають на безсоння [31].

Важливою складовою профілактичної роботи є своєчасне виявлення високого рівня тривоги. У процесі психологічного консультування доцільно звертати увагу на соматичні симптоми (тремтіння кінцівок, м'язове напруження, судоми, біль у м'язах, запаморочення, задишка), психологічні прояви (відчуття страху, напруги, дратівливості, втрату контролю над емоціями), вплив тривоги на повсякденне життя (працездатність, соціальну активність, комунікацію), а також зміни у поведінці та системі самоконтролю. Важливим показником також є наявність внутрішньої нестабільності, нав'язливих думок, зацикленості на негативних подіях та втрати здатності отримувати задоволення.

Плануючи процес щодо виявлення тривоги, тривожності та тривожних розладів можна використовувати такі інструменти (рис. 3.1) [4].



**Рис. 3.1. Планування консультування при виникненні тривоги, тривожності та тривожного розладу**

Когнітивно-поведінкова терапія безсоння (КПТ-I) є нефармакологічним терапевтичним втручанням, що поєднує гігієну сну, психоосвіту, поведінкові втручання, такі як контроль стимулів та когнітивні методи [7].

КПТ зосереджена на дослідженні зв'язку між тим, як ми думаємо, що ми робимо, і тим, як ми спимо. Думки та почуття щодо сну досліджуються та перевіряються, щоб перевірити їхню точність, а поведінка – щоб визначити, чи сприяє вона сну.

Сесії можуть включати когнітивні, поведінкові та освітні компоненти.

Когнітивні втручання: когнітивна реструктуризація намагається змінити неточні або некорисні думки про сон.

Поведінкові втручання: контроль стимулів перед сном, обмеження та стиснення сну, а також використання технік релаксації допомагають виробити здорові звички перед сном.

Психоосвітні втручання: Надання інформації про зв'язок між думками, почуттями, поведінкою та сном є центральним для КПТ [35].

## Основні методи роботи КПТ при безсонні

*Когнітивна реструктуризація.* Виявляє і змінює неточні або дисфункціональні думки про сон, що сприяють безсонню. Це допомагає розірвати цикл негативних переконань і поліпшити якість сну[35].

*Контроль стимулів.* Ця частина допомагає виявити і змінити звички, що заважають добре спати. Важливо навчитися використовувати свою спальню тільки для сну, а не для роботи за комп'ютером, і підтримувати постійний час сну і неспання навіть у вихідні дні [13].

*Обмеження та стиснення сну.*

Люди, які страждають на безсоння, часто проводять забагато часу в ліжку без сну. Обмеження сну обмежує час, проведений у ліжку, щоб посилити бажання заснути та тимчасово посилити денну втому. Це не рекомендується людям з певними захворюваннями, які можуть погіршитися через втрату сну, такими як біполярний розлад та судоми.

Обмеження сну починається з розрахунку загального часу, проведеного уві сні протягом типової ночі, за допомогою щоденника сну. Потім час у ліжку коригується з урахуванням цієї кількості плюс 30 хвилин.

Компресія сну – це дещо інший, більш щадний підхід, який часто використовується для людей похилого віку. Замість того, щоб одразу скоротити час у ліжку до необхідної кількості сну, його поступово скорочують, доки він не стане досить близьким до часу, який вони фактично проводять уві сні.[35].

*Гігієна сну.* Це базовий, але критично важливий компонент лікування, який часто нехтується. Основні правила:

- Чіткий режим сну: лягати й вставати в один і той самий час, навіть у вихідні.
- Відмова від гаджетів за 1-2 години до сну.
- Темне, прохолодне, тихе приміщення для сну.
- Виняток кофеїну, нікотину, алкоголю ввечері.
- Ніяких «дремів» вдень при хронічному безсонні.
- Фізична активність у першій половині дня, але не перед сном.

- Навіть просте дотримання гігієни сну вже може суттєво покращити засинання та якість відпочинку [1].

*Методи релаксації.* Сучасні підходи до лікування безсоння все частіше включають роботу з тілом, яка допомагає зняти напругу, знизити рівень кортизолу та активувати парасимпатичну нервову систему [1].

При регулярній практиці технік релаксації, таких як усвідомлена медитація, поступове розслаблення м'язів і дихальні вправи, можуть допомогти вам розслабитися вночі, зняти напругу та занепокоєння і підготувати вас до сну [1].

Найкращі методи релаксації – це ті, які можна розумно включити в розпорядок дня людини.

Дихальні вправи. Ці вправи зазвичай передбачають повільне, глибоке дихання. Дослідження показали, що зосереджене дихання може збільшити повільний пульс і дихання, а також зменшити почуття тривоги, гніву та депресії

Прогресивна м'язова релаксація (ПМР). Це техніка, яка передбачає напруження та розслаблення різних груп м'язів. Ці техніки можна поєднувати з дихальними вправами або керованою візуалізацією.

Аутогенне тренування. Ця техніка налаштовує фокус на різні частини тіла та відзначає конкретні відчуття. Людина може зосереджуватися на таких відчуттях, як важкість, тепло або розслаблення.

Біологічний зворотний зв'язок. Використовує технологію, яка допомагає контролювати певні процеси в організмі, такі як мозкові хвилі, частота серцевих скорочень, дихання та температура тіла. .

Медитація. Навчання концентрації уваги за допомогою медитації продемонструвало низку переваг для здоров'я, включаючи зниження стресу, тривожності та посилення розслаблення. Медитація також може включати практики, що поєднують зосереджену увагу з рухом [35].

Клінічні рекомендації Американської академії медицини сну (2021) містять умовну рекомендацію щодо використання релаксаційної терапії як однокомпонентної терапії на основі «невеликої кількості низькоякісних доказів

з п'яти досліджень, що демонструють клінічно значущі покращення в одному критичному результаті, врахування того, що деякі пацієнти віддають перевагу релаксаційній терапії, того факту, що фахівці з охорони психічного здоров'я навчені проводити цю форму лікування, та потенціалу для релаксаційної терапії, який вимагає лише обмежених ресурсів» [58].

Профілактика порушень сну та тривожних станів повинна мати комплексний індивідуальний характер. Жоден метод не є універсальним, тому найбільш ефективним вважається поєднання кількох підходів, адаптованих до потреб конкретної людини.

Таким чином, теоретичні засади психологічної профілактики порушень сну та тривожних станів базуються на інтеграції психоосвітнього, когнітивно-поведінкового та емоційно-регуляторного підходів. Провідними напрямками профілактики виступають формування адекватного розуміння природи сну, розвиток навичок саморегуляції та релаксації, корекція неадаптивних переконань, дотримання принципів гігієни сну та підвищення стресостійкості. Такий комплексний підхід створює підґрунтя для ефективної профілактики тривожних станів і безсоння, а також сприяє збереженню психічного здоров'я дорослої людини.

### **3.2. Програма психологічної профілактики порушень сну у дорослих з підвищеним рівнем тривожності**

Психологічна профілактика порушень сну та тривожних станів є важливим напрямом психологічної роботи, оскільки порушення сну часто супроводжуються підвищеною тривожністю, емоційним виснаженням та зниженням якості життя. У сучасних умовах зростає актуальність дистанційних форм психологічної підтримки, зокрема онлайн-групових програм, які забезпечують доступність допомоги та можливість психоосвітнього й практичного впливу.

Розроблена тренінгова програма психологічної профілактики порушень сну спрямована на зниження психоемоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції, формування здорових поведінкових звичок, а також підвищення рівня психологічної обізнаності щодо причин і механізмів порушень сну та тривожності.

**Мета тренінгової програми** – формування у дорослих осіб навичок психологічної саморегуляції та профілактики тривожних станів, зниження рівня тривожності та покращення якості сну шляхом психоосвітньої, когнітивно-поведінкової та релаксаційної роботи в онлайн-груповому форматі.

**Основними завданнями тренінгової програми є:**

- підвищити обізнаність учасників щодо фізіологічних та психологічних механізмів сну;
- сформувати розуміння взаємозв'язку між тривожністю, стресом і порушеннями сну;
- навчити базових технік емоційної саморегуляції та релаксації;
- сформувати навички контролю стимулів та дотримання гігієни сну;
- сприяти корекції негативних переконань і тривожних думок, пов'язаних зі сном;
- розвинути стресостійкість та адаптивні копінг-стратегії;
- сформувати у учасників індивідуальний профілактичний план підтримки психологічного благополуччя.

Тренінгова програма призначена для дорослих осіб, які:

- мають ознаки підвищеної тривожності;
- скаржаться на труднощі засинання або поверхневий сон;
- мають часті нічні пробудження;
- відчують психоемоційне виснаження;
- мають труднощі з розслабленням та зниженням напруги у вечірній час.

**Вік учасників** – 28-32 років.

**Кількість учасників** – 12-15 осіб.

**Тривалість заняття** – 75-90 хвилин.

**Форма роботи** – групова, онлайн - заняття через платформи Zoom /Google Meet.

**Періодичність** – 1 раз на тиждень.

**Загальна тривалість програми** – 6 занять (6 тижнів).

*Тренінгова програма базується на таких принципах:*

- добровільність участі;
- конфіденційність та психологічна безпека;
- активність та залученість учасників;
- систематичність та регулярність занять;
- поєднання психоосвіти й практичних вправ;
- орієнтація на ресурс та розвиток навичок;
- індивідуалізація рекомендацій у межах групового формату [16].

### **Структура тренінгового заняття**

#### *1. Вступна частина:*

- підготувати групу до роботи;
- пригадати попереднє заняття (зворотний зв'язок, перевірка ДЗ);
- оголосити тему та з'ясувати очікування учасників;
- створити доброзичливу атмосферу (знайомство);
- узгодити правила роботи групи. Правила створюються разом з групою або пропонуються ведучим тренінгової програми. Правила записують і тримають перед очима на кожному занятті.

#### *2. Основна частина:*

- теоретична частина;
- тематичні завдання;
- практична частина (вправи, групова робота). Кожна вправа завершується обговоренням і висновком

#### *3. Завершальна частина:*

- підбиття підсумків заняття;

- зворотний зв'язок від учасників;
- релаксація та завершення;
- відповіді на запитання;
- домашнє завдання, рекомендації матеріалів [8].

Тренінгова програма психологічної профілактики порушень сну складається з чотирьох взаємопов'язаних модулів:

*Модуль 1. Психоосвіта та формування мотивації*

Спрямований на ознайомлення членів групи тренінгової програми із механізмами сну, тривожності, стресу та формуванням установки на активну участь у зміні поведінки.

*Модуль 2. Психогігієна сну та поведінкові навички*

Передбачає формування здорового режиму сну, навичок гігієни сну та технік контролю стимулів.

*Модуль 3. Релаксаційно-регуляційний модуль*

Спрямований на зниження фізіологічної напруги через дихальні вправи, м'язову релаксацію та майндфулнес (усвідомленість).

*Модуль 4. Інтеграційно-ресурсний модуль*

Містить закріплення навичок, формування індивідуального плану підтримки сну та профілактики рецидивів тривожності.

Структура тренінгової програми психологічної профілактики порушень сну наведена в таблиці 3.1.

*Очікувані результати після завершення тренінгової програми від учасників:*

1. краще розуміють механізми сну та причини порушень;
2. зменшують інтенсивність тривожних думок перед сном;
3. опановують навички релаксації та саморегуляції;
4. формують стабільний вечірній ритуал;
5. підвищують стресостійкість;
6. демонструють покращення суб'єктивної якості сну.

*Критерії ефективності проведення тренінгової програми:*

- зменшення часу засинання та нічних пробуджень;

- зниження суб'єктивного рівня тривожності;
- підвищення емоційної стабільності;
- регулярне застосування технік релаксації;
- дотримання правил гігієни сну.

*Для оцінювання ефективності тренінгової програми психологічної профілактики порушень сну використовуються наступні методи:*

- анкетування учасників до та після проходження програми;
- щоденник сну як метод самоспостереження;
- шкала тривожності Спілбергера–Ханіна;
- Pittsburgh Sleep Quality Index;
- коротке опитування задоволеності програмою.

**Таблиця 3.1. Структура тренінгової програми психологічної профілактики порушень сну  
(додаток Д)**

| <b>Заняття</b> | <b>Тема</b>                                            | <b>Зміст</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Домашнє завдання</b>                                                                                                            |
|----------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>       | <b>2</b>                                               | <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>4</b>                                                                                                                           |
| 1              | Сон і тривожність: психоосвіта та первинна діагностика | 1. Вправа «Знайомство та очікування» (15 хв)<br>2. Вправа «Правила групи» (10 хв)<br>3. Міні-лекція «Що таке тривожність і як вона впливає на сон?» (15 хв) [23, 24]<br>4. Вправа «Замкнене коло: тривога – безсоння» (15 хв)<br>5. Вправа «Карта мого сну» (20 хв)<br>6. Підсумкова рефлексія «Що було корисним?» (15 хв)           | 1. Заповнити самооцінку тривожності.<br>2. Заповнити шкалу якості сну.<br>3. Щоденник сну.<br>4. Самоспостереження протягом тижня. |
| 2              | Гігієна сну та формування здорового режиму             | 1. Вправа «Мій сон за тиждень» (15 хв)<br>2. Міні-лекція «Що таке гігієна сну?» (15 хв) [41]<br>3. Вправа «Фактори, що впливають на мій сон» (15 хв)<br>4. Міні-лекція «Режим сну та циркадні ритми» (10 хв) [20]<br>5. Практична вправа «Мій вечірній ритуал» (20 хв)<br>6. Підсумкова рефлексія «Що я готовий(а) змінити?» (15 хв) | 1. Продовжувати щоденник сну.<br>2. 2-3 правила гігієни сну.                                                                       |

Продовження таблиці 3.1

| 1 | 2                                                            | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Контроль стимулів та поведінкові стратегії зниження безсоння | 1. Вправа «Перевірка змін» (15 хв)<br>2. Міні-лекція «Чому мозок перестає асоціювати ліжко зі сном?» (10 хв)<br>3. Вправа «Що я роблю у ліжку, крім сну?» (15 хв)<br>4. Міні-лекція «Контроль стимулів: ключова техніка при безсонні» (15 хв) [13]<br>5. Практична вправа «Мої тригери безсоння» (15 хв)<br>6. Вправа «Алгоритм дій, якщо я не можу заснути» (15 хв)<br>7. Підсумкова рефлексія «Що я беру із заняття?» (5 хв) | 1. Продовжувати щоденник сну.<br>2. Техніки контролю стимулів (3-4 рази протягом тижня). |
| 4 | Когнітивні викривлення та тривожні думки перед сном          | 1. Вправа «Мій досвід за тиждень» (15 хв)<br>2. Міні-лекція «Як думки впливають на сон?» (10 хв)<br>3. Вправа «Думки перед сном» (15 хв)<br>4. Міні-лекція «Когнітивні викривлення при безсонні» (15 хв)<br>5. Практична вправа «Думка —емоція – реакція» (20 хв) [5]<br>6. Вправа «Переформулювання думок» (15 хв)<br>7. Підсумкова рефлексія «Що було важливим?» (10 хв)                                                     | 1. Продовжувати щоденник сну.<br>2. Таблиця когнітивної реструктуризації.                |

Продовження таблиці 3.1

| 1 | 2                                                    | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4                                                                                                                                                                               |
|---|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Техніки релаксації та емоційної саморегуляції        | 1. Вправа «Перевірка стану» (10 хв)<br>2. Обговорення домашнього завдання (10 хв)<br>3. Міні-лекція «Фізіологія стресу і сон» (15 хв) [2,18]<br>4. Вправа «Де у тілі живе моя тривога?» (10 хв)<br>5. Практика «Дихальна техніка 4-7-8» (15 хв) [66]<br>6. Практика «Прогресивна м'язова релаксація (Джейкобсон)» (20 хв) [15]<br>7. Практика «Майндфулнес: сканування тіла» (10 хв) [11]<br>8. Вправа «Підсумок заняття» (5 хв) | 1. Продовжувати ведення щоденника сну.<br>2. Заповнити самооцінку тривожності.<br>3. Техніка релаксації.                                                                        |
| 6 | Стресостійкість та профілактичний план підтримки сну | 1. Вправа «Мій стан сьогодні» (10 хв)<br>2. Обговорення домашнього завдання (10 хв)<br>3. Міні-лекція «Стрес і сон: як не потрапити у замкнене коло» (15 хв)<br>4. Вправа «Мої джерела стресу» (15 хв)<br>5. Вправа «Коло контролю» (15 хв)                                                                                                                                                                                      | 1. Заповнити шкалу якості сну.<br>2. Коротке опитування задоволеності тренінговою програмою<br>3. Продовжити ведення щоденника сну протягом 2 тижнів після завершення програми. |

*Продовження таблиці 3.1*

| 1 | 2 | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4                                                                  |
|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|   |   | <p>6. Міні-лекція «Копінг-стратегії: адаптивні та неадаптивні» (10 хв) [10]</p> <p>7. Вправа «Мої ресурси» (10 хв)</p> <p>8. Практична вправа «Мій план підтримки сну та психологічної рівноваги» (20 хв)</p> <p>9. Вправа «Підсумок програми» (10 хв)</p> <p>10. Завершальна рефлексія «Побажання собі» (5 хв)</p> | <p>4. Використовувати персональний план підтримки сну щоденно.</p> |

Таким чином, розроблена онлайн-групова тренінгова програма психологічної профілактики порушень сну у дорослих з підвищеним рівнем тривожності має комплексний характер та спрямована на формування стабільних навичок психоемоційної саморегуляції і психогігієни сну.

Тренінгова програма поєднує психоосвітній компонент, когнітивно-поведінкові техніки та релаксаційні методи, що дозволяє впливати на основні психологічні механізми, які підтримують безсоння: підвищену тривожність, фізіологічну напругу, негативні автоматичні думки, а також неадаптивні поведінкові звички.

Отже, дана тренінгова програма психологічної профілактики порушень сну може бути ефективним інструментом профілактики порушень сну у дорослих та може використовуватись у форматі онлайн-групових занять.

### **3.3. Оцінка ефективності програми психологічної профілактики в умовах пілотної групи**

Оцінка ефективності тренінгової програми психологічної профілактики порушень сну у дорослих осіб із підвищеним рівнем тривожності проводилася з метою визначення результативності запропонованого психологічного впливу та перевірки того, чи сприяє участь у програмі зниженню рівня тривожності, покращенню якості сну та формуванню навичок психологічної саморегуляції.

Основними завданнями оцінки були визначення змін у психоемоційному стані учасників, оцінка покращення параметрів сну, аналіз ефективності освоєння методів саморегуляції, а також визначення задоволеності програмою. Проведена оцінка дала можливість не лише встановити загальні ефекти тренінгової програми, а й виявити динаміку змін у конкретних аспектах психофізіологічного стану членів групи.

Пілотне впровадження програми проводилося у форматі онлайн-групового тренінгу, що складався з шести занять, кожне з яких тривало близько 90 хвилин. Участь у програмі взяли 15 осіб віком від 28 до 32 років, серед яких 11 жінок та 4

чоловіки. Усі учасники мали ознаки підвищеної тривожності та скарги на порушення сну. Найпоширенішими проблемами були труднощі із засинанням, поверхневий сон, часті нічні пробудження, раннє пробудження та відчуття втоми після сну. Більшість членів групи також відзначали наявність нав'язливих думок і емоційного напруження у вечірній час, що ускладнювало розслаблення перед сном.

Участь у тренінговій програмі була добровільною. Усім було повідомлено про дотримання принципів конфіденційності та анонімності отриманих результатів, а також про право відмовитися від участі на будь-якому етапі

Проведення оцінки ефективності програми передбачало визначення очікуваних результатів та критеріїв, за якими можна зробити висновок про позитивну динаміку змін. Передбачалося, що після завершення програми учасники краще розумітимуть механізми сну та психологічні причини його порушень, зможуть усвідомлювати роль тривожності у формуванні безсоння, а також навчатися більш конструктивно реагувати на тимчасові труднощі із засинанням. Очікувалося зменшення інтенсивності тривожних думок у вечірній час та зниження рівня емоційного напруження перед сном. Важливим прогнозованим результатом вважалося формування навичок релаксації та саморегуляції, які члени групи зможуть застосовувати як перед сном, так і в повсякденних стресових ситуаціях. Також очікувалося формування стабільного вечірнього ритуалу, підвищення рівня стресостійкості та загальне покращення суб'єктивної якості сну.

Психоосвітній компонент включав пояснення причин порушень сну, аналіз взаємозв'язку стресу, тривожності та безсоння, а також розгляд поведінкових факторів і когнітивних викривлень, що підтримують порушення сну. Когнітивно-поведінкові блоки включали контроль стимулів та формування нових асоціацій. Релаксаційні методики передбачали прогресивну м'язову релаксацію за Джейкобсоном, дихальні вправи, техніку «4-7-8» та практики майндфулнес, які учасники застосовували не лише перед сном, а й у повсякденних стресових ситуаціях.

Оцінка ефективності програми здійснювалася за допомогою комплексного підходу, що поєднував кількісні та якісні методи. Кількісні дані збиралися за допомогою шкали тривожності Спілбергера–Ханіна, що дозволяє оцінити як ситуативну, так і особистісну тривожність, а також опитувальника якості сну (PSQI), який дає змогу визначити суб'єктивну якість сну, тривалість засинання, кількість нічних пробуджень та загальне самопочуття після сну. Для самоспостереження було використано щоденники сну, де фіксувалися час засинання, тривалість сну, кількість нічних пробуджень, рівень напруги перед сном та застосування технік релаксації. Якісні дані отримувалися з відгуків членів групи тренінгової програми після кожного заняття, підсумкового опитування задоволеності програмою та спостережень ведучого тренінгової програми щодо активності, включеності та готовності застосовувати техніки саморегуляції у повсякденному житті.

Аналіз результатів пілотного впровадження засвідчив позитивну динаміку змін у більшості респондентів. Уже після перших занять було зафіксовано підвищення усвідомленості щодо причин власного безсоння та активне обговорення взаємозв'язку стресу, тривожності та порушень сну. Близько 80% учасників (12 осіб) активно брали участь у дискусіях, ділилися власним досвідом та ставили запитання, що свідчить про високий рівень мотивації до змін. Під час виконання вправ з гігієни сну членів групи відзначали усвідомлення поведінкових факторів, що погіршують сон, таких як використання телефону перед сном, перегляд новин та емоційне навантаження.

Дані, отримані зі щоденників сну, підтвердили позитивні зміни у поведінковій сфері. У багатьох скоротився час засинання, зменшилася кількість нічних пробуджень, а також підвищилася суб'єктивна оцінка якості сну. Учасники повідомляли, що стали частіше прокидатися з відчуттям відпочинку, а також спостерігали зниження рівня втоми протягом дня. Важливим результатом стало формування стабільнішого режиму сну, оскільки значна частина учасників почала лягати спати у більш визначений час, обмежила використання гаджетів перед сном та запровадила регулярні вечірні ритуали.

За результатами опитувальника PSQI після завершення програми також було зафіксовано покращення суб'єктивної якості сну у більшості учасників. Зокрема, спостерігалось зниження показників, пов'язаних із труднощами засинання, нічними пробудженнями та загальним відчуттям незадоволеності сном. Це дозволяє припустити, що застосування поведінкових стратегій гігієни сну, контролю стимулів та релаксаційних технік позитивно вплинуло на фізіологічні та психологічні механізми відновлення.

Найбільш ефективними для учасників стали техніки саморегуляції, які опановувалися під час п'ятого заняття програми. Більшість членів групи зазначала, що дихальна техніка «4-7-8» та прогресивна м'язова релаксація допомагали зменшувати напруження та швидше переходити до стану розслаблення. Практика усвідомленості у форматі «сканування тіла» сприяла підвищенню здатності помічати тілесні прояви тривоги та реагувати на них не через уникнення, а через прийняття і зниження напруги. Також зазначалося, що ці техніки застосовувалися не лише перед сном, а й у ситуаціях стресу протягом дня, що свідчить про формування більш стійких навичок емоційної саморегуляції.

Якісні результати свідчать про значущі зміни у ставленні учасників до власних порушень сну. У відгуках зазначалося, що програма допомогла краще усвідомити причини безсоння, змінити ставлення до проблеми порушень сну та знизити рівень страху перед нічним відпочинком. Когнітивно-поведінкові техніки виявилися ефективними для роботи з негативними думками, зменшення катастрофізації та розвитку впевненості у власних можливостях контролювати сон. Також спостерігалось, що досліджуванні почали більш спокійно ставитися до тимчасових труднощів зі сном і не посилювали проблему надмірним самоконтролем. Зворотній зв'язок підтверджує, що тренінгова програма сприяла формуванню адаптивних копінг-стратегій та навичок саморегуляції, які члени групи застосовують у повсякденному житті.

Під час завершального заняття учасники створювали персональний план підтримки сну та психологічної рівноваги, що включав визначення власних ресурсів, ефективних копінг-стратегій та індивідуальних способів реагування на

стрес. Аналіз цих матеріалів засвідчив, що респонденти стали більш усвідомленими щодо власних психологічних потреб і джерел напруги, а також сформували конкретні стратегії підтримки стабільного режиму сну. Важливим результатом стало те, що члени групи почали розглядати сон як процес, який можна покращувати через системну роботу над поведінкою, мисленням та емоційною саморегуляцією, а не як неконтрольовану проблему.

Додатково результати короткого опитування задоволеності програмою показали, що більшість учасників оцінили тренінг як корисний та практично орієнтований. Учасники відзначали доступність поданого матеріалу, ефективність вправ та можливість застосовувати техніки у реальному житті. Також вони зазначали, що груповий формат сприяв підвищенню мотивації та створював підтримувальне середовище, у якому можна було відкрито обговорювати труднощі та отримувати зворотний зв'язок. Значна частина членів групи повідомляла, що після завершення тренінгової програми відчували більший контроль над власним станом та впевненість у здатності впливати на якість сну.

Таким чином, результати пілотного впровадження програми психологічної профілактики порушень сну у дорослих осіб із підвищеною тривожністю свідчать про її ефективність. Поєднання психоосвіти, когнітивно-поведінкових методик та релаксаційних технік сприяло зниженню рівня тривожності, покращенню суб'єктивної якості сну та формуванню адаптивних стратегій саморегуляції.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що програму можна вважати ефективною в умовах пілотної групи та рекомендувати для подальшого використання як профілактичний інструмент психологічної підтримки дорослого населення.

### **Висновки до розділу 3**

Узагальнення наукових підходів до вивчення порушень сну та тривожних станів у дорослому віці дає змогу виокремити низку ключових висновків, що стосуються психологічних механізмів цих явищ та їх взаємозв'язку. На основі

аналізу сучасних наукових даних можна стверджувати, що порушення сну та тривожні стани формують взаємопов'язану систему, у якій тривожність сприяє виникненню безсоння через підвищену психофізіологічну активацію, а недостатня якість сну, у свою чергу, поглиблює емоційну нестабільність, знижує адаптаційні ресурси та посилює негативні когнітивні установки. Таким чином, профілактика порушень сну у дорослому віці потребує комплексного підходу із врахуванням когнітивних, емоційних і поведінкових чинників.

1. Розкрито теоретичні засади психологічної профілактики порушень сну та тривожних станів у дорослому віці, що дозволило визначити провідні психологічні механізми розвитку безсоння, серед яких важливу роль відіграють підвищене емоційне напруження, надмірний когнітивний контроль, дисфункційні переконання щодо сну та порушення навичок саморегуляції.

2. Проаналізовано основні підходи до профілактики порушень сну, які включають психоосвітню роботу, формування навичок психогігієни сну, використання релаксаційних технік та когнітивно-поведінкових методів, спрямованих на зниження рівня тривожності та корекцію неадаптивних установок і поведінкових стратегій.

3. Обґрунтовано доцільність інтегрованого підходу в профілактичній роботі з дорослими особами, який передбачає поєднання інформаційного, практичного та тренінгового компонентів з метою формування стійких навичок саморегуляції, підвищення психологічної стійкості та стабілізації режиму сну.

4. Розроблено тренінгову програму психологічної профілактики порушень сну для дорослих осіб із підвищеним рівнем тривожності, визначено її мету, завдання, організаційну структуру та основні принципи реалізації, що забезпечує системність і послідовність впливу на проблему. Описано зміст і методичне наповнення програми, що включає психоосвітні компоненти, вправи на усвідомлення власних емоційних станів, техніки релаксації, дихальні практики, елементи майндфулнес, а також завдання, спрямовані на формування навичок самоспостереження та контролю факторів, які погіршують якість сну.

5. Узагальнено, що результати пілотного впровадження тренінгової програми свідчать про її ефективність, оскільки комплексний підхід сприяє формуванню більш адаптивних моделей поведінки, зниженню емоційної напруги, покращенню психоемоційної стабільності та підвищенню рівня усвідомленості щодо власних звичок і факторів ризику порушень сну.

## ВИСНОВКИ

Узагальнення наукових підходів до вивчення порушень сну та тривожних станів у дорослому віці дає змогу виокремити низку ключових висновків, що стосуються психологічних механізмів цих явищ та їх взаємозв'язку. Проведене дослідження дозволило теоретично обґрунтувати та емпірично підтвердити значущість тривожності як одного з провідних чинників формування й підтримання порушень сну у дорослому віці. Отримані результати підтверджують, що проблеми сну мають комплексну природу та пов'язані не лише з фізіологічними особливостями організму, а й із психологічними детермінантами – когнітивними установками, емоційною регуляцією, рівнем стресового навантаження та індивідуальними характеристиками тривожності. На основі аналізу результатів дослідження також було розроблено практичні рекомендації та програму психологічної профілактики й корекції порушень сну у дорослих осіб із підвищеним рівнем тривожних станів.

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до вивчення порушень сну та тривожних станів у психологічних дослідженнях. У результаті опрацювання наукових джерел встановлено, що сон є базовою психофізіологічною потребою людини, яка забезпечує відновлення ресурсів організму, нормальне функціонування нервової системи, емоційну стабільність та ефективність когнітивної діяльності. Порушення сну у дорослому віці виступають поширеним явищем, що негативно впливає на працездатність, концентрацію уваги, психоемоційну стійкість і загальний рівень психологічного благополуччя. Проаналізовано основні типи порушень сну, серед яких особливе місце займає інсомнія як найбільш розповсюджена форма розладів сну у дорослому віці. Виявлено, що сучасні наукові підходи розглядають інсомнію як багатофакторний феномен, що формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників. Теоретичний аналіз дозволив виокремити основні концептуальні підходи до пояснення порушень сну, зокрема психофізіологічні, когнітивні та поведінкові моделі, які наголошують на значущості емоційного напруження,

стресу, неадаптивних звичок та дисфункційних переконань про сон. Таким чином, теоретична частина дослідження підтвердила, що порушення сну є важливою міждисциплінарною проблемою, що потребує системного психологічного аналізу та обґрунтування ефективних профілактичних підходів.

Психологічна специфіка тривожних станів полягає у підвищеній емоційній збудливості, порушенні саморегуляції та формуванні негативних когнітивних установок. Визначено, що саме когнітивні механізми (надмірне обмірковування, катастрофізація, очікування негативних наслідків) у поєднанні з фізіологічним напруженням можуть виступати ключовими факторами, що ускладнюють засинання, знижують якість сну та сприяють підтриманню інсомнічних проявів. Таким чином, тривожність є не лише супутнім явищем порушень сну, але й одним із провідних психологічних механізмів їх виникнення та хроніфікації.

2. Розкрито психологічну природу тривожних станів та окреслено їх роль у виникненні й перебігу порушень сну у дорослих осіб. Установлено, що тривожність є складним психологічним явищем, яке проявляється як у формі ситуативної (реактивної) тривоги, що виникає у відповідь на стресові події, так і у формі особистісної тривожності як стійкої риси, що визначає схильність людини до тривалого переживання внутрішньої напруги. Психологічна специфіка тривожних станів полягає у підвищеній емоційній збудливості, напруженості, порушенні здатності до саморегуляції та домінуванні негативних когнітивних установок. Визначено, що тривожні стани часто супроводжуються румінаціями, катастрофізацією, гіперконтролем та постійним очікуванням загрози, що сприяє підвищенню психофізіологічної активації та утруднює процес засинання. Обґрунтовано, що у дорослому віці тривожність може бути пов'язана з високим соціальним навантаженням, відповідальністю та життєвими кризами, що посилює рівень стресу та підвищує ризик виникнення інсомнічних проявів. Таким чином, тривожність виступає не лише супутнім станом порушень сну, але й одним із провідних психологічних механізмів, який здатний підтримувати й поглиблювати інсомнію, формуючи замкнене коло «тривога – порушення сну – посилення тривожності».

3. Емпірично досліджено психологічні особливості порушень сну у дорослих осіб із різним рівнем тривожності та встановлено взаємозв'язок між показниками порушень сну та рівнем тривожних станів. Дослідження було проведено на вибірці дорослих осіб віком від 18 до 55 років, загальною чисельністю 61 респондент.

Для отримання комплексних емпіричних даних застосовано психодіагностичний інструментарій, що включав методики оцінки якості сну та вираженості інсомнії (PSQI, ISI), а також шкали для визначення рівня тривожності, стресу та депресивних проявів (HADS, STAI, DASS-21). Аналіз результатів показав, що значна частина респондентів має знижені показники якості сну, що проявляється у труднощах засинання, частих пробудженнях, суб'єктивному відчутті незадоволеності сном та наявності денної дисфункції. Також встановлено наявність субклінічних і помірних проявів інсомнії, що підтверджує актуальність проблеми порушень сну навіть серед неклінічної популяції дорослих осіб. Результати дослідження тривожних станів засвідчили, що у значної частини вибірки спостерігаються підвищені показники тривожності, що супроводжуються проявами психоемоційного напруження та стресового перевантаження.

За допомогою кореляційного аналізу Пірсона підтверджено наявність статистично значущих позитивних взаємозв'язків між показниками порушень сну та рівнем тривожності. Зокрема, погіршення якості сну за шкалою PSQI пов'язане з підвищенням тривожності, визначеної за методиками HADS, STAI та DASS-21. Також встановлено, що тяжкість інсомнії за шкалою ISI позитивно корелює з рівнем тривожних станів, що підтверджує тенденцію: зі зростанням тривожності посилюються прояви безсоння. Найбільш виражені кореляційні зв'язки спостерігаються з показниками особистісної тривожності, що підкреслює роль стійких тривожних рис у формуванні та підтриманні порушень сну. Таким чином, емпіричні дані підтверджують висунуту гіпотезу щодо прямого взаємозв'язку між рівнем тривожності та порушеннями сну у дорослому віці.

4. Розроблено практичні рекомендації щодо профілактики та психологічної корекції порушень сну у дорослих осіб із тривожними станами. У межах роботи запропоновано комплексний підхід, який передбачає поєднання психоосвітнього компоненту, когнітивно-поведінкових технік і релаксаційних методів. Обґрунтовано доцільність застосування методів, спрямованих на формування навичок саморегуляції, зниження рівня фізіологічної напруги та корекцію негативних автоматичних думок, які підсилюють тривожність і порушують сон. Запропонована програма передбачає роботу з психогігієною сну, формуванням стабільних поведінкових звичок, розвитком усвідомленості та освоєнням ефективних технік зниження тривожності. Таким чином, практичний блок дослідження має прикладну значущість і може бути використаний психологами у консультативній та профілактичній діяльності.

5. Підтверджено ефективність розробленої програми психологічної профілактики порушень сну в умовах пілотної групи. Установлено, що впровадження тренінгової програми сприяло позитивним змінам у психоемоційному стані учасників. Зокрема, зафіксовано тенденцію до зниження рівня тривожності та покращення суб'єктивної якості сну. Учасники відзначали практичну корисність запропонованих технік, можливість застосування вправ у повсякденному житті та підвищення відчуття контролю над власним станом. Отримані результати підтверджують, що поєднання психоосвіти, когнітивно-поведінкових методів та релаксаційних практик є ефективним напрямом психологічної допомоги дорослим із тривожністю та порушеннями сну. Таким чином, розроблену програму можна рекомендувати для подальшого використання як профілактичний інструмент психологічної підтримки дорослого населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безсоння (інсомнія) [Електронний ресурс]. URL: <https://maimmc.com/dorosle-viddilennya/psyhiatriya/bezsonnya-insomniya/> (дата звернення: 05.12.2025).
2. «Бий або біжи»: що відбувається з організмом під час небезпеки [Електронний ресурс]. МН4U. URL: <https://www.mh4u.in.ua/hochu-diznatysya-bilshe/byj-abo-bizhy-shho-vidbuvayetsya-z-organizmom-pid-chas-nebezpeky/> (дата звернення: 24.12.2025).
3. Взаємозв'язок порушень сну і тривожних станів у дорослих [Google форма] [Електронний ресурс]. URL: <https://docs.google.com/forms/d/1ljNfdeeZHBBk5PYo9e1CI5O8BYTpsKSTMPJWfmppfas/edit> (дата звернення: 14.12.2026).
4. Вплив тривоги, тривожності та тривожних розладів на планування консультування: психологічний і соматичний аспект. 2025. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-3.3> URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/83/80> (дата звернення: 30.09.2025).
5. Думки, емоції, поведінка [Електронний ресурс]. URL: <https://howareu.com/static-objects/howareu/media/PDF/dumki-emocii-povedinka.pdf> (дата звернення: 05.12.2025).
6. Європейські настанови з діагностики та лікування безсоння [Електронний ресурс]. *NeuroNews*. 2018. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/1/pages-46-53/ievropeyski-nastanovi-z-diagnostiki-ta-likuvannya-bezsonnya> (дата звернення: 21.12.2025).
7. Животовська А., Ісаков Р. Ефективність застосування групової терапії прийняття та відповідальності у комплексному лікуванні пацієнтів з тривожними розладами та порушеннями сну. *PMGP* [Електронний ресурс]. 28 червня 2024. DOI: 10.26766/pmgp.v9i1.474. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/474> (дата звернення: 02.10.2025).

8. Зміст і структура тренінгу. Методика викладання профілактичних програм [Електронний ресурс]. URL: <http://multycourse.com.ua/ua/page/19/70#3> (дата звернення: 05.12.2025).

9. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2020. Вип. 6. С. 72–78. URL: [http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6\\_2020/13.pdf](http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/13.pdf) (дата звернення: 30.09.2025).

10. Копінг-стратегії: що це таке та як вони працюють [Електронний ресурс]. Sistem Life. URL: <https://sistem-life.com/ua/blog/coping-strategies> (дата звернення: 24.12.2025).

11. Коротка практика сканування тіла [Електронний ресурс]. Fizis.net. URL: <https://fizis.net/karjera-i-usvidomlenist/korotka-praktyka-skanuvannia-tila/> (дата звернення: 24.12.2025).

12. Кутузова Л. Г., Марущак М. І. Сон як регулятор здоров'я організму. *Bulletin of Medical and Biological Research*. 2021. Т. 3, № 1. С. 123–125. DOI: 10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.12097.

13. КПТ при безсонні [Електронний ресурс]. URL: <https://kpt-center.com.ua/statti/kpt-pri-bezsonni/> (дата звернення: 13.10.2025).

14. Лященко Ю. В. Диференційований підхід до корекції порушень сну при тривожно-депресивних розладах : дис. ... д-ра філософії : 616.89-008:616.8-009.836]-07:615.21:615.851. Дніпро, 2022. 234 с.

15. М'язова релаксація за Якобсоном [Електронний ресурс]. URL: <https://woundcare.com.ua/novyny/myazova-relaksacziya-za-yakobsonom/> (дата звернення: 05.12.2025).

16. Основні принципи психологічного тренінгу [Електронний ресурс]. URL: <https://vseosvita.ua/library/embed/0019zl-767a.docx.html> (дата звернення: 05.12.2025).

17. Палітра порушень сну: сучасна оптимізація терапії [Електронний ресурс]. Український медичний часопис. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-249391-palitra-porushen-snu-suchasna-optimizatsiya-terapiyi> (дата звернення: 27.12.2025).

18. Порушення сну і стрес: як зламана адаптація змінює наші ночі [Електронний ресурс]. Medilab. URL: <https://medilab.km.ua/porushennya-snu-i-stres-yak-zlamana-adaptatsiya-zminyuye-nashi-nochi/> (дата звернення: 24.12.2025).

19. Порушення сну при тривожних розладах [Електронний ресурс]. URL: <https://mozok.ua/anxietydisorder/article/3167-porushennya-snu-pri-trivozhnikh-rozladah> (дата звернення: 02.10.2025).

20. Порушення циркадного ритму сну [Електронний ресурс]. *NeuroNews*. 2020. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/2%28113%29/pages-28-33/porushennya-cirkadnogo-ritmu-snu> (дата звернення: 24.12.2025).

21. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. 2-ге вид., випр. і допов. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2019. 112 с. ISBN 978-966-1597-65-4.

22. Психотерапія розладів сну онлайн [Електронний ресурс]. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/psychoterapiya-rozladiv-snu-onlajn/> (дата звернення: 13.10.2025).

23. Чому виникає тривожність перед сном [Електронний ресурс]. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/chomu-vinikaye-trivozhnist-pered-snom-312191/> (дата звернення: 05.12.2025).

24. Чому не можу заснути: стрес, тривога та безсоння – причини та рішення [Електронний ресурс]. Dovira.online. URL: <https://dovira.online/articles/chomu-ne-mozhu-zasnuti-stres-trivoga-ta-bezsonnya-prichini-ta-rishennya> (дата звернення: 24.12.2025).

25. Чорна Н. В. Вплив біосугестивної терапії на зниження симптомів тривожних розладів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. Вип. 4. С. 64–67.

26. Шкала тяжкості безсоння [Електронний ресурс]. URL: [https://drive.google.com/file/d/1GqNnLQebssTyCUKCpkVnPovMuRP\\_LiqH/view](https://drive.google.com/file/d/1GqNnLQebssTyCUKCpkVnPovMuRP_LiqH/view) (дата звернення: 10.09.2025).

27. Яремко Р., Гродська В., Дзюбак А., Ільків Х. Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. *Молодий вчений*.

2022. № 5(105). С. 83–86. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/4783/4701> (дата звернення: 30.09.2025).

28. Юр'єва Л. М., Лященко Ю. В. Діагностика та лікування диссомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2020. Т. 28, вип. 3(104). С. 70–76.

29. Aernout E., Benradia I., Hazo J.-B. et al. International study of the prevalence and factors associated with insomnia in the general population. *Sleep Medicine*. 2021. DOI: 10.1016/j.sleep.2021.03.028. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33957414/> (дата звернення: 05.12.2025).

30. Akram U., Stevenson J. C., Gardani M., Allen S., Johann A. F. Personality and insomnia: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Sleep Research*. 2023. Vol. 32. e14031. DOI: 10.1111/jsr.14031.

31. Anxiety and sleep [Електронний ресурс]. URL: <https://www.sleepfoundation.org/mental-health/anxiety-and-sleep> (дата звернення: 13.10.2025).

32. Benjafield A. V., Sert Kuniyoshi F. H., Malhotra A. et al. Estimation of the global prevalence and burden of insomnia: A systematic literature review-based analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2024.101026>.

33. Chan J. W. Y., Lam S. P., Li S. X. et al. Eveningness and Insomnia: Independent Risk Factors of Nonremission in Major Depressive Disorder. *Sleep*. 2014. Vol. 37, Issue 5. P. 911–917. DOI: <https://doi.org/10.5665/sleep.3658>.

34. Children's sleep and health: A meta-review / L. Matricciani, C. Paquet, B. Galland та ін. *Sleep Medicine Reviews*. 2019. Vol. 46. P. 136–150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.04.011>.

35. Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) [Електронний ресурс]. URL: <https://www.sleepfoundation.org/insomnia/treatment/cognitive-behavioral-therapy-insomnia> (дата звернення: 13.10.2025).

36. DASS-21 manual [Електронний ресурс]. URL: <https://start.ua-test.com/pub/files/dass-21-manual.pdf> (дата звернення: 10.09.2025).
37. Dolsen M. R., Asarnow L. D., Harvey A. G. Insomnia as a transdiagnostic process in psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16, № 9. P. 471. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0471-y>.
38. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship / M. Vandekerckhove, Y.-L. Wang. *AIMS Neuroscience*. 2017. Vol. 5, № 1. P. 1–17. DOI: 10.3934/Neuroscience.2018.1.1. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7181893/> (дата звернення: 10.09.2025).
39. Fabbri M., Beracci A., Martoni M., Meneo D., Tonetti L., Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, № 3. 1082. DOI: 10.3390/ijerph18031082.
40. Hale L., Troxel W., Buysse D. J. Sleep Health: An Opportunity for Public Health to Address Health Equity. *Annual Review of Public Health*. 2020. Vol. 41. P. 81–99. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094412>.
41. Healthy sleep tips [Електронний ресурс]. Sleep Foundation. URL: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/healthy-sleep-tips> (дата звернення: 21.12.2025).
42. Hyndych A., El-Abassi R., Mader E. C. The Role of Sleep and the Effects of Sleep Loss on Cognitive, Affective, and Behavioral Processes. *Cureus*. 2025. Vol. 17, № 5. e84232. DOI: 10.7759/cureus.84232. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12168795/> (дата звернення: 10.09.2025).
43. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information [Електронний ресурс]. URL: <https://icd.who.int/> (дата звернення: 30.09.2025).
44. Idiopathic Hypersomnia Severity Scale to better quantify symptoms severity and their consequences in idiopathic hypersomnia / A. L. Rasmussen, E. Evangelista, L. Barateau та ін. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2022. Vol. 18, № 2. P. 617–629. DOI: 10.5664/jcsm.9682.

45. International Classification of Sleep Disorders (ICSD) [Електронний ресурс]. American Academy of Sleep Medicine. URL: <https://aasm.org/clinical-resources/international-classification-sleep-disorders/> (дата звернення: 21.12.2025).

46. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10), 2019 [Електронний ресурс]. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/> (дата звернення: 30.09.2025).

47. Ito N. Understanding Anxiety Disorders: A Comprehensive Overview. *Clinical Psychiatry*. 2024. 27 Aug. DOI: 10.35248/2471-9854-10.04.32. URL: <https://www.primescholars.com/articles/understanding-anxiety-disorders-a-comprehensive-overview-130493.html> (дата звернення: 14.09.2025).

48. Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion / N. F. Watson, M. S. Badr, G. Belenky та ін. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015. Vol. 11, № 8. P. 931–952. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.4950>.

49. Karna B., Sankari A., Tatikonda G. Sleep Disorder. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560720/> (дата звернення: 14.09.2025).

50. Klumpp H., Roberts J., Kapella M. C. et al. Subjective and objective sleep quality modulate emotion regulatory brain function in anxiety and depression. *Depression and Anxiety*. 2017. Vol. 34, № 7. P. 651–660. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22622>.

51. Leger D., Poursain B. An international survey of insomnia: under-recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition. *Current Medical Research and Opinion*. 2005. DOI: 10.1185/030079905X65637.

52. Li Y., Yu J. L., Wang S. Y., Xie L. X., Hong J. L., Liu S. Effect of insomnia on anxiety and depression: Mediation of cognitive failures and moderated mediation of neuroticism. *World Journal of Psychiatry*. 2025. Vol. 15. 101026. DOI: 10.5498/wjp.v15.i2.101026.

53. Luyster F. S., Strollo P. J., Zee P. C., Walsh J. K. Sleep: a health imperative. *Sleep*. 2012. Vol. 35, № 6. P. 727–734. DOI: <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>.

54. Nelson K. L., Davis J. E., Corbett C. F. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*. 2022. Vol. 57, № 1. P. 144–151. DOI: <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>.

55. Nicolaides N. C., Vgontzas A. N., Kritikou I., Chrousos G. P. HPA Axis and Sleep. *Endotext*. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279071/> (дата звернення: 14.09.2025).

56. Palagini L., Miniati M., Caruso V. et al. Insomnia, anxiety and related disorders: a systematic review on clinical and therapeutic perspective with potential mechanisms underlying their complex link. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.103936>.

57. Pearson correlation coefficient (Pearson r) [Електронний ресурс]. URL: <https://www.eztests.xyz/criteria/pearsonr/> (дата звернення: 23.09.2025).

58. Psychological and physical approaches for sleep disorders: science [Електронний ресурс]. URL: <https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/psychological-and-physical-approaches-for-sleep-disorders-science#cognitive-behavioral-therapy-for-insomnia-cbt-i> (дата звернення: 02.10.2025).

59. Ramar K., Malhotra R. K., Carden K. A. et al. Sleep is essential to health: An American Academy of Sleep Medicine position statement. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2021. Vol. 17, № 10. P. 2115–2119. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.9476>.

60. Riemann D., Krone L. B., Wulff K., Nissen C. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*. 2020. Vol. 45. P. 74–89. DOI: [10.1038/s41386-019-0411-y](https://doi.org/10.1038/s41386-019-0411-y).

61. Sateia M. J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014. Vol. 146, № 5. P. 1387–1394. DOI: [10.1378/chest.14-0970](https://doi.org/10.1378/chest.14-0970).

62. Shang L., Zhao Y., Cong A. et al. Prevalence, subtypes, and comorbidity of DSM-5 insomnia disorder among adults in Beijing, China: a large-scale cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-026-26453-x>.

63. Statistics: Introduction [Електронний ресурс]. URL: <https://www.nlm.nih.gov/oet/ed/stats/02-930.html> (дата звернення: 23.09.2025).

64. Thorpy M. J. Classification of sleep disorders // *Neurotherapeutics*. 2012. Vol. 9, № 4. С. 687–701. DOI: 10.1007/s13311-012-0145-6. URL: [https://www.neurotherapeuticsjournal.org/article/S1878-7479\(23\)01711-7/fulltext](https://www.neurotherapeuticsjournal.org/article/S1878-7479(23)01711-7/fulltext) (дата звернення: 21.12.2025).

65. Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain / F. Saviola, E. Pappaiani, A. Monti та ін. *Scientific Reports*. 2020. Vol. 10. Art. 11112. DOI: 10.1038/s41598-020-68008.

66. Weil, Andrew. Breathing Exercises: 4-7-8 Breath. DrWeil.com. <https://www.drweil.com/videos-features/videos/breathing-exercises-4-7-8-breath/> (дата звернення: 21.12.2025).

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **БОРЕЦЬ О.А.**

Доктор філософії,

доцент кафедри психології

Академія праці, соціальних відносин і туризму

м. Київ

#### **РУДОВА А.Г.**

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти

кафедри психології

Академія праці, соціальних відносин і туризму

м. Київ

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕННЯ СНУ З ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ**

**Актуальність дослідження.** Якість і тривалість сну безпосередньо впливають на ефективність когнітивних, емоційних та поведінкових функцій людини. Тривога часто пов'язана з проблемами зі сном. Надмірне занепокоєння та страх ускладнюють засинання та пробудження сну протягом ночі. Недосипання може посилити тривожність, провокуючи негативне замкнене коло, що включає безсоння та тривожні розлади.

Сон необхідний для консолідації пам'яті, що є фундаментальною складовою для виживання та високого рівня функціонування людини. Порухення сну може призводити до зниження когнітивних функцій і підвищення ризику хвороби Альцгеймера та пов'язаної з нею деменції.

Повноцінний відпочинок відіграє ключову роль у регуляції емоцій і підтриманні психосоціального благополуччя. Основні психічні розлади не тільки порушують сон, але й дефіцит сну підвищує ризик тривожних розладів, великої депресії, біполярного афективного розладу, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, посттравматичного стресового розладу, самогубств [3].

**Мета дослідження** полягає у виявленні взаємозв'язку між показниками порушення сну та рівнем тривожності в осіб молодого віку.

У сучасних емпіричних даних підтверджується вплив стресових подій та психічних розладів на сон. Результати міжнародного дослідження, проведеного у квітні 2023 року серед українського населення, віком від 18 до 79 років, в умовах воєнного стану свідчать, що через рік після початку повномасштабного вторгнення Росії 39,4% українців мали скорочену тривалість сну ( $\leq 6$  годин), а 38,5% – безсоння. Порушення сну частіше спостерігалися у жінок, осіб із тривожними та депресивними симптомами, пережитими травматичними подіями та посттравматичним стресовим розладом. Дослідження також продемонструвало, що інсомнія та коротка тривалість сну тісно пов'язані зі зниженням якості життя у фізичній, психологічній та соціальній сферах. [5].

Актуальні дослідження підтверджують, що тривалість сну має суттєвий вплив на рівень тривожності. Так, у національно репрезентативному дослідженні серед дорослого населення США (Wang et al., 2025) встановлено, що коротка тривалість сну ( $< 7$  годин) достовірно пов'язана з підвищеним ризиком тривожних проявів. Особливо вираженим цей зв'язок виявився серед молодих осіб, які частіше демонстрували симптоми тривожності як при короткому, так і при надмірно тривалому сні. Отримані результати узгоджуються з іншими емпіричними даними, які свідчать, що саме у молодому віці тривога й порушення сну формують взаємозалежний цикл, який негативно впливає на психоемоційне благополуччя та адаптивні ресурси особистості [1].

Також є дослідження Животовської А. І. «Вплив якості сну на якість життя пацієнтів з тривожними розладами» (2022), в якому було обстежено 81 пацієнта з тривожними розладами та диссомнією за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів. Використовували шкали PSM-25 (рівень стресу), HADS (тривога та депресія), HAM-A (соматичний і психічний компоненти тривоги), SF-36 (якість життя) та PSQI (якість сну). Пацієнтів поділили на три групи за рівнем стресу: низький (25 осіб), середній (29 осіб) і високий (27 осіб) [2].

Тривожна симптоматика переважала над депресивною. Показники НАМ-А зростали зі збільшенням рівня стресу ( $p < 0,001$ ). Підвищення стресового навантаження асоціювалося з погіршенням якості життя та сну. Виявлено сильну негативну кореляцію між якістю життя та порушеннями сну, а також між інтенсивністю болю та якістю сну [2].

Тривожні розлади є найпоширенішими розладами психічного здоров'я у світі і виникають у близько 33,7% населення протягом життя. Вони порушують повсякденне функціонування людини і проявляються завищеним та постійним почуттям страху та занепокоєння, що не відповідають фактичній загрозі. Разом із депресивними розладами вони становлять 10% років прожитих з інвалідністю в усьому світі. Епідеміологічні дослідження показують, що серед осіб з тривогою скарги на порушення сну мають високу поширеність в загальній популяції. Безсоння є одним з головних предикторів виникнення тривоги, яке пов'язане з психічним гіперзбудженням, занепокоєнням та негативними думками. Повідомляється, що порушення сну є поширеним симптомом, наслідком або супутнім захворюванням при діагностованих тривожних розладах. Водночас, гостра або короткочасна депривація сну виступає в ролі анксіогенного фактора, що призводить до підвищення тривожності [1].

Аналіз узагальнених наукових даних свідчить, що існує чіткий взаємозв'язок між якістю сну та рівнем тривожності. Часті стресові події, інформаційне перевантаження та порушення режиму дня, характерні для сучасного способу життя молоді, спричиняють скорочення тривалості сну або його фрагментацію. Це, у свою чергу, посилює тривожність, емоційне напруження та погіршує психоемоційне благополуччя. Наведені дослідження показують, що зі зростанням рівня стресу погіршується якість сну і життя, а тривожна симптоматика стає більш вираженою. Таким чином, порушення сну не лише є наслідком підвищеної тривоги, а й підсилюють її прояви, утворюючи замкнене коло, що потребує психологічної корекції та профілактики, що стане предметом подальших досліджень.

**Висновки.** Сон – це не просто період відпочинку, а фундаментальний процес, що забезпечує відновлення психічних і фізичних ресурсів. Він сприяє зміцненню пам'яті, регуляції емоцій та підтриманню оптимальної роботи організму. порушення сну можуть серйозно впливати на ці процеси, викликаючи зниження концентрації, проблеми з настроєм і загальне погіршення якості життя.

Хоча зв'язок між сном і тривогою може створювати складнощі, він одночасно відкриває можливості для позитивних змін. Усвідомлення цієї взаємозалежності дозволяє людям активно керувати тривожністю та сприяти якісному сну, що покращує загальне самопочуття. Подолання порушень сну та тривоги – процес індивідуальний, але важливий для кожного. Робота над обома аспектами є ключем до зміцнення психічного здоров'я та підвищення якості життя. Завдяки розумінню цього взаємозв'язку та впровадженню спеціальних стратегій можна значно наблизитися до стану спокою і гармонії, який приносить здоровий нічний сон.

#### Список використаних джерел:

1. Животовська, А. І. Хронобіологічні аспекти порушення сну при тривожних розладах // *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. – 2023. – Т. 23, № 4 – С. 99-104. – DOI: 10.31718/2077-1096.23.4.99.
2. Животовська, А. І. Вплив якості сну на якість життя пацієнтів з тривожними розладами // *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. – 2022. – Т. 22, № 3-4. – С. 53-58. – DOI: 10.31718/2077-1096.22.3.4.53.
3. Соловйова, С. Сон як невід'ємна складова фізичного та психічного здоров'я // *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. – 2023. – № 9 (145). – С. 5-6. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2023/9%28145%29/pages-5-6/son-yak-nevid-iemna-skladova-fizichnogo-ta-psihichnogo-zdorov-ya#gsc.tab=0> (дата звернення: 08.10.2025).
4. Wang, X., Zhong, Y., Wang, R., Zhang, D., Li, Y., Pan, Y., Li, Y. Association between sleep duration and anxiety among adults in the United States: a nationally

representative cross-sectional study // *Psychology Research and Behavior Management*. – 2025. – Vol. 18. – P. 1155–1167. – DOI: 10.2147/PRBM.S516062.

5. Wang, S., Hicks, M. H.-R., Barrett, E., Martsenkovskyi, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Fiedler, N., Haque, U. Sleep duration, insomnia, and associated factors among Ukrainians 1 year after Russia's full-scale invasion // *Psychosomatic Medicine*. – 2024. – Vol. 86, No. 8. – P. 690–699. – DOI: 10.1097/PSY.0000000000001337.

**БОРЕЦЬ О.А.**

Доктор філософії,

доцент кафедри психології

Академія праці, соціальних відносин і туризму

м. Київ

**РУДОВА А.Г.**

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти

кафедри психології

Академія праці, соціальних відносин і туризму

м. Київ

## **ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ СНУ У ОСІБ ІЗ ПІДВИЩЕНИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ**

Сон є життєво важливим чинником здоров'я та благополуччя дітей, підлітків і дорослих. Здоровий сон відіграє ключову роль у забезпеченні когнітивних функцій, емоційної стабільності, психічного здоров'я, а також у підтриманні серцево-судинної, цереброваскулярної та метаболічної систем. Достатня тривалість і належна якість сну також мають важливе значення для зниження ризику нещасних випадків і травм, пов'язаних із сонливістю та втомою, зокрема виробничих і дорожньо-транспортних пригод.

Короткочасне недосипання, хронічне обмеження сну, порушення циркадних ритмів і неліковані розлади сну можуть мати глибокий і негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я, емоційний стан і громадську безпеку. Хронічна недостатність сну асоціюється з підвищеним ризиком смертності та робить внесок як в індивідуальний ризик, так і в загальний суспільний тягар, пов'язаний із поширенням низки медичних епідемій, зокрема серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, ожиріння та онкологічних хвороб. Наукові дані свідчать, що збільшення тривалості нічного сну має позитивний вплив на

здоров'я, зокрема сприяє зниженню рівня психоемоційного напруження та тривожності. Водночас здоровий сон передбачає не лише достатню тривалість, а й відповідний час засинання, регулярність, відсутність розладів сну та його належну якість [5].

У попередні десятиліття досліджень сну науковці здебільшого зосереджувалися на обмеженому колі проблем, розглядаючи сон переважно з позицій патології, а не як складову позитивно орієнтованого підходу до здоров'я. Найчастіше об'єктом досліджень були коротка та надмірно тривала тривалість сну; серед симптомів переважали прояви безсоння, зокрема труднощі із засинанням, підтриманням сну та передчасні пробудження, а найпоширенішим діагностованим розладом залишалося апное сну.

Епідеміологічні дані щодо зазначених показників сну формують тривожну картину. Зокрема, чинні рекомендації консенсусних експертних груп вказують на необхідність тривалості сну не менше ніж 7 годин на добу для дорослого населення, однак, за даними Центрів контролю та профілактики захворювань (CDC), близько 35% дорослих не дотримуються цієї рекомендації. Симптоми безсоння охоплюють труднощі із засинанням, підтриманням сну або занадто раннє пробудження, про які повідомляють респонденти. Розлад безсоння визначається як стійка наявність зазначених симптомів протягом певного часу (зазвичай від 1 до 3 місяців), що супроводжується вираженим дискомфортом або порушенням функціонування у стані неспання. За різними оцінками, від 30% до 35% дорослого населення у світі повідомляють про симптоми безсоння, тоді як приблизно 10% відповідають діагностичним критеріям цього розладу.

Обструктивне апное сну (ОАС) є ще одним поширеним порушенням сну, що має суттєве значення для громадського здоров'я. Воно характеризується повторюваними епізодами припинення дихання (апное) або зменшення повітряного потоку (гіпопное) під час сну за умови збереження дихальних зусиль. Такі епізоди призводять до періодичної гіпоксемії та багаторазових пробуджень, що може негативно впливати на функціонування серцево-судинної системи. Оцінки поширеності ОАС значно варіюють – від 3% до 10% загальної популяції,

водночас розлад залишається значною мірою недіагностованим, особливо серед осіб з надмірною масою тіла, людей похилого віку та окремих соціально вразливих груп. Наведені дані підкреслюють багатовимірну природу сну та свідчать про те, що несприятливі характеристики сну, його симптоми й розлади є поширеними та мають суттєві наслідки для системи громадського здоров'я.

Концепція здоров'я сну забезпечує цілісне розуміння багатьох характеристик сну, зокрема його тривалості, безперервності, часу, рівня пильності та суб'єктивного задоволення. Зміцнення здоров'я сну розглядається як недостатньо використана можливість у сфері громадського здоров'я, яка має суттєві наслідки для широкого спектра ключових показників фізичного та психічного благополуччя. Концепція здоров'я сну є особливо релевантною для осіб із підвищеним рівнем тривожності, оскільки дозволяє оцінювати не лише тривалість сну, а й його суб'єктивну якість та відновлювальний потенціал.

Багатовимірне здоров'я сну враховує не лише індивідуальні особливості, а й ширший соціально-екологічний контекст, у якому відбувається сон. Ця перспектива відповідає двом ключовим досягненням сучасної науки про сон: визнанню суттєвих нерівностей у показниках сну, що відображають расові, етнічні та соціально-економічні відмінності, а також усвідомленню того, що детермінанти здоров'я сну виходять за межі індивідуальних чинників і включають впливи соціального середовища.

Таким чином, здоров'я сну постає не лише як важливий індикатор загального стану здоров'я та соціальної рівності, але й як перспективна сфера для багаторівневих профілактичних і корекційних втручань [3].

В умовах соціальної нестабільності, хронічного стресу та інформаційного перевантаження порушення якості сну дедалі частіше спостерігаються серед дорослого населення, у тому числі серед осіб без клінічно встановлених психічних розладів. Такі порушення знижують адаптаційні можливості особистості та підвищують ризик розвитку емоційного виснаження.

У таких умовах порушення сну нерідко поєднуються з підвищеним рівнем тривожності, яка виступає одним із ключових психологічних чинників

дезадаптації. Підвищений рівень тривожності супроводжується хронічною психофізіологічною активацією, соматичним напруженням і труднощами емоційної саморегуляції, що істотно ускладнює процеси розслаблення та засинання.

Сучасні дослідження свідчать, що функція сну у регуляції емоцій є визначальною, а також відіграє ключову роль у регулюванні реакцій на стрес і запальні процеси. Повноцінний нічний сон має вирішальне значення для психічного здоров'я. Хоча сон є необхідним для підтримання гомеостазу та нейропластичності мозку, його порушення, зокрема безсоння, можуть сприяти формуванню стану алостатичного перевантаження, що негативно впливає на мозкову пластичність, емоційні, імунні та ендокринні механізми й може відігравати анксиогенну роль. Низка досліджень підтверджує двонаправлений характер цього зв'язку: симптоми психічних розладів, зокрема тривожних, призводять до порушень сну, тоді як розлади сну, насамперед безсоння, можуть виступати чинником ризику розвитку тривожних розладів [4].

У межах психосоматичного підходу порушення сну розглядаються як прояви дисбалансу між психоемоційним станом особистості та функціонуванням організму. Тривожність у цьому контексті постає як чинник накопиченого емоційного дистресу, який знаходить відображення у вегетативних і соматичних симптомах, зокрема у розладах сну [1].

Особливої актуальності набуває дослідження якості сну в осіб із підвищеним рівнем тривожності в дорослому неклінічному контингенті, оскільки ця група часто залишається поза межами спеціалізованої допомоги, попри наявність стійких психоемоційних труднощів, і тому становить важливу цільову групу психологічної профілактики. Аналіз особливостей сну в таких осіб дозволяє глибше зрозуміти механізми порушень ментального здоров'я та окреслити перспективні напрями психологічної профілактики.

**Метою дослідження** є виявлення та аналіз особливостей якості сну у дорослих осіб із підвищеним рівнем тривожності, а також визначення характеру порушень окремих компонентів сну.

## Методи дослідження

У дослідженні взяли участь 51 особа віком від 18 до 55 років. Добір респондентів здійснювався на добровільній основі з дотриманням принципів анонімності та конфіденційності. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Опитування проводилося в дистанційному форматі з використанням електронних анкет, що забезпечило анонімність відповідей та зменшило вплив зовнішніх чинників на результати дослідження. Респондентам пропонувалося пройти психодіагностичне обстеження, спрямоване на оцінку рівня тривожності та якості сну за останній місяць. Заповнення анкет не обмежувалося жорсткими часовими рамками, що дозволяло учасникам відповідати у зручному для них темпі.

Для оцінки рівня тривожності застосовувалася шкала особистісної тривоги Спілбергера - Ханіна (State -Trait Anxiety Inventory, STAI) [2], що дозволяє визначити стабільну схильність особистості до переживання тривожних станів. Методика широко застосовується в психологічних дослідженнях, характеризується високою валідністю та надійністю і дає змогу диференціювати осіб із нормальним та підвищеним рівнем тривожності. Оцінка якості сну проводилася за допомогою Пітсбурзького опитувальника якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) [2]. Методика спрямована на комплексну оцінку суб'єктивної якості сну та включає аналіз семи компонентів: суб'єктивної якості сну, латентності засинання, тривалості сну, ефективності сну, порушень сну, використання снодійних засобів та порушень денного функціонування. Інтегральний показник PSQI дозволяє визначити загальний рівень якості сну, де значення понад порогове вказують на наявність порушень.

У межах дослідження особлива увага приділялася таким компонентам PSQI, як латентність засинання та денне функціонування, оскільки вони вважаються найбільш чутливими до впливу тривожності та відображають як нічні, так і денні прояви порушень сну.

Для аналізу показників якості сну було сформовано підгрупу осіб із підвищеним рівнем тривожності, до якої увійшли 34 респонденти. Саме ця група була використана для подальшого аналізу показників якості сну.

Статистична обробка отриманих даних мала описовий характер і передбачала аналіз кількісних та відсоткових показників.

### **Результати дослідження**

За результатами шкали особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна у 34 із 51 респондента, що становить 66,7 % вибірки, було виявлено підвищений рівень тривожності. Саме ця підгрупа була обрана для подальшого детального аналізу показників якості сну, оскільки підвищена тривожність розглядається як один із провідних психологічних чинників порушень сну.

Аналіз інтегрального показника якості сну за Пітсбурзьким опитувальником (PSQI) у групі осіб із підвищеним рівнем тривожності більшість респондентів продемонстрували порушену якість сну. Добру якість сну ( $PSQI \leq 5$ ) мали лише 4 особи (11,8%), тоді як у 30 осіб (88,2%) показник перевищував порогове значення, що свідчить про наявність порушень сну.

Для детальнішого аналізу особливостей сну було розглянуто окремі компоненти Пітсбурзького опитувальника, зокрема латентність засинання та порушення денного функціонування, які вважаються найбільш чутливими до впливу тривожності. Аналіз показав, що порушення латентності засинання (наявність балів  $\geq 1$ ) було виявлено у 32 із 34 осіб із підвищеним рівнем тривожності, що становить 94,1 % підгрупи. Це свідчить про значні труднощі із засинанням, які можуть бути пов'язані з підвищеною психофізіологічною активацією, напруженням та нав'язливими тривожними думками у вечірній і нічний час.

Аналогічні результати було отримано й щодо порушень денного функціонування. У 32 респондентів (94,1 %) було зафіксовано негативний вплив якості сну на самопочуття та функціонування протягом дня, що проявлялося у відчутті втоми, зниженні працездатності, труднощах концентрації уваги та підвищеній емоційній виснаженості. Така висока частота денних проявів

порушень сну свідчить про те, що проблеми зі сном у осіб із підвищеним рівнем тривожності мають не лише нічний, а й пролонгований денний характер.

Загалом результати проведеного дослідження засвідчили, що у більшості осіб із підвищеним рівнем тривожності спостерігається системний характер порушень сну, який охоплює як процес засинання, так і відновлювальну функцію нічного сну. Отримані дані свідчать про те, що порушення сну в цієї категорії респондентів не обмежуються окремими епізодичними труднощами, а мають комплексний і стійкий характер.

Особливо вираженими виявилися труднощі, пов'язані з латентністю засинання. Значна частка осіб із підвищеним рівнем тривожності повідомляла про подовження часу, необхідного для засинання, що може бути пов'язано з підвищеною психофізіологічною активацією, напруженням та нав'язливими тривожними думками у вечірній час. Такі особливості свідчать про порушення механізмів релаксації та переходу організму в стан, необхідний для повноцінного початку сну.

Водночас результати аналізу компонентів якості сну показали, що порушення не обмежуються лише нічним періодом, а мають виражені денні наслідки. У більшості респондентів із підвищеним рівнем тривожності зафіксовано порушення денного функціонування, які проявлялися у відчутті постійної втоми, зниженні працездатності, труднощах концентрації уваги та емоційному виснаженні. Це вказує на зниження відновлювального потенціалу сну та недостатню компенсацію психоемоційних і фізіологічних ресурсів організму.

Поєднання труднощів із засинанням і зниження ефективності денного функціонування дозволяє розглядати порушення сну в осіб із підвищеним рівнем тривожності як цілісний психофізіологічний феномен. Такий характер порушень свідчить про тісний взаємозв'язок між емоційною сферою та регуляцією циклу «сон – неспання», за якого тривожність може виступати як чинником ініціації розладів сну, так і фактором, що підтримує їх хронічний перебіг.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що порушення сну в осіб із підвищеним рівнем тривожності мають комплексний характер і

проявляються як у нічний, так і в денний період. Це підкреслює доцільність урахування психологічних чинників, зокрема рівня тривожності, при оцінці якості сну та плануванні профілактичних і корекційних психологічних заходів у дорослій неклінічній популяції.

### **Висновки**

Проведене дослідження дозволило узагальнити особливості якості сну у дорослих осіб із підвищеним рівнем тривожності та виявити найбільш вразливі компоненти сну в межах неклінічної популяції. Виявлені закономірності створюють підґрунтя для формулювання узагальнених висновків щодо взаємозв'язку тривожності та якості сну. У більшості досліджуваних осіб було виявлено підвищений рівень тривожності, що підтверджує поширеність тривожних проявів у дорослій неклінічній популяції та актуальність вивчення їх впливу на ментальне здоров'я.

Встановлено, що переважна більшість осіб із підвищеним рівнем тривожності мають порушену якість сну. Найбільш вираженими є труднощі із засинанням і порушення денного функціонування, що свідчить про зниження відновлювальної функції сну.

Отримані результати підтверджують тісний взаємозв'язок між тривожністю та якістю сну й підкреслюють доцільність розробки психологічних профілактичних і корекційних заходів, спрямованих на зниження тривожності та покращення якості сну.

### **Список використаних джерел**

1. Чабан О. С. Психосоматична діагностика та психотерапія. Київ: Медкнига, 2018. 304 с.
2. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. /за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. 2-ге вид., випр. і допов. Київ: Медкнига, 2019. 112 с. ISBN 978-966-1597-65-4.
3. Hale L., Troxel W., Buysse D. Sleep health: An opportunity for public health to address health equity // Sleep Health. 2020. Vol. 6, № 4. P. 498–500. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094412>.

4. Palagini L., Hertenstein E., Riemann D., Nissen C. Insomnia, anxiety, and related disorders: A systematic review // Sleep Medicine Reviews. 2024. Vol. 72. Art. 101873. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.103936>.

5. Ramar K., Malhotra R. K., Carden K. A. та ін. Sleep is essential to health: An American Academy of Sleep Medicine position statement // Journal of Clinical Sleep Medicine. 2021. Vol. 17, № 10. P. 2115–2119. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.9476>.

## Додаток В

Таблиця 1. Зведена таблиця розрахунку компонентів якості сну відповідно до методики PSQI

| N<br>п/п | Вік<br>(повних<br>років) | Стать    | Об'єктивна<br>якість сну | Латентність<br>засинання | Тривалість<br>сну | Ефективність<br>сну | Порушення<br>сну | Використання<br>снодійних | Порушення<br>денного ф-ня |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1        | 2                        | 3        | 4                        | 5                        | 6                 | 7                   | 8                | 9                         | 10                        |
| 1        | 32                       | Жіноча   | 2                        | 1                        | 0                 | 2                   | 1                | 0                         | 1                         |
| 2        | 29                       | Чоловіча | 2                        | 2                        | 1                 | 1                   | 1                | 0                         | 1                         |
| 3        | 29                       | Жіноча   | 1                        | 0                        | 0                 | 0                   | 2                | 0                         | 1                         |
| 4        | 31                       | Жіноча   | 2                        | 2                        | 1                 | 0                   | 1                | 3                         | 2                         |
| 5        | 22                       | Жіноча   | 2                        | 2                        | 1                 | 2                   | 2                | 0                         | 2                         |
| 6        | 29                       | Жіноча   | 1                        | 1                        | 0                 | 1                   | 1                | 0                         | 1                         |
| 7        | 28                       | Чоловіча | 1                        | 1                        | 1                 | 0                   | 1                | 0                         | 1                         |
| 8        | 28                       | Чоловіча | 2                        | 1                        | 1                 | 1                   | 1                | 0                         | 2                         |
| 9        | 33                       | Жіноча   | 2                        | 2                        | 1                 | 3                   | 2                | 0                         | 1                         |
| 10       | 29                       | Жіноча   | 2                        | 1                        | 1                 | 0                   | 1                | 0                         | 1                         |
| 11       | 29                       | Чоловіча | 2                        | 2                        | 0                 | 0                   | 1                | 0                         | 1                         |
| 12       | 32                       | Жіноча   | 2                        | 2                        | 1                 | 0                   | 2                | 0                         | 2                         |
| 13       | 33                       | Чоловіча | 1                        | 1                        | 0                 | 1                   | 1                | 0                         | 0                         |
| 14       | 44                       | Жіноча   | 2                        | 3                        | 1                 | 0                   | 2                | 0                         | 2                         |
| 15       | 28                       | Жіноча   | 1                        | 1                        | 1                 | 0                   | 1                | 0                         | 1                         |

| 1  | 2  | 3        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----------|---|---|---|---|---|---|----|
| 16 | 30 | Жіноча   | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2  |
| 17 | 27 | Чоловіча | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1  |
| 18 | 29 | Жіноча   | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1  |
| 19 | 28 | Жіноча   | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2  |
| 20 | 27 | Жіноча   | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2  |
| 21 | 34 | Жіноча   | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2  |
| 22 | 23 | Жіноча   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1  |
| 23 | 18 | Жіноча   | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3  |
| 24 | 23 | Жіноча   | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2  |
| 25 | 27 | Чоловіча | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1  |
| 26 | 20 | Чоловіча | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1  |
| 27 | 18 | Жіноча   | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2  |
| 28 | 20 | Жіноча   | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 3  |
| 29 | 29 | Жіноча   | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2  |
| 30 | 30 | Жіноча   | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0  |
| 31 | 18 | Жіноча   | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2  |
| 32 | 21 | Жіноча   | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1  |
| 33 | 31 | Жіноча   | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2  |
| 34 | 28 | Чоловіча | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2  |

| 1  | 2  | 3        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----------|---|---|---|---|---|---|----|
| 35 | 32 | Жіноча   | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 3  |
| 36 | 30 | Жіноча   | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 37 | 29 | Чоловіча | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 38 | 55 | Жіноча   | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1  |
| 39 | 47 | Чоловіча | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1  |
| 40 | 48 | Жіноча   | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1  |
| 41 | 29 | Чоловіча | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2  |
| 42 | 20 | Жіноча   | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1  |
| 43 | 25 | Жіноча   | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 44 | 35 | Жіноча   | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2  |
| 45 | 29 | Чоловіча | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 46 | 23 | Жіноча   | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2  |
| 47 | 38 | Жіноча   | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2  |
| 48 | 36 | Чоловіча | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 49 | 31 | Чоловіча | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 50 | 35 | Жіноча   | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 51 | 53 | Жіноча   | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1  |
| 52 | 34 | Жіноча   | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2  |
| 53 | 30 | Жіноча   | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1  |

| 1  | 2  | 3        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----------|---|---|---|---|---|---|----|
| 54 | 19 | Жіноча   | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2  |
| 55 | 21 | Жіноча   | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 56 | 45 | Жіноча   | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2  |
| 57 | 21 | Жіноча   | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1  |
| 58 | 47 | Жіноча   | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2  |
| 59 | 18 | Чоловіча | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1  |
| 60 | 29 | Чоловіча | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2  |
| 61 | 25 | Жіноча   | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0  |

## Додаток Г

Таблиця 2. Зведена таблиця сирих балів розрахунків відповідно до методик

| N<br>п/п | Вік<br>(повних<br>років) | Стать    | PSQI | Інсомнія,<br>ISI | HADS,<br>тривога | HADS,<br>депресія | STAI,<br>Реактивна<br>тривога | STAI,<br>Особистісна<br>тривога | DASS – 21<br>депресія | DASS – 21<br>тривожність | DASS –<br>21 стресь |
|----------|--------------------------|----------|------|------------------|------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|
| 1        | 2                        | 3        | 4    | 5                | 6                | 7                 | 8                             | 9                               | 10                    | 11                       | 12                  |
| 1        | 32                       | Жіноча   | 7    | 4                | 9                | 2                 | 45                            | 54                              | 10                    | 3                        | 11                  |
| 2        | 29                       | Чоловіча | 8    | 7                | 9                | 5                 | 50                            | 48                              | 6                     | 2                        | 9                   |
| 3        | 29                       | Жіноча   | 4    | 7                | 2                | 2                 | 37                            | 30                              | 7                     | 0                        | 5                   |
| 4        | 31                       | Жіноча   | 11   | 12               | 9                | 7                 | 51                            | 47                              | 4                     | 3                        | 6                   |
| 5        | 22                       | Жіноча   | 11   | 16               | 9                | 6                 | 44                            | 43                              | 5                     | 3                        | 7                   |
| 6        | 29                       | Жіноча   | 5    | 3                | 6                | 2                 | 35                            | 39                              | 5                     | 1                        | 5                   |
| 7        | 28                       | Чоловіча | 5    | 3                | 8                | 2                 | 39                            | 32                              | 1                     | 2                        | 0                   |
| 8        | 28                       | Чоловіча | 8    | 5                | 13               | 11                | 54                            | 56                              | 13                    | 1                        | 5                   |
| 9        | 33                       | Жіноча   | 11   | 12               | 5                | 3                 | 42                            | 40                              | 2                     | 5                        | 5                   |
| 10       | 29                       | Жіноча   | 6    | 8                | 17               | 14                | 61                            | 74                              | 18                    | 3                        | 13                  |
| 11       | 29                       | Чоловіча | 6    | 13               | 6                | 7                 | 38                            | 36                              | 2                     | 2                        | 4                   |
| 12       | 32                       | Жіноча   | 9    | 15               | 12               | 4                 | 55                            | 65                              | 17                    | 3                        | 12                  |
| 13       | 33                       | Чоловіча | 4    | 7                | 9                | 9                 | 48                            | 42                              | 9                     | 7                        | 10                  |
| 14       | 44                       | Жіноча   | 10   | 19               | 12               | 5                 | 58                            | 56                              | 4                     | 2                        | 11                  |
| 15       | 28                       | Жіноча   | 5    | 8                | 11               | 3                 | 44                            | 44                              | 2                     | 2                        | 8                   |

| 1  | 2  | 3        | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 16 | 30 | Жіноча   | 6  | 2  | 10 | 6  | 52 | 44 | 5  | 3  | 6  |
| 17 | 27 | Чоловіча | 15 | 18 | 6  | 9  | 48 | 45 | 7  | 4  | 11 |
| 18 | 29 | Жіноча   | 10 | 12 | 13 | 5  | 54 | 62 | 7  | 7  | 11 |
| 19 | 28 | Жіноча   | 12 | 17 | 14 | 17 | 62 | 58 | 11 | 12 | 19 |
| 20 | 27 | Жіноча   | 4  | 8  | 8  | 3  | 40 | 50 | 5  | 8  | 10 |
| 21 | 34 | Жіноча   | 9  | 8  | 8  | 6  | 52 | 47 | 5  | 3  | 13 |
| 22 | 23 | Жіноча   | 6  | 4  | 10 | 8  | 42 | 53 | 9  | 9  | 11 |
| 23 | 18 | Жіноча   | 11 | 20 | 16 | 15 | 62 | 68 | 18 | 16 | 20 |
| 24 | 23 | Жіноча   | 13 | 11 | 9  | 5  | 41 | 45 | 8  | 4  | 10 |
| 25 | 27 | Чоловіча | 5  | 4  | 6  | 4  | 38 | 37 | 2  | 1  | 8  |
| 26 | 20 | Чоловіча | 6  | 9  | 5  | 2  | 37 | 31 | 2  | 2  | 4  |
| 27 | 18 | Жіноча   | 10 | 9  | 9  | 7  | 44 | 51 | 8  | 6  | 6  |
| 28 | 20 | Жіноча   | 13 | 19 | 11 | 7  | 60 | 68 | 14 | 8  | 17 |
| 29 | 29 | Жіноча   | 9  | 16 | 13 | 8  | 62 | 52 | 17 | 4  | 14 |
| 30 | 30 | Жіноча   | 7  | 6  | 8  | 7  | 51 | 41 | 5  | 6  | 11 |
| 31 | 18 | Жіноча   | 8  | 15 | 11 | 9  | 53 | 57 | 9  | 10 | 13 |
| 32 | 21 | Жіноча   | 10 | 20 | 10 | 6  | 53 | 66 | 15 | 0  | 7  |
| 33 | 31 | Жіноча   | 9  | 14 | 10 | 9  | 50 | 55 | 9  | 6  | 9  |
| 34 | 28 | Чоловіча | 7  | 5  | 7  | 3  | 47 | 38 | 5  | 3  | 5  |

| 1  | 2  | 3        | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 35 | 32 | Жіноча   | 14 | 18 | 12 | 10 | 59 | 58 | 8  | 9  | 9  |
| 36 | 30 | Жіноча   | 7  | 14 | 7  | 4  | 49 | 35 | 4  | 2  | 7  |
| 37 | 29 | Чоловіча | 4  | 6  | 4  | 3  | 40 | 40 | 3  | 2  | 7  |
| 38 | 55 | Жіноча   | 7  | 15 | 12 | 7  | 51 | 51 | 6  | 6  | 9  |
| 39 | 47 | Чоловіча | 8  | 15 | 7  | 5  | 43 | 36 | 8  | 7  | 7  |
| 40 | 48 | Жіноча   | 9  | 16 | 10 | 6  | 49 | 44 | 3  | 3  | 7  |
| 41 | 29 | Чоловіча | 8  | 7  | 11 | 4  | 66 | 60 | 19 | 11 | 16 |
| 42 | 20 | Жіноча   | 7  | 11 | 14 | 5  | 47 | 49 | 2  | 6  | 6  |
| 43 | 25 | Жіноча   | 4  | 4  | 9  | 5  | 39 | 40 | 1  | 1  | 4  |
| 44 | 35 | Жіноча   | 20 | 23 | 15 | 11 | 68 | 54 | 17 | 7  | 15 |
| 45 | 29 | Чоловіча | 6  | 9  | 14 | 12 | 54 | 58 | 14 | 4  | 12 |
| 46 | 23 | Жіноча   | 10 | 8  | 9  | 5  | 50 | 57 | 6  | 0  | 4  |
| 47 | 38 | Жіноча   | 6  | 8  | 10 | 5  | 55 | 65 | 15 | 7  | 16 |
| 48 | 36 | Чоловіча | 3  | 0  | 4  | 3  | 30 | 33 | 2  | 1  | 3  |
| 49 | 31 | Чоловіча | 6  | 3  | 8  | 8  | 49 | 49 | 9  | 3  | 7  |
| 50 | 35 | Жіноча   | 4  | 4  | 7  | 4  | 44 | 44 | 2  | 3  | 5  |
| 51 | 53 | Жіноча   | 13 | 17 | 9  | 7  | 38 | 53 | 6  | 4  | 9  |
| 52 | 34 | Жіноча   | 9  | 13 | 9  | 7  | 54 | 51 | 9  | 3  | 10 |
| 53 | 30 | Жіноча   | 6  | 10 | 11 | 3  | 58 | 58 | 10 | 3  | 11 |

| 1  | 2  | 3        | 4  | 5  | 6  | 7 | 8  | 9  | 10 | 9 |    |
|----|----|----------|----|----|----|---|----|----|----|---|----|
| 54 | 19 | Жіноча   | 6  | 7  | 10 | 8 | 42 | 43 | 2  | 9 | 17 |
| 55 | 21 | Жіноча   | 6  | 13 | 8  | 8 | 50 | 60 | 5  | 8 | 10 |
| 56 | 45 | Жіноча   | 8  | 14 | 9  | 6 | 55 | 57 | 13 | 6 | 8  |
| 57 | 21 | Жіноча   | 8  | 12 | 8  | 5 | 39 | 41 | 2  | 7 | 5  |
| 58 | 47 | Жіноча   | 11 | 14 | 6  | 3 | 47 | 44 | 9  | 1 | 5  |
| 59 | 18 | Чоловіча | 4  | 9  | 8  | 5 | 37 | 37 | 6  | 3 | 6  |
| 60 | 29 | Чоловіча | 10 | 11 | 16 | 8 | 60 | 69 | 11 | 6 | 10 |
| 61 | 25 | Жіноча   | 2  | 4  | 6  | 3 | 36 | 32 | 3  | 2 | 5  |

## Додаток Д

**Тренінгова програма психологічної профілактики порушень сну****Заняття 1. Сон і тривожність: психоосвіта та первинна діагностика**

**Мета заняття** – познайомити учасників між собою та з форматом програми, створити безпечну атмосферу, надати базову психоосвітню інформацію про сон і тривожність, пояснити механізм взаємозв'язку між стресом і порушеннями сну, а також провести первинну самооцінку труднощів учасників.

**Хід заняття:****1. Вправа «Знайомство та очікування» (15 хв)**

**Мета** – сформувати перший контакт між учасниками, створити довірливу атмосферу та визначити очікування від програми.

**Опис:** Учасники по черзі називають своє ім'я та відповідають на запитання:

*«Що привело мене на цю програму?»*

*«Що я хотів(ла) б покращити у своєму сні?»*

*«Який результат буде для мене успіхом?»*

Ведучий підтримує учасників, коротко підсумовує та підкреслює спільність запитів.

**2. Вправа «Правила групи» (10 хв)**

**Мета** – визначити правила взаємодії, що забезпечують психологічну безпеку, конфіденційність та комфорт учасників.

**Опис:** Ведучий пропонує учасникам перелік базових правил та доповнює їх спільними пропозиціями групи.

Приклади правил: конфіденційність; повага до думок інших; говоримо від себе («я-висловлювання»); право не відповідати; активна участь; пунктуальність; доброзичливий тон спілкування. Правила фіксуються письмово (на екрані/дошці).

**3. Міні-лекція «Що таке тривожність і як вона впливає на сон?» (15 хв)**

**Мета** – надати учасникам базове розуміння поняття тривоги, тривожності та їх ролі у порушеннях сну.

**Опис:** Ведучий коротко пояснює різницю між тривогою як нормальним станом і тривожністю як стійкою схильністю.

Розглядаються основні прояви тривожності: фізіологічні (серцебиття, напруга, поверхнєве дихання); когнітивні (нав'язливі думки, катастрофізація); поведінкові (уникнення, контроль).

Ведучий акцентує увагу на тому, що тривога запускає стан «бойової готовності», який заважає засинанню.

#### **4. Вправа «Замкнене коло: тривога – безсоння» (15 хв)**

**Мета** – допомогти учасникам усвідомити механізм підтримання безсоння через тривожність.

**Опис:** Ведучий демонструє схему:

тривога => труднощі засинання => виснаження => погіршення самопочуття  
=> зростання тривоги.

Після пояснення учасникам пропонується відповісти:

*«Який етап цього кола найбільш знайомий для мене?»*

*«Що я роблю, коли не можу заснути?»*

Обговорення відбувається у форматі кола.

#### **5. Вправа «Карта мого сну» (20 хв)**

**Мета** – провести первинну діагностику порушень сну та актуальних труднощів учасників.

**Опис:** Учасникам пропонується заповнити коротку схему, відповівши на запитання:

*«Коли я зазвичай лягаю спати?»*

*«Скільки часу засинаю?»*

*«Чи прокидаюсь вночі?»*

*«Що я роблю перед сном?»*

*«Які думки найчастіше з'являються у ліжку?»*

*«Що найбільше заважає моєму сну?»*

Після виконання учасники (за бажанням) діляться висновками.

#### **6. Підсумкова рефлексія «Що було корисним?» (15 хв)**

**Мета** – закріпити отримані знання, завершити зустріч у підтримувальному форматі.

**Опис:** Кожен учасник відповідає на одне запитання:

*«Що я беру з собою після сьогоднішнього заняття?»*

Або

*«Що для мене було найважливішим?»*

**Домашнє завдання:**

1. Розпочати ведення щоденника сну (час засинання, пробудження, якість сну, думки, рівень тривоги).
2. Заповнити самооцінку тривожності (за бажанням: шкала Спілбергера-Ханіна або коротке самоспостереження).
3. Заповнити шкалу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index).
4. Протягом тижня спостерігати:
  - що саме найбільше заважає заснути;
  - які повторювані думки виникають перед сном.

## **Заняття 2. Гігієна сну та формування здорового режиму**

**Мета заняття** – сформувати у учасників розуміння гігієни сну як базового інструменту профілактики безсоння, пояснити роль режиму, циркадних ритмів та поведінкових факторів у якості сну, а також допомогти учасникам скласти індивідуальний план здорового вечірнього ритуалу.

**Хід заняття:**

### **1. Вправа «Мій сон за тиждень» (15 хв)**

**Мета** – проаналізувати досвід ведення щоденника сну та актуалізувати основні проблеми учасників.

**Опис:** Ведучий просить учасників поділитися короткими спостереженнями:

- скільки годин вони спали в середньому;
- що найчастіше заважало заснути;
- які дні були кращими/гіршими.

Учасники можуть назвати 1-2 ключові висновки. Ведучий узагальнює відповіді та підводить до теми гігієни сну.

## **2. Міні-лекція «Що таке гігієна сну?» (15 хв)**

**Мета** – пояснити учасникам значення гігієни сну та її вплив на відновлення організму.

**Опис:** Ведучий розкриває поняття гігієни сну як системи поведінкових та середовищних звичок, які підтримують здоровий сон.

*Розглядаються основні компоненти:* стабільний режим сну; середовище для сну (темрява, температура, тиша); обмеження стимуляторів; фізична активність; психологічний стан перед сном.

## **3. Вправа «Фактори, що впливають на мій сон» (15 хв)**

**Мета** – допомогти учасникам усвідомити індивідуальні чинники, які покращують або погіршують сон.

**Опис:** Учасникам пропонується скласти список у дві колонки:

*«Мені допомагає заснути» та «Мені заважає заснути».*

Після виконання учасники (за бажанням) діляться 1-2 пунктами.

## **4. Міні-лекція «Режим сну та циркадні ритми» (10 хв)**

**Мета** – сформулювати розуміння важливості регулярного графіку сну та пробудження.

**Опис:** Ведучий пояснює, що організм має внутрішній біологічний годинник (циркадні ритми), який регулює сон і бадьорість.

*Розглядаються ключові моменти:*

- чому важливо прокидатися приблизно в один і той самий час;
- як світло впливає на вироблення мелатоніну;
- чому «відсипання» у вихідні може збивати режим.

Учасникам пропонується подумати, чи є у них стабільний час підйому.

## **5. Практична вправа «Мій вечірній ритуал» (20 хв)**

**Мета** – сформулювати персональний алгоритм підготовки до сну, який знижує тривожність та напругу.

**Опис:** Учасникам пропонується скласти покроковий план вечірнього ритуалу (30-60 хв до сну).

*Ритуал має включати:* завершення активних справ; обмеження гаджетів; теплий душ або вмивання; спокійне заняття (читання, музика, чай без кофеїну); провітрювання кімнати; приглушене світло; коротку релаксацію або дихальну практику.

## **6. Підсумкова рефлексія «Що я готовий(а) змінити?» (15 хв)**

**Мета** – закріпити мотивацію до змін та підсумувати заняття.

**Опис:** Учасники по колу відповідають на одне запитання:

*«Яку одну зміну я точно готовий(а) зробити цього тижня для покращення сну?»*

**Домашнє завдання:**

1. Продовжувати щоденник сну.
2. Обрати та впровадити 2-3 правила гігієни сну.

## **Заняття 3. Контроль стимулів та поведінкові стратегії зниження безсоння**

**Мета заняття** – навчити учасників змінювати поведінкові звички, які підтримують безсоння, сформулювати правильну асоціацію «ліжко = сон», опанувати техніку контролю стимулів та правила поведінки у ситуації, коли заснути не вдається.

**Хід заняття:**

### **1. Вправа «Перевірка змін» (15 хв)**

**Мета** – обговорити досвід виконання домашнього завдання та оцінити перші результати впровадження гігієни сну.

**Опис:** Учасники коротко діляться:

- які правила гігієни сну вони пробували;
- що було легким, а що складним;
- чи вплинуло це на сон.

### **2. Міні-лекція «Чому мозок перестає асоціювати ліжко зі сном?» (10 хв)**

**Мета** – пояснити психологічний механізм формування безсоння через неправильні асоціації.

**Опис:** Ведучий пояснює, що при частому лежанні в ліжку без сну мозок «вчиться», що ліжка – це місце для:

- хвилювання,
- прокручування думок,
- перегляду телефону,
- роботи,
- перегляду серіалів.

Таким чином формується умовний рефлекс: ліжка = напруга, а не сон.

### **3. Вправа «Що я роблю у ліжку, крім сну?» (15 хв)**

**Мета** – усвідомити поведінкові звички, які підтримують порушення сну.

**Опис:** Учасникам пропонується скласти список дій, які вони виконують у ліжку, окрім сну.

Після цього ведучий запитує:

*«Які з цих дій найбільше стимулюють нервову систему?»*

*«Що можна змінити?»*

### **4. Міні-лекція «Контроль стимулів: ключова техніка при безсонні» (15 хв)**

**Мета** – навчити учасників основних правил техніки контролю стимулів.

**Опис:** Ведучий пояснює принцип чому ліжка повинно асоціюватися тільки зі сном і відпочинком.

*Основні правила контролю стимулів:*

- Лягати в ліжка тільки тоді, коли відчувається сонливість.
- Якщо не вдалося заснути протягом 15-20 хв – потрібно встати.
- Не лежати у ліжку в напрузі або з думками.
- В іншій кімнаті зайнятися спокійною діяльністю (читання, музика, теплий чай).
- Повернутися в ліжка тільки тоді, коли з'явиться сонливість.
- Прокидатися в один і той самий час незалежно від якості сну.

- Уникати денного сну (або обмежувати до 20 хв).

### **5. Практична вправа «Мої тригери безсоння» (15 хв)**

**Мета** – виявити індивідуальні ситуації, які запускають проблеми із засинанням.

**Опис:** Учасникам пропонується заповнити коротку схему:

Тригери (що запускає безсоння) => типова реакція (лежу, нервую, перевіряю час, беру телефон) => наслідок (тривога зростає, засинаю ще пізніше).

Після цього ведучий допомагає учасникам побачити, як реакція підсилює проблему.

### **6. Вправа «Алгоритм дій, якщо я не можу заснути» (15 хв)**

**Мета** – сформувані чіткий поведінковий план на випадок безсонної ночі.

**Опис:** Ведучий пропонує учасникам скласти власний алгоритм із 5-6 кроків

### **7. Підсумкова рефлексія «Що я беру із заняття?» (5 хв)**

**Мета** – закріпити отримані знання та підсумувати роботу.

**Опис:** Учасники по колу завершують фразу:

*«Сьогодні я зрозумів(ла), що...» або*

*«Моя головна зміна цього тижня буде...»*

### **Домашнє завдання**

- Продовжувати щоденник сну.
- Впровадити техніку контролю стимулів (3-4 рази протягом тижня).
- Спробувати прибрати подразники зі спальні (телефон, годинник, яскраве світло).

## **Заняття 4. Когнітивні викривлення та тривожні думки перед сном**

**Мета заняття** – навчити учасників розпізнавати автоматичні тривожні думки та когнітивні викривлення, які заважають засинанню, сформувані навички когнітивної реструктуризації (зміни негативних переконань), а також знизити страх перед безсонням і гіперконтроль над сном.

### **Хід заняття:**

#### **1. Вправа «Мій досвід за тиждень» (15 хв)**

**Мета** – обговорити результати виконання домашнього завдання (контроль стимулів) та актуалізувати проблемні ситуації, пов'язані із засинанням.

**Опис:** Учасники діляться:

- чи вдалося застосовувати правило «вставати з ліжка»;
- які труднощі виникали;
- чи змінилася тривога перед сном.

## **2. Міні-лекція «Як думки впливають на сон?» (10 хв)**

**Мета** – пояснити учасникам когнітивний механізм безсоння та роль автоматичних думок.

**Опис:** Ведучий розповідає, що порушення сну часто підтримується не лише фізіологічним напруженням, а й думками, які запускають тривогу.

Пояснюється зв'язок: думка => емоція => реакція тіла => поведінка => безсоння.

## **3. Вправа «Думки перед сном» (15 хв)**

**Мета** – допомогти учасникам усвідомити типові автоматичні думки, які виникають у вечірній час.

**Опис:** Учасникам пропонується записати 3-5 думок, які найчастіше виникають перед сном, наприклад:

*«Якщо я не засну – завтра буде жахливо»*

*«Я знову не висплюся»*

*«Я не маю права помилятися на роботі»*

*«Я не витримаю цей день»*

*«Треба швидше заснути»*

Після цього учасники (за бажанням) озвучують свої приклади. Ведучий узагальнює і підкреслює, що такі думки типові для тривожних людей.

## **4. Міні-лекція «Когнітивні викривлення при безсонні» (15 хв)**

**Мета** – навчити учасників розпізнавати типові помилки мислення, що підсилюють тривожність.

**Опис:** Ведучий пояснює основні когнітивні викривлення, які часто виникають у людей з безсонням:

Катастрофізація: «Якщо я не засну – завтра все зруйнується».

Гіперконтроль: «Я маю заснути зараз, інакше буде погано».

Чорно-біле мислення: «Або я сплю ідеально, або це провал».

Надмірне узагальнення: «Я ніколи нормально не сплю».

Прогнозування майбутнього: «Я точно завтра не впораюся».

Фокус на негативі: помічання лише поганих ночей, ігнорування нормальних.

## **5. Практична вправа «Думка – емоція – реакція» (20 хв)**

**Мета** – навчити учасників аналізувати ситуацію за когнітивною схемою та бачити, як думки формують стан.

**Опис:** Учасники отримують шаблон таблиці.

Ситуація: (лягла спати, але не засинаю)

Думка: («Я знову не засну»)

Емоція: (страх, роздратування, безпорадність)

Реакція тіла: (серцебиття, напруга, тиск у грудях)

Поведінка: (дивлюся годинник, беру телефон, кручуся)

Наслідок: (ще більша тривога, сон не приходить)

Після виконання учасники можуть поділитися прикладами. Ведучий допомагає коректно формулювати думки й емоції.

## **6. Вправа «Переформулювання думок» (15 хв)**

**Мета** – навчити учасників замінювати тривожні думки на більш реалістичні та підтримувальні.

**Опис:** Ведучий пояснює принцип когнітивної реструктуризації:

не потрібно «думати позитивно», важливо думати реалістично.

Учасникам пропонується взяти одну негативну думку і перетворити її на альтернативну.

Приклад:

Негативна думка: «Якщо я не засну – завтра все буде жахливо».

Альтернатива: «Навіть якщо я посплю менше, я все одно зможу прожити день. Я вже мав(ла) такий досвід».

Учасники роблять 2-3 переформулювання. Ведучий заохочує шукати м'які та реалістичні формулювання.

### **7. Підсумкова рефлексія «Що було важливим?» (10 хв)**

**Мета** – закріпити результати заняття та завершити роботу.

**Опис:** Учасники по колу відповідають:

*«Яка думка про сон сьогодні для мене змінилася?»*

або

*«Що я спробую робити інакше цього тижня?»*

### **Домашнє завдання**

1. Продовжувати щоденник сну.
2. Протягом тижня заповнювати таблицю когнітивної реструктуризації (мінімум 3 рази): ситуація => думка => емоція => реакція => альтернативна думка.

## **Заняття 5. Техніки релаксації та емоційної саморегуляції**

**Мета заняття** – навчити учасників базових технік релаксації та саморегуляції для зниження психоемоційної напруги, активізації парасимпатичної нервової системи, зменшення тривожності перед сном та формування навички свідомого розслаблення як важливої умови здорового засинання.

### **Хід заняття:**

#### **1. Вправа «Перевірка стану» (10 хв)**

**Мета** – актуалізувати емоційний стан учасників, оцінити рівень напруги «тут і зараз», налаштувати групу на роботу.

**Опис:** Учасники по колу оцінюють свій рівень напруги за шкалою від 0 до 10, де 0 – спокій, 10 – максимальна напруга.

Далі ведучий ставить запитання:

*«Що найбільше впливає на ваш стан сьогодні?»*

*«Що вам допомагає хоча б трохи заспокоїтися?»*

Учасники відповідають коротко по черзі.

#### **2. Обговорення домашнього завдання (10 хв)**

**Мета** – закріпити навички когнітивної реструктуризації та підтримати учасників у їхніх спробах змінити тривожні думки.

**Опис:** Учасники діляться прикладами ситуацій, коли вони застосовували таблицю «думка–емоція–реакція».

Ведучий уточнює:

- які думки найчастіше повторювалися;
- чи вдалося знайти альтернативні переконання;
- як це вплинуло на засинання.

### **3. Міні-лекція «Фізіологія стресу і сон» (15 хв)**

**Мета** – пояснити механізм впливу стресу на тіло та сон, підвести до необхідності релаксаційних технік.

**Опис:** Ведучий пояснює, що при тривозі активується симпатична нервова система («бий або тікай»), а для засинання потрібна парасимпатична («відпочивай і відновлюйся»).

Розглядаються прояви стресу:

- напруга в м'язах;
- прискорене серцебиття;
- поверхнєве дихання;
- підвищена пильність мозку.

### **4. Вправа «Де у тілі живе моя тривога?» (10 хв)**

**Мета** – навчити учасників усвідомлювати тілесні прояви напруги та розпізнавати сигнали стресу.

**Опис:** Учасникам пропонується відповісти письмово або усно на запитання:

*«У якій частині тіла я відчуваю напругу, коли хвилююся?»*

*«Як саме це проявляється?»*

Приклади: затиснуті плечі, важкість у грудях, напруга у животі, спазм у горлі, стискання щелеп.

### **5. Практика «Дихальна техніка 4-7-8» (15 хв)**

**Мета** – знизити рівень фізіологічного збудження та активізувати парасимпатичну нервову систему через регуляцію дихання.

**Опис:** Ведучий пояснює, що повільний видих є сигналом безпеки для нервової системи.

*Інструкція:*

- Вдих носом на 4 рахунки.
- Затримка дихання на 7 рахунків.
- Повільний видих ротом на 8 рахунків.
- Повторити 4 цикли.
- Після вправи ведучий запитує учасників про відчуття:

*«Що змінилося в тілі?»*

*«Чи стало легше дихати?»*

## **6. Практика «Прогресивна м'язова релаксація (Джейкобсон)» (20 хв)**

**Мета** — знизити м'язове напруження, сформувати навичку глибокого розслаблення тіла.

**Опис:** Ведучий проводить учасників через чергування напруження та розслаблення м'язів.

*Вправи для м'язів ніг:*

1. Підіжміть пальці на ногах (ніби в кулак), сильніше і сильніше напружуйте їх. Потримайте в напруженому стані. Розслабте. В розслабленому стані перебувайте кілька секунд. Ніяких рухів не робіть. Слідкуйте за відчуттями в м'язах.

2. Носки витягнути вперед, напружити, на кілька секунд зафіксувати в напруженому стані. Розслабити.

3. Носки тягнути на себе, дуже сильно напружити, зафіксувати в напрузі кілька секунд. Розслабити. Прислухайтеся до своїх відчуттів.

4. Ноги підняти над підлогою у витягнутому положенні на 15-20 см. Тримати напруженими у витягнутому положенні. Розслабити і опустити.

*Вправи для м'язів рук:*

1. Кисті стиснути в кулаки. Тримати в напрузі кілька секунд. Розслабити.

2. Руки потрібно зігнути в ліктях. Біцепс напружити, тримати декілька секунд. Розслабити, розігнути руки. Не забувайте спостерігати за власними відчуттями.

3. Руки напружуйте по наростаючій – кисть, потім біцепс і трицепс, одночасно вдавлюючи її в підлокітник або підлогу. Повільно розслабтеся.

*Вправи для м'язів живота і спини:*

1. Зробіть глибокий вдих і затримайте його на 4-10 секунд. Видихніть і розслабтеся.

2. Втягніть живіт, напружуючи м'язи пресу. Повільно розслабтеся.

Вправи для м'язів голови і шиї: після завершення ведучий просить учасників звернути увагу на різницю «до» і «після».

*Вправи для м'язів голови і шиї:*

1. Потягнутися підборіддям до грудей. Плечі при цьому не тягнемо до вух. Утримувати напругу кілька секунд. Розслабитися. Дану вправу виконувати повільно. Люди, в яких є захворювання у шийному відділі хребта, можуть виконувати дану вправу лише після консультації лікаря.

2. Підняти плечі до вух, напружити. Утримувати напругу кілька секунд. Розслабитися.

3. Щелепи щільно стиснути. Тримати в напруженому стані кілька секунд. Розслабитися.

4. Наморщити Лоб. На кілька секунд зафіксувати напругу, після цього розслабитися.

5. Щільно стиснути губи. Тримати декілька секунд в нарузі. Розслабитися.

6. Очі заплющити, повіки напружити. Фіксувати напругу кілька секунд. Розслабитися.

*Завершальна вправа:* Напружити всі м'язи тіла одночасно (ноги, руки, живіт, спина, голова) на кілька секунд. Потім повністю максимально розслабитися.

## **7. Практика «Майндфулнес: сканування тіла» (10 хв)**

**Мета** – зменшити інтенсивність тривожних думок та навчити учасників повертати увагу до теперішнього моменту.

**Опис:** Ведучий пропонує учасникам сісти зручно, заплющити очі (за бажанням) і поступово спрямовувати увагу на частини тіла: ноги => живіт => груди => плечі => обличчя.

Учасники спостерігають відчуття без оцінювання.

## **8. Вправа «Підсумок заняття» (5 хв)**

**Мета** – закріпити позитивний ефект, отримати зворотний зв'язок та завершити заняття.

**Опис:** Учасники по колу відповідають на одне запитання:

*«Що я беру із сьогоднішньої зустрічі?»*

або

*«Що я хочу спробувати застосувати вже сьогодні ввечері?»*

### **Домашнє завдання**

1. Продовжувати ведення щоденника сну.
2. Заповнити самооцінку тривожності (за бажанням: шкала Спілбергера–Ханіна або коротке самоспостереження).
3. Обрати одну техніку релаксації (дихання/м'язова релаксація/майндфулнес) та виконувати її щоденно 10–15 хв перед сном.
4. За бажанням: створити комфортні умови для релаксації (приглушене світло, тиша, провітрювання кімнати).

## **Заняття 6. Стресостійкість та профілактичний план підтримки сну**

**Мета заняття** – узагальнити та закріпити отримані знання і навички, сформувати у учасників розуміння впливу стресу на сон, розвинути навички стресостійкості та адаптивного подолання тривожних станів, а також створити індивідуальний профілактичний план підтримки якісного сну й психологічної рівноваги після завершення програми.

### **Хід заняття:**

#### **1. Вправа «Мій стан сьогодні» (10 хв)**

**Мета** – актуалізувати емоційний стан учасників, налаштувати на завершальну зустріч та підсумувати зміни, які відбулися під час програми.

**Опис:** Учасники оцінюють свій рівень напруги за шкалою 0–10 та коротко відповідають на запитання:

*«Як я почуваюся зараз?»*

*«Що змінилося у моєму стані за час програми?»*

Ведучий підкреслює навіть невеликі позитивні зрушення.

## **2. Обговорення домашнього завдання (10 хв)**

**Мета** – закріпити навички релаксації та оцінити їх ефективність для кожного учасника.

**Опис:** Учасники діляться досвідом:

- яку техніку вони обрали для практики;
- чи вдавалося виконувати регулярно;
- які результати відчули (зменшення напруги, швидше засинання, менше пробуджень).

## **3. Міні-лекція «Стрес і сон: як не потрапити у замкнене коло» (15 хв)**

**Мета** – пояснити, як хронічний стрес впливає на нервову систему та які механізми підтримують безсоння.

**Опис:** Ведучий розкриває поняття стресу як реакції організму на перевантаження та небезпеку.

Пояснюється, що:

- стрес підвищує рівень напруги і активності мозку;
- тривожні думки підсилюють фізіологічне збудження.

недосипання знижує стійкість до стресу.

Формується схема: стрес => тривога => порушення сну => виснаження => ще більший стрес.

## **4. Вправа «Мої джерела стресу» (15 хв)**

**Мета** – допомогти учасникам усвідомити основні чинники стресу, що впливають на сон.

**Опис:** Учасники складають список (письмово або в чаті) своїх основних стресових факторів (наприклад: робота та дедлайни; конфлікти; фінансові

труднощі; новини; невизначеність; страх помилок; перевантаження відповідальністю).

Далі ведучий запитує:

*«Що з цього я можу контролювати?»*

*«Що я не можу змінити, але можу змінити ставлення?»*

### **5. Вправа «Коло контролю» (15 хв)**

**Мета** – навчити учасників розділяти ситуації на контрольовані та неконтрольовані, знижуючи рівень тривоги.

**Опис:** Ведучий пропонує учасникам намалювати два кола:

Коло 1: «Я контролюю» (режим дня, кількість кави, вечірній ритуал, реакцію на думки)

Коло 2: «Я не контролюю» (погода, поведінка інших людей, глобальні події)

Після виконання учасники діляться висновками.

Ведучий підкреслює: тривога зростає тоді, коли людина витрачає енергію на те, що не піддається контролю.

### **6. Міні-лекція «Копінг-стратегії: адаптивні та неадаптивні» (10 хв)**

**Мета** – сформуванню уявлення про способи подолання стресу та їх вплив на сон.

**Опис:** Ведучий пояснює поняття копінг-стратегій та наводить приклади:

#### ***Неадаптивні:***

прокрастинація;  
«залипання» в телефоні до ночі;  
алкоголь як спосіб заснути;  
самокритика;  
уникання проблем.

#### ***Адаптивні:***

планування і структурування дня;  
фізична активність;  
підтримка соціальних контактів;  
техніки релаксації;  
обмеження інформаційного потоку;  
усвідомленість і самопідтримка.

### **7. Вправа «Мої ресурси» (10 хв)**

**Мета** – допомогти учасникам знайти особисті ресурси для відновлення та зниження напруги.

**Опис:** Учасники відповідають на питання:

*«Що мене підтримує?»*

*«Що відновлює мою енергію?»*

*«Які заняття допомагають мені відчувати спокій?»*

Приклади: прогулянки, спорт, творчість, спілкування, музика, читання, молитва/медитація, природа.

## **8. Практична вправа «Мій план підтримки сну та психологічної рівноваги» (20 хв)**

**Мета** – сформуванати індивідуальну стратегію профілактики порушень сну після завершення програми.

**Опис:** Учасникам пропонується заповнити план, який складається з блоків:

1. Мої основні проблеми зі сном (важко заснути/пробудження/тривога/ранній підйом).
  2. Що мені найбільше допомагає (релаксація, ритуал, контроль стимулів).
  3. Мій вечірній ритуал (5–7 кроків).
  4. Що я роблю, якщо не можу заснути (алгоритм дій з заняття 3).
  5. Мої думки-пастки і альтернативи
  6. Мої ресурси і підтримка (що відновлює і хто може підтримати)
  7. Мій «сигнал небезпеки» ознаки, що стрес зростає (наприклад, безсоння 3 ночі підряд)
  8. План дій при погіршенні (що я зроблю, щоб не допустити загострення)
- Після заповнення учасники можуть поділитися ключовими пунктами.

## **9. Вправа «Підсумок програми» (10 хв)**

**Мета** – зафіксувати досягнення учасників, підвищити мотивацію до подальшого застосування навичок.

**Опис:** Учасники по колу завершують фрази:

*«За час програми я навчився(лася)…»*

*«Найціннішим для мене було…»*

*«Я продовжу практикувати…»*

## **10. Завершальна рефлексія «Побажання собі» (5 хв)**

**Мета** – завершити програму у позитивному емоційному стані та закріпити установку на самопідтримку.

**Опис:** Учасникам пропонується сказати одне побажання собі, пов'язане зі сном і психологічним благополуччям, наприклад:

*«Я дозволяю собі відпочивати»*

*«Я буду дбати про себе»*

*«Я обираю стабільність і спокій»*

**Домашнє завдання:**

1. Заповнити шкалу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index).
2. Коротке опитування задоволеності тренінговою програмою
3. Продовжити ведення щоденника сну протягом 2 тижнів після завершення програми.
4. Використовувати персональний план підтримки сну щоденно.