

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Якість сну як чинник взаємозв'язку психологічного дистресу та психічного здоров'я

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-231 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія

Маслій І.В.

(прізвище та ініціали)

Керівники

к.психол.н.

Максимчук М.О.

д.психол.н., с.н.с.

Лисенко І.П.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
АНОТАЦІЯ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СНУ ТА ЙОГО ХАРАКТЕРИСТИК, ЯК ЧИННИКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДИСТРЕСУ ТА ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	12
1.1 Теоретичний огляд сну, його функції, фізіологія та характеристики.....	12
1.2 Стрес як чинник порушень психічного здоров'я українців під час військового стану.....	20
1.3 Аналіз взаємозв'язку між якістю сну, дистресом та порушеннями психічного здоров'я.....	26
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1 Організація та процедура дослідження	32
2.2 Характеристика методик дослідження.....	33
2.1 Характеристика вибірки.....	43
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДИСТРЕСУ НА ЯКІСТЬ СНУ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	48
3.1 Аналіз показників якості сну та психологічного дистресу.....	48
3.2 Взаємозв'язок психологічного дистресу, якості сну та порушень психічного здоров'я	54
3.3 Практичні рекомендації з покращення якості сну.....	57
Висновки до розділу 3	81
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90
ДОДАТКИ.....	97

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- NREM – повільний сон;
REM – швидкий сон;
PSQI – Пітсбурзькій (загальний) індекс якості сну;
AIS – рівень безсоння (інсомнії);
K-10 – рівень дистресу;
PSS – рівень сприйнятого (перцептивного) стресу;
ESS – денна сонливість;
SOM – соматизація;
DEM – деморалізація;
ANG – ангедонія;
ANX – тривога;
COG – когнітивні проблеми;
ACT – активація;
DSC – розгальмування,
SUB – зловживання психоактивними речовинами;
PMH – позитивне ментальне здоров'я.

АНОТАЦІЯ

Ключові слова: сон, якість сну; безсоння; стрес; психічне здоров'я, дистрес, ментальне здоров'я, рівень; вплив.

В роботі окреслено теоретичні визначення та підходи до поняття сну, розглянуто його фізіологію, стадії та функції. Також, теоретично досліджено дистрес, його вплив на психічне здоров'я, зокрема через якість сну. Крім того, надано визначення якості сну, її складових та засобів вимірювання. Проведено емпіричне дослідження на виявлення впливу якості сну на ментальне здоров'я як додаткового фактору дистресу. Результати емпіричного дослідження засвідчили тісний зв'язок між порушеннями сну (зокрема безсонням) та психічним здоров'ям, що включає цілу низку психоемоційних і когнітивних симптомів. Це підкреслює важливість сну як потенційної точки втручання для запобігання негативним психологічним наслідкам хронічного стресу.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Воєнні конфлікти залишають глибокий слід не лише в соціально-економічній системі держав, а й у психічному стані населення. Для сучасної України вплив війни став масштабним викликом, зокрема у сфері ментального здоров'я. Постійна небезпека, тривога за життя, відчуття невизначеності – усе це формує хронічний стрес, який часто перетворюється на дистрес. У стані дистресу порушується здатність до адаптації, що супроводжується емоційним та фізичним виснаженням (Ковальська Н.А., Жук А.М., Корженко В.О., 2024:406).

Питання стресу традиційно розглядається в контексті адаптаційної відповіді організму. Згідно з концепцією Ганса Сельє, дистрес виникає на стадії виснаження – коли ресурси адаптації вичерпуються, а загроза не усунута (Шпонько Д.М., 2023).

У працях таких дослідників, як Р. Лазарус, К. Саймонтон, Б. Доренвенд, Р. Розенман і З. Фрейд, стрес трактується як складний когнітивно-емоційний процес, у якому ключове значення має індивідуальне сприйняття й оцінка загрозової ситуації (за: Бугайова Н.М., Андрющенко І.О., 2022).

Останні дослідження демонструють зв'язок між тривалим психоемоційним навантаженням під час війни та погіршенням якості сну, що відбувається внаслідок того, стрес призводить, в тому числі і до гормональних змін в організмі людини. Це в свою чергу може стати детермінантою розвитку психічних порушень (С.І. Латуніна, 2023).

Вивчення сну цікавило дослідників ще з античних часів. Від Аристотеля до сучасних нейробіологів вивчення феномену сну поступово перетворилося на окрему наукову дисципліну — сомнологію (Whelehan, D., 2020).

Вивчення сну як фізіологічного феномену розпочалося на початку ХХ століття з праць французького вченого Анрі П'єрона, автора піонерської праці «Проблема фізіології сну». У 1920-х роках Натанііл Клейтман, якого вважають

батьком американських досліджень сну, провів серію новаторських досліджень, присвячених регуляції циклу сон - неспанья. До його ключових напрацювань входили описи особливостей сну в різних популяціях та наслідків депривації сну. У 1953 році, разом зі своїм аспірантом Юджином Азерінським, Клейтман описав феномен REM-сну (Assefa, Samson & Diaz-Abad, Montserrat & Wickwire, Emerson & Scharf, Steven, 2015).

Інший його учень, доктор Вільям Демент, продовжив ці дослідження, описавши циклічну природу сну та встановивши, що яскраві сни виникають саме у фазі REM. Крім того, Демент проводив експерименти на тваринах, які проклали шлях до вивчення електрофізіологічних, фармакологічних та біохімічних особливостей різних стадій сну в різних умовах (Assefa, Samson & Diaz-Abad, Montserrat & Wickwire, Emerson & Scharf, Steven, 2015).

Окрему увагу заслуговує внесок українських дослідників, зокрема В.В. Правдич-Немінського, який уперше зафіксував електроенцефалограму. Ці відкриття створили передумови для сучасного розуміння нейрофізіології сну (Andersen & Andersson, 1968).

Суттєвий внесок у розуміння значення сну зробив американський дослідник Аллен Рехтшафен, який підкреслював його еволюційну необхідність. Він наголошував: «Якщо сон не виконує життєво важливу функцію, це найбільша помилка, яку зробила еволюція» (Rechtschaffen, 1971). У подальших дослідженнях він зосередився на вивченні наслідків хронічної депривації сну у тварин, що вказувало на життєву потребу організму у сні.

У сучасний період особливої уваги заслуговує робота Марка Вокера (Walker, 2009; Goldstein & Walker, 2014), який вивчав роль сну у формуванні емоційної пам'яті. Не менш важливими є дослідження Лізи Маршалл, які експериментально довели, що індукція повільнохвильового сну сприяє покращенню процесу запам'ятовування словесного матеріалу (Marshall et al., 2006). Це підтверджує гіпотезу про ключову роль повільнохвильової активності у процесах консолідації

пам'яті. Інші дослідження, зокрема С. Гайса, підтверджують, що сон зі значним вмістом повільних хвиль позитивно корелює з формуванням довготривалої пам'яті (Gais et al., 2002).

Таким чином, дослідження низки авторів дають підстави стверджувати, що сон є не лише фізіологічно необхідним, але й критично важливим для нейропсихологічного функціонування, зокрема для навчання, емоційної регуляції та збереження пам'яті.

Порушення сну, зафіксовані серед українців унаслідок війни, набули широкого поширення — особливо серед цивільного населення. Дослідження показують, що серед основних причин розладів сну є нічні обстріли, тривожність, втрати та внутрішнє переміщення. Результати опитувань свідчать, що приблизно 21,8% населення страждає на інсомнію або пов'язані розлади (Український медичний часопис, 2024).

Наразі в Україні не вистачає систематизованих досліджень, які б комплексно описували зміну якості сну в умовах війни та її зв'язок з психологічним дистресом і психічними розладами, такими як депресія, тривожність тощо. Цей факт зумовив актуальність нашого дослідження (К. Морозюк, 2023).

Мета дослідження – полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні та емпіричному виявленні зв'язку між якістю сну та рівнем психологічного дистресу в українців внаслідок війни, а також оцінці можливих наслідків порушень сну для психічного здоров'я.

Сформульовано завдання, які відповідають меті дослідження:

1. Описати теоретичні підходи до вивчення сну, його характеристик та функцій, а також компонентів якості сну та психологічного дистресу.
2. Дослідити рівень якості сну серед українців під час війни.
3. Визначити рівень психологічного дистресу українців під час війни.
4. Дослідити взаємозв'язок між якістю сну, рівнем психологічного дистресу та психічним здоров'ям.

5. Проаналізувати якість сну як предиктор порушень психічного здоров'я та благополуччя в умовах стресу

6. Розробити рекомендації щодо поліпшення якості сну з метою зниження психологічного дистресу.

Об'єкт – якість сну як психофізіологічне та нейропсихологічне явище.

Предмет – якість сну як чинник взаємозв'язку психологічного дистресу та психічного здоров'я, а також наслідки її порушень для психічного здоров'я та благополуччя людини.

У відповідності до сформульованих завдань застосовані **методи дослідження**, до складу яких увійшло проведення аналізу основних теоретичних засад у літературі з обраної нами тематики, опрацювання науково-теоретичних та емпіричних даних, емпіричні методи (психодіагностичне дослідження, тестування).

Склад методичного комплексу:

1. Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) (Позниш, В.А., & Колпаков, І.Є., & Леонович, О.С., & Зигало, В.М., & Вдовенко, В.Ю. (2024).

2. Афінська шкала безсоння (AIS) (Савиченко, О.М., & Лущик, А.М., & Мельниченко, С.О., & Шуневич Є.М. (2024).

3. Шкала денної сонливості Епворта (ESS) (Буряковська, О.О. (2018).

4. Шкала психологічного дистресу Kessler (K10) (А. Дубенко, & R. Morelli, & В. Харитонов, & J. Hall, & J.H. Cross, & R. Michaelis, & S. Wiebe, & Л. Мар'єнко, & М. Марценюк, & Є. Кадук, & Т. Студеняк, & Т. Литовченко, & Р. Брозь, & І. Блажина, & М. Набока (2024).

5. Шкала суб'єктивного стресу Персева (PSS) (Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022).

6. Багатовимірний скринінг поведінкового ментального здоров'я (MBHS) (українська адаптація на платформі Start TOB «UA-TEST», 2023).

7. Шкала позитивного ментального здоров'я – РМН-scale (Карамушка Людмила, Терещенко Кіра, Креденцер Оксана, 2022).

З метою реалізації поставлених завдань ми використали комплекс методів, який складався наступним чином: теоретичний аналіз фахової літератури з обраної тематики, узагальнення теоретичних та емпіричних напрацювань, а також емпіричні методи, зокрема психодіагностичне обстеження із застосуванням стандартизованих тестових інструментів.

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методів математичної статистики (описові показники, кореляційний, регресійний та медіаційний аналізи), застосовувалися наступне програмне забезпечення як «Excel» і «Jamovi».

Характеристика вибірки.

В дослідження приймали участь 103 особи жіночої та чоловічої статі вік яких становив від 16 років і до 68. Було продіагностовано 15 чоловіків та 88 жінок.

Дослідницькі питання:

1. Яка якість сну українців під час війни?
2. Який рівень психологічного дистресу спостерігається серед населення України під час воєнного стану?
3. Чи є якість сну предиктором змін у психічному здоров'ї в умовах воєнного часу?
4. Як психологічний дистрес впливає на психічне здоров'я та чи відіграє якість сну роль посередника у цьому взаємозв'язку?

Теоретична значущість виконаної роботи полягає у вивченні впливу тривалого психологічного дистресу на якість сну, яка теж впливає на психічне здоров'я.

Практична значущість дослідження полягала у можливості застосування результатів дослідження для поглиблення розуміння зв'язку дистресу та якості сну особливо в умовах воєнних дій в країні. Результати дослідження апробовано на

науково-практичній конференції до Всеукраїнського дня психолога «ВІЙНА, МИР, ЛЮДИНА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД ТА ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ», яка проходила 12-13 квітня у м. Києві. Крім того, отримані висновки та результати емпіричного дослідження можуть слугувати основою для розробки сучасних психоедукаційних і психокорекційних програм, спрямованих на зменшення негативного впливу дистресу на якість сну та підвищення рівня психічного здоров'я українського населення.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СНУ ТА ЙОГО ХАРАКТЕРИСТИК, ЯК ЧИННИКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДИСТРЕСУ ТА ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1 Теоретичний огляд сну, його функції, фізіологія та характеристики

Збройна агресія та тривалий воєнний стан в Україні призвели до значного фізичного та психоемоційного виснаження населення. Як зазначають дослідники (Волков І.І., Кателевська Н.М., 2022), одним із найпоширеніших наслідків цього виснаження є порушення сну, зокрема інсомнія, яка часто слугує типовою реакцією організму на тривалий стрес. У сучасних умовах як військовослужбовці, так і цивільні громадяни України стикаються зі скороченням тривалості сну порівняно з рекомендованими нормами, які передбачають не менше семи годин сну на добу.

Згідно з результатами досліджень американських нейробіологів, у багатьох осіб, що пережили військові конфлікти, проблеми зі сном можуть зберігатися протягом тривалого часу — іноді роками. Такі порушення негативно позначаються як на фізіологічному відновленні, так і на здатності до емоційної стабілізації, соціальної адаптації й повноцінного функціонування у мирному середовищі (Морозюк К., 2023).

Сон — це життєво необхідний стан, який забезпечує відновлення функцій організму, психічне здоров'я, а також стабільність емоційного стану. З погляду сучасної науки, сон є циклічним нейробіологічним процесом, що перебігає у вигляді зміни фаз і стадій, регульованих центральною нервовою системою.

Сомнологія, як наука, мала довгу історію, за час якої зазнала значних змін. Від початку сон вважався станом, близьким до смерті. Сон, фактично, добре усвідомлювався стародавніми народами й навіть шанувався як особливий стан, у якому свідомість людини була відкритою для (надприродних) впливів, до яких у звичайному стані вона нечутлива.

Тлумачення снів було важливою діяльністю серед стародавніх священнослужителів, як і нині серед сучасних психотерапевтів. Грецький філософ Платон вважав сні відображенням внутрішніх турбот і нездійснених бажань. Як і Платон, Зигмунд Фройд вважав, що сні – це механізм, за допомогою якого ми висловлюємо незадоволені бажання і намагаємося їх виконати. Його колега, Альфред Адлер, вважав, що сні служать для підготовки нас до стану неспання, створюючи середовище для репетиції нових форм поведінки або попереджаючи нас про внутрішні проблеми, про які ми не знали (Comer, R. J., 2004).

Сучасні біологічні теоретики займають іншу позицію, яка, однак, не зовсім несумісна з вищенаведеним. У 1977 році Дж. Аллан Гобсон і Роберт МакКарлі запропонували модель активації-синтезу. Вони заявили, що під час REM-сну (стадія сну, що характеризується швидким рухом очей) спогади оживляються випадковими сигналами, що надходять з різних частин мозку. Кора головного мозку, ділянка вищого когнітивного функціонування, намагається зрозуміти це безладне бомбардування електричними імпульсами. В результаті виникає сон, часто ірраціональний або химерний, але який є найкращим наближенням з огляду на різноманітність сигналів, що приймаються корою. Пізніше Гобсон припустив, що на отриманий сон також можуть впливати бажання, страхи і прагнення сновидця. Згодом нейрофізіолог Джонатан Вінсон вимірював електричну активність мозку у тварин як у стані сну, так і під час неспання, й виявив, що хвилі електроенцефалограми під час сновидінь є подібними до тих, що спостерігаються в моменти діяльності, пов'язаної з виживанням. На основі цих даних Вінсон дійшов висновку, що сновидіння виконують функцію переробки та переоцінки денного досвіду, готуючи організм до потенційно загрозливих або важливих подій майбутнього. (Comer, R. J., 2004).

Сон – це природний і зворотний стан, який контролюється переважно нейробиологічними процесами, і є фізіологічною частиною людського життя, необхідною для підтримання здоров'я і благополуччя. Сон асоціюється зі

зменшенням сприйняття зовнішніх стимулів і припиненням рухової активності. Якість сну впливає на багато факторів, таких як харчування, фізична активність, генетичні та екологічні чинники (Sejbuk, M.; Mironczuk-Chodakowska, I.; Witkowska, A.M., 2022).

Основні функції сну включають:

- соматичне відновлення (регенерація клітин, гормональний баланс);
- когнітивну стабілізацію (консолідація пам'яті, увага, навчання);
- психоемоційну регуляцію (зниження рівня стресу, інтеграція емоційного досвіду);
- метаболічне очищення мозку (видалення метаболітів через глімфатичну систему).

Фізіологічно сон умовно поділяється на дві основні фази:

- **повільний сон (NREM)**, що складається з кількох стадій від засинання до глибокого сну;
- **швидкий сон (REM)**, під час якого активізується мозкова діяльність і виникають сновидіння.

У NREM-фазі відбуваються поступові зміни в мозкових хвилях — від альфа-до дельта-ритмів. Це період глибокого відновлення: знижується температура тіла, сповільнюється серцебиття, посилюється синтез гормонів росту. REM-фаза, навпаки, характеризується високою нейронною активністю, рухами очей та нестабільним диханням — її функціональна роль пов'язана з обробкою емоційного досвіду та сновидіннями (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018) (*Рис. 1.1.*).

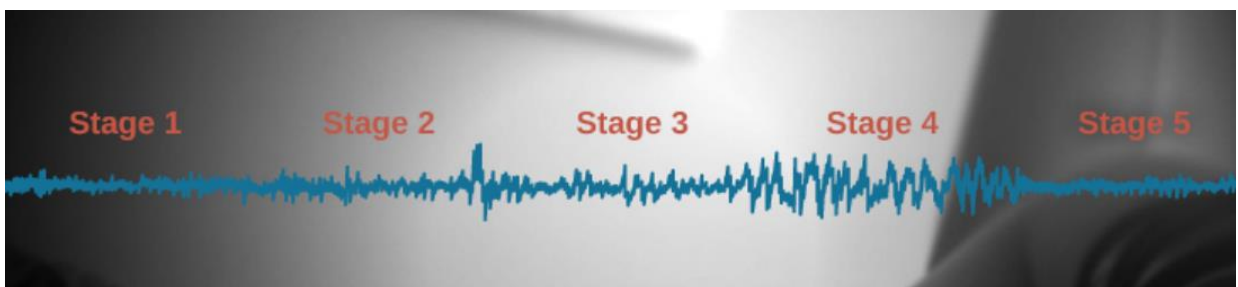


Рис. 1.1. Амплітуда і частота хвильових моделей під час різних етапів сну

Нейрофізіологічний контроль сну здійснюється кількома структурами мозку, серед яких ключову роль відіграють гіпоталамус, таламус та стовбурові ядра. Важливу роль у підтриманні добового ритму відіграє супрахіазматичне ядро, яке функціонує як біологічний годинник. Порушення в роботі цих систем можуть спричинити інсомнію, гіперсомнію або порушення циркадного ритму (Luppi PH, Fort P., 2019).

Структура сну складається наступним чином: NREM-сон складається з трьох етапів, REM-сон є четвертою і останньою стадією (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018; Маргарита Марчук (2021)) (Таблиця 1.1.).

Таблиця 1.1.

Фази та стадії сну.

Фази сну	Стадії сну	Фізіологія
Повільний сон (NREM)	1-ша стадія: період переходу від стану неспанння до сну	Зниження м'язової активності Повільний рух очей
	2-га стадія: фаза неглибокого сну, яка займає найбільший відсоток від загальної тривалості сну	М'язова активність зменшується ще більше, тіло занурюється в більш стабільний стан спокою
	3-тя та 4-та стадії: фаза глибокого сну, що забезпечує основне фізіологічне відновлення	Відбувається посилене кровопостачання м'язів, активізується синтез гормону росту, а також регенеративні процеси в організмі
Швидкий сон (REM)	Характеризується високою активністю головного мозку та появою сновидінь	Активізується кровообіг у мозку. Спостерігаються швидкі рухи очей. Підвищується артеріальний тиск. Дихання та серцевий ритм стають нерегулярними.

Як бачимо з Таблиці 1.1., на стадії NREM-сну ми засинаємо і мозкові хвилі зменшуються в частоті та збільшуються в амплітуді. Перша стадія NREM-сну є

своєрідною перехідною фазою на межі між сном та неспанням. Ця фаза супроводжується уповільненням дихання та серцебиття. Також, на першій стадії знижується температура тіла та загальне м'язове напруження. Спочатку сон першої стадії характеризується **альфа-хвилями**, які нагадують стан людини, яка дуже розслаблена, але ще не заснула. Пізніше, сон цієї стадії, характеризується **тета-хвилями**, при яких людина легко прокидається і повідомляє, що не спала (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018).

Друга стадія сну - це стан глибокого розслаблення. Активність мозкових хвиль на цій стадії також характеризується тета-хвилями, проте перебіг цих хвиль може перериватися шпинделями сну. Це такі короткі сплески активності мозкових хвиль високої частоти, які, можливо, відіграють важливу роль у процесах пам'яті та навчання. Крім того, для цієї стадії характерна поява К-комплексів — високоамплітудних хвиль мозкової активності, які іноді виникають при на зовнішніх подразниках. Як бачимо, К-комплекси виконують функцію містка до підвищення рівня збудження при подразненнях із зовнішнього середовища (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018) (Рис 2.1.).

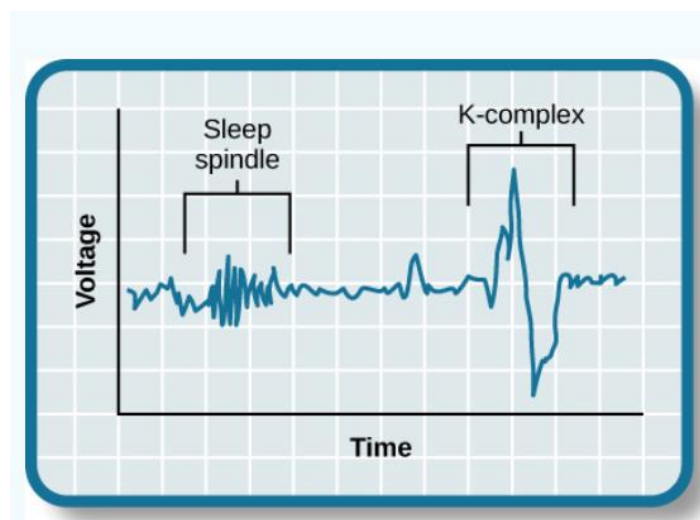


Рис. 2.1. Етап 2 повільного сну (NREM)

Третя стадія NREM-сну є глибоким сном низької частоти та високої амплітуди дельта-хвиль. Характеризується уповільненням частоти серцебиття та дихальних рухів людини. Прокидання від сну людини протягом час сну 3 стадії скоріше за все буде важчим, ніж на перших двох стадіях. Варто відмітити, що особи, з підвищеним рівнем активності альфа-хвиль протягом третьої стадії, помічають, що вони не почувуються відпочилими після пробудження, незалежно від тривалості сну (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018).

Як уже зазначалося раніше, REM-сон характеризується швидкими рухами очей. Хвилі мозкової активності, пов'язані з цією стадією, схожі до тих, що спостерігаються в стані неспання, і саме в цей період найчастіше відбуваються сновидіння. REM-сон також супроводжується паралічем м'язових систем організму — за винятком тих, що забезпечують дихання та кровообіг. Через це під час REM-сну у здорової людини відсутні будь-які рухи довільних м'язів. Таке поєднання високої мозкової активності з відсутністю м'язового тону є причиною того, чому REM-сон час від часу називають парадоксальним сном (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018).

Подібно до NREM-сну, REM-сон пов'язаний з процесами пам'яті і навчання. Якщо людину позбавляють REM-сну, а згодом дозволяють спати без перешкод, вона, як правило, проводить більше часу саме в цій фазі. Це явище називають відскоком REM, і воно свідчить про гомеостатичну регуляцію REM-сну (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018).

Окрім ролі у когнітивних процесах, REM-сон може також відігравати важливу функцію в емоційній обробці та регуляції. Наприклад, у недепресивних людей REM-відскок може бути адаптивною реакцією на стрес, спрямованою на зменшення емоційної виразності негативних подій, що сталися під час неспання. Загалом, хронічне недосипання пов'язане з низкою несприятливих наслідків для психічного та фізичного здоров'я (Feist, Rosenberg, & Stamp, 2018).

Термін «якість сну» широко використовується в сомнології і може стосуватися сукупності показників сну, зокрема:

- загального часу сну (TST, *Total Sleep Time*),
- латентного періоду засинання (SOL, *Sleep Onset Latency*),
- підтримки сну,
- загального часу неспанння під час ночі (TWT, *Total Wake Time*),
- ефективності сну (SE, *Sleep Efficiency*),
- а іноді й порушень сну, таких як спонтанні пробудження або апное.

Крім того, якість сну вважається незалежною від кількості сну. Наприклад, наявність скарг на сон спостерігалася навіть тоді, коли показники SOL, WASO (неспанння після засинання), загальний час сну (TST) та кількість пробуджень були подібними до показників у людей, які не скаржаться на сон (Fabbri M.; Veracci A.; Martoni M.; Meneo D.; Tonetti L.; Natale V., 2021).

Скарги на порушення (або низьку якість) сну підтверджені майже в кожній країні світу і серед пацієнтів усіх медичних спеціальностей. Якщо розлади сну залишаються без лікування, вони можуть призводити до потенційно загрозливих симптомів, оскільки ці розлади не лише є наслідком медичних станів, а й можуть бути первинними причинами інших захворювань.

Наразі визнано, що порушення сну пов'язані з:

- нейрокогнітивними порушеннями,
- дефіцитом уваги,
- зниженням когнітивної продуктивності,
- депресією, тривожністю, стресом,
- та зниженим контролем імпульсів.

Поганий сон може серйозно впливати на денну активність — як у соціальному житті, так і на роботі — та збільшує ризик виробничих і автомобільних аварій, погіршення якості життя і загального стану здоров'я.

Оцінка якості сну є важливою як для епідеміологічних, так і для клінічних досліджень. Якість сну можна оцінювати об'єктивними та суб'єктивними методами.

Серед інструментальних методів вивчення сну ключову позицію займає полісомнографія (PSG) — багатокомпонентне обстеження, що проводиться переважно у спеціалізованих медичних центрах. Даний підхід передбачає одночасне, але незалежне реєстрування низки фізіологічних параметрів під час сну. Збір даних здійснюється за допомогою багатоканального обладнання, яке забезпечує збереження інформації для подальшого комплексного аналізу сномодельних процесів.

Іншим надійним методом є актиграфія, що базується на реєстрації рухової активності протягом тривалого часу та використовується для непрямого оцінювання параметрів сну. Обидва методи вважаються інформативними інструментами об'єктивної реєстрації характеристик сну.

Результати полісомнографічного обстеження часто візуалізуються у вигляді гіпнограми — графічного зображення змін стадій сну впродовж ночі. Для побудови гіпнограми застосовуються дані з електроенцефалограми (ЕЕГ), електроокулограми (ЕОГ) та електроміограми (ЕМГ), що дає змогу відстежити циклічність і глибину сну (A. Crivello, P. Barsocchi, M. Girolami, F. Palumbo, 2019) (Рис 3.1.).

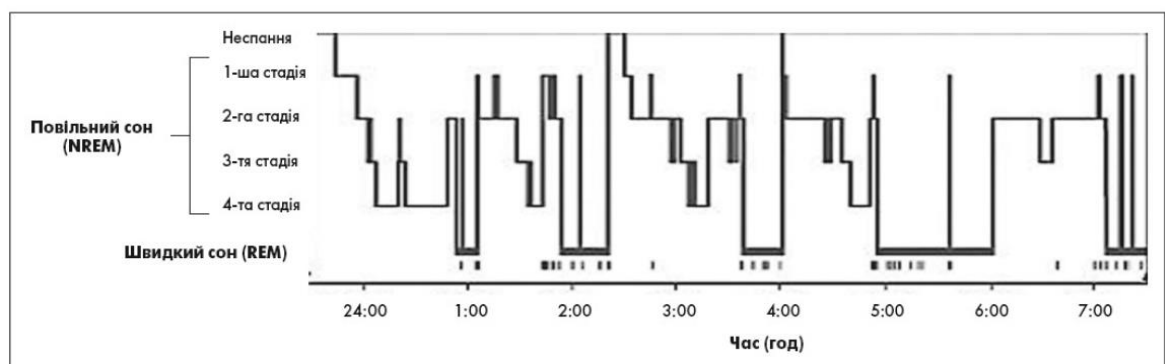


Рис. 3.1. Зображено циклічну зміну стадій NREM та REM-сну протягом ночі на основі даних полісомнографії (М. Марчук, 2021).

Суб'єктивні методи існують такі як: щоденник сну, ретроспективні самооцінювальні опитувальники, апаратні пристрої такі як додатки для розпізнавання сну.

Здоровий сон, характеризується достатньою тривалістю, високою якістю, відповідним часом сну та його регулярністю, а також відсутністю порушень і розладів сну. (Волков І.І., Кателевська Н.М., 2022).

1.2 Стрес як чинник порушень психічного здоров'я українців під час військового стану.

Україна, як країна, в умовах військового стану стикнулася з високим рівнем стресу, який став не тільки невід'ємною частиною повсякденного життя, але й серйозним фактором впливу на психічне здоров'я. Вже понад три роки українське суспільство зазнає впливу постійного психологічного та емоційного, патогенного стресу - дистресу, пов'язаного з війною, соціально-економічними труднощами, а також постійною нестабільністю та невизначеністю щодо майбутнього.

Воєнний стан, що триває в Україні з 2022 року, спричинив глибокі трансформації у психологічному стані населення. Постійна загроза життю, втрати, переміщення, розлука з близькими та відсутність стабільності формують тривале емоційне напруження. У таких умовах стрес стає не тимчасовою реакцією, а хронічним станом, який може перейти в дистрес — патологічну форму стресової відповіді, що підриває адаптаційні ресурси людини (О.С. Аврамчук, Н.В. Гринько, Ю.В. Герман, 2024).

Дистрес, або патогенний стрес, виникає внаслідок тривалого впливу стресорів, збільшення їх інтенсивності або набуття несприятливої форми. Дистрес виникає при стресових ситуаціях, коли людина відчуває виснаження, перевантаження, відчай, невпевненість або неприйняття подій, що відбуваються, причому тривалий час. Збройні конфлікти, примусове переміщення втрата роботи,

погіршення фінансового стану та втрата соціальних зв'язків, значно підвищують вразливість до стресу та призводять до психічних розладів (депресії, тривожних розладів, ПТСР, тощо). Та основне, що особистість не в змозі справитися з труднощами, негативними ситуаціями і подіями, так як немає в достатній кількості адаптивних психоемоційних та фізичних ресурсів. Якщо сказати у загальному, то дистрес є формою стану *психологічного виснаження*. Постійне гнітюче напруження, хвилювання та відчуття безвихідності, як основний прояв дистресу, виснажує всі системи організму . А це піднімає рівень нервового і психічного напруження до дуже високого рівня . Людина не може функціонувати занадто довго на піку якогось дуже сильного стресу, тому що дезорганізується її психічний апарат. Ми гірше думаємо, наші когнітивні процеси заторможуються в розпал стресу, ми вразливі, тобто для людини стрес - це як “активація сигнальних вогнів”. При тривалому, негативному стресі у нас відбувається гіперактивація вегетативної нервової системи, а так як дистрес триває деякий час, то там відбуваються і функціональні збої. Та наша психіка має інструменти, за допомогою яких вона завжди буде прагнути знизити рівень стресу, це адаптивний механізм. А саме перевести фокус уваги з дистресової напруги на якийсь фізичний чи психічний симптом (Кустовська О., 2024).

Біологічну модель стресу вперше описав канадський дослідник Ганс Сельє. Концепція Сельє включає три стадії реакції на стрес: тривогу, опір і виснаження. Саме останній етап, коли ресурси організму вичерпані, пов'язаний із формуванням дистресу. Сельє також розрізняв еустрес (адаптивну форму) і дистрес (патогенну форму), підкреслюючи, що саме тривалість впливу чинників є визначальною у переході від адаптації до руйнації (Предко В.В., Сомова О.О., 2022).

Психологічний дистрес виступає важливим чинником, що сприяє загальному погіршенню стану людини. Значний внесок у розуміння природи стресу зробив Ганс Сельє, який сформулював базові психофізіологічні реакції організму на загрозові впливи зовнішнього середовища. Він позначив цей комплекс як «тріаду

стресу», що охоплює типові зміни в організмі, властиві практично всім захворюванням. До складу цієї тріади входять: гіперактивація кори надниркових залоз, атрофія тимуса та лімфатичних вузлів, а також точкові крововиливи на слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту. Зазначені зміни пов'язані з такими характерними симптомами, як:

1. загальне відчуття нездужання;
2. м'язовий або суглобовий біль, схожий на ломоту;
3. розлади харчової поведінки (Предко В.В., Сомова О.О., 2022).

Ганс Сельє описав стрес як процес, що розгортається у три послідовні фази: стадія тривоги, стадія опору (резистентності) та стадія виснаження. На початковому етапі — стадії тривоги — організм екстрено мобілізує свої захисні резерви у відповідь на загрозу. У фазі опору відбувається активне пристосування до дії стресового чинника: організм зберігає підвищений рівень активації, хоча на свідомому рівні відчуття стресу може бути приглушеним або взагалі відсутнім. Якщо дія стресора триває надто довго або інтенсивність перевищує адаптаційні можливості, настає третя фаза — виснаження, що супроводжується зниженням енергетичних ресурсів, порушенням гомеостазу та дезадаптацією. Варто зазначити, що стресовий процес може завершитися вже на першій стадії, якщо подразник припиняє свою дію вчасно (Предко В.В., Сомова О.О., 2022).

Когнітивна модель стресу, запропонована Річардом Лазарусом, наголошує на ролі інтерпретації загрози. Якщо людина не бачить ефективного способу впоратися із ситуацією, виникає емоційний стрес. Під час воєнного стану ця зберігає актуальність, коли ресурси контролю є обмеженими, а невизначеність — хронічною (Предко В.В., Сомова О.О., 2022).

Інші теоретики, зокрема Китаєв-Смик, розглядали стрес як процес, що проходить кілька фаз, починаючи з мобілізації та завершуючись патологічними змінами — зниженням працездатності, розвитком психосоматичних симптомів і розладів. У своїй концепції вчений описує чотири рівні (ранги) розвитку стресу, які

проявляються поступово, якщо стресогенний фактор не усувається на жодному з попередніх етапів:

Стрес першого рангу – відповідає початковій фазі адаптивної реакції, під час якої активізуються резервні ресурси організму. Ці резерви зазвичай швидко мобілізуються у відповідь на раптові або надзвичайні події.

Стрес другого рангу супроводжується залученням більш глибоких фізіологічних і психічних резервів, які забезпечують продовження боротьби з подразником. На цьому етапі організм демонструє підвищену стійкість і напруження адаптаційних механізмів.

На третій стадії (стрес третього рангу) починають проявлятися негативні симптоми: зниження витривалості, швидка втомлюваність, зменшення продуктивності, порушення емоційного фону (включно з депресивними тенденціями), а також перші ознаки функціональних розладів у роботі внутрішніх органів.

Стрес четвертого рангу означає перехід функціональних порушень у повноцінні соматичні або психічні захворювання. З погляду еволюційної логіки, це може інтерпретуватись як природний механізм усунення осіб, які втратили здатність ефективно пристосовуватись до змін довкілля, із подальшого розвитку популяції (Предко В.В., Сомова О.О., 2022).

В умовах воєнних дій в Україні рівень дистресу значно зростає під впливом постійного потоку інформації, підвищеної настороженості, пережитих втрат, соціальної ізоляції та послаблення міжособистісних зв'язків. Клінічні спостереження свідчать, що серед найпоширеніших психологічних проявів в таких обставинах фіксуються розлади сну, тривожність, епізоди депресії, підвищена збудливість, соматичні скарги та панічні напади. До особливо уразливих категорій населення належать внутрішньо переміщені особи, літні люди, а також жінки, які мають дітей (Предко В.В., Сомова О.О., 2022).

Збройний конфлікт в Україні, тривалістю вже понад три роки, має суттєвий вплив на психологічне та ментальне благополуччя населення. Постійне перебування у стані загрози, пережиті втрати, примусове переміщення, невизначеність майбутнього та руйнування звичного способу життя створюють умови хронічного стресового навантаження. Такий психосоціальний контекст не лише підвищує рівень емоційного напруження, але й провокує довготривалі порушення ментального здоров'я — а саме, розвиток тривожних і депресивних симптомокомплексів, почуття безнадійності, ангедонії, а також соматизацію психоемоційного дистресу.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВОЗ) надає визначення ментальному здоров'ю як стану внутрішньої гармонії, досягаючи якого людина має здатність реалізовувати власний життєвий потенціал, справлятися з життєвими труднощами, бути соціально активною та працювати для свого та суспільного блага. Проте, в умовах воєнного часу тривалий вплив психологічного дистресу значно послаблює ці здібності. До найпоширеніших проявів психоемоційного виснаження в таких обставинах належать: розлади сну, зростання тривожності, підвищена дратівливість, нестабільний емоційний фон і зниження здатності до ефективного самоконтролю.

Згідно з підходом К. Ясперса, до ознак психічного здоров'я належать кілька ключових когнітивних і перцептивних характеристик особистості. Серед них: здатність зосереджувати увагу на конкретних об'єктах або явищах; уміння запам'ятовувати інформацію та логічно її опрацьовувати; а також адекватне сприйняття просторово-часових координат, що забезпечує орієнтацію в довкіллі.

Умови хронічного стресу, особливо на тлі тривалої небезпеки, значно порушують ці функції. Унаслідок дистресу можуть спостерігатися труднощі з концентрацією, погіршення пам'яті, епізоди дезорієнтації, що свідчить про погіршення ментального стану. Особливо вираженими ці симптоми стають при

наявності супутніх порушень сну, які поглиблюють когнітивне виснаження та знижують адаптивність особистості до зовнішніх викликів.

У когнітивно-поведінкових моделях (А. Елліс) у визначенні психічного здоров'я акцент робиться на тому, як індивід інтерпретує загрозу: якщо вона здається неконтрольованою, а ресурси – недостатніми, зростає ризик розвитку патологічних реакцій (Ковальська Н.А., Жук А.М., Корженко В.О., 2024:406).

Загалом ментальне здоров'я під час військових дій зазнає системного впливу як соціальних, так і нейробиологічних чинників. У цій складній взаємодії саме **якість сну** часто виступає індикатором ментального виснаження й водночас фактором, який поглиблює або послаблює вплив дистресу. (Ковальська Н.А., Жук А.М., Корженко В.О., 2024:406).

1.3 Аналіз взаємозв'язку між якістю сну, дистресом та порушеннями психічного здоров'я

Регулярні нічні повітряні тривоги, спричинені загрозами ракетних ударів з боку росії, мають істотний негативний вплив на якість і тривалість сну населення України. У воєнних умовах, коли люди перебувають у стані постійної психологічної напруги, частими є прояви хронічного стресу, тривожності та панічних реакцій. Як зазначає Центр громадського здоров'я МОЗ України (2023), такі фактори суттєво підвищують ризик розвитку інсомнії, а також спричиняють загострення вже наявних психічних розладів або появи нових.

Проблематика взаємозв'язку сну та психологічного стану особистості в останні роки привертає все більше уваги науковців. Результати численних досліджень підтверджують: погіршення якості сну не лише супроводжує психологічний дистрес, а й може виступати його наслідком або індикатором. Зокрема, такі симптоми, як проблеми засинання, часті пробудження, зниження

тривалості сну та порушення глибоких фаз, часто мають люди із значним емоційним напруженням (Волков І.І., Кателевська Н.М., 2022).

Хронічне погіршення сну суттєво впливає на емоційний стан: знижується толерантність до стресу, посилюється тривожність, виникають депресивні симптоми. При цьому поганий сон не лише супроводжує розлади ментального здоров'я, а й може виступати їх детермінантом. Недостатній або неякісний сон може посилювати негативне емоційне тло, провокувати агресивність, дратівливість, емоційне вигорання.

Епідеміологічні дані свідчать про високу частоту порушень сну серед осіб, які мають підвищений рівень тривожності. Інсомнія, у свою чергу, вважається ключовим чинником, що сприяє розвитку тривожних розладів. Такий зв'язок обумовлений психічним перенапруженням, постійним внутрішнім занепокоєнням і наявністю нав'язливих негативних думок, які заважають повноцінному нічному відпочинку. Порушення сну є поширеним симптомом, наслідком або супутнім захворюванням при діагностованих тривожних розладах. Водночас, гостра або короткочасна депривація сну виступає в ролі анксиогенного фактора, що спричиняє підвищення тривожності. Нейровізуалізаційні дослідження вказують, що втрата сну посилює активність у лімбічній системі, дорзальній передній поясній корі та передньому острівці, які залучені до «системи страху» та когнітивного контролю. При вивченні молекулярної візуалізації встановлено, що специфічні нейромедіаторні механізми, які лежать в основі регуляції сну та неспання, такі як аденозинергічна система, також залучені до системи тривоги (Животовська А.І., 2023).

Сон виконує важливі регуляторні функції: під час повільнохвильового сну активізуються процеси відновлення, зміцнюється імунітет і стабілізується діяльність нервової системи. Натомість REM-фаза бере участь у переробці емоційного досвіду, регуляції афекту та інтеграції спогадів. Порушення саме цієї

фази нерідко пов'язане з підвищеним ризиком афективних розладів, тривожності та симптомів ПТСР.

У реаліях війни якість сну українців значно знижується: нічні обстріли, повітряні тривоги, відчуття загрози та психологічна втома не дозволяють досягти глибокого сну. Це формує замкнене коло: тривалий дистрес викликає порушення сну, а останні, своєю чергою, підсилюють психічну вразливість. Таке взаємне посилення негативних чинників створює підґрунтя для розвитку депресивних і тривожних станів (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023).

Добре відомий факт, що війна спричиняє різні стресові психічні розлади, а також адаптаційні порушення, які можуть бути пов'язані з порушеннями сну. Однак варто враховувати, що **погана якість сну може бути додатковим фактором стресу і відігравати роль у прогресуванні психічних та неврологічних захворювань.**

Порушення сну та циркадних ритмів суттєво впливають на нервову систему. Наш організм адаптується до ритмічних коливань навколишнього середовища та прогнозує періоди сну й активності, що, на жаль, є складним або навіть неможливим протягом війни. Варто відмітити, що під час збройного конфлікту люди можуть страждати від втрати сну, його поганої якості, частих пробуджень та нерегулярності. Експериментальні дослідження вказують, що втрата сну може підвищувати рівень запальних маркерів і впливати на метаболічні процеси, які призводять до розвитку багатьох захворювань нервової системи.

Ключова роль сну в імунологічній регуляції нервової системи добре відображена у дослідженні випадок-контроль, яке демонструє, що порушення сну може бути тригером гострого загострення розсіяного склерозу. Крім того, обмеження сну протягом тривалого часу, яке спричиняє циркадні та нейрональні порушення, пригнічує нейрогенез і посилює розвиток нейродегенеративних захворювань.

Сон часто розглядається як необхідний компонент процесу консолідації пам'яті. Належна інтеграція інформації, отриманої протягом дня, відбувається під

час фази повільного сну, дефіцит якої може спостерігатися при частих пробудженнях. Таким чином, можна припустити збільшення частоти когнітивних розладів на тлі військового конфлікту.

І найочевидніший, але водночас значний наслідок порушень сну, що виник протягом війни в Україні – дисбаланс нейромедіаторів, який може спричинити розвиток або поглиблення афективних розладів, таких як депресія (Shkodina AD, Zhyvotovska AI, Voiko DI., 2022).

Таким чином, якість сну пов'язана з ментальним здоров'ям і є одним з ключових чинників у регуляції психологічного стану. В умовах стресу, особливо такого тривалого та травматичного, як війна, сон відіграє роль буфера — він або підтримує психічну рівновагу, або сигналізує про її порушення. З цієї причини вивчення сну в контексті психологічного дистресу набуває особливої актуальності і у науковому, і також у прикладному аспекті.

Тривалий брак сну та порушення його структури можуть мати суттєвий вплив на соматичне здоров'я людини. Зокрема, серед можливих наслідків відзначаються метаболічні розлади, підвищення ймовірності розвитку ожиріння, артеріальної гіпертензії, захворювань серцево-судинної системи та цукрового діабету другого типу. Здійснені дослідження свідчать, що негативні наслідки хронічного недосипання можуть зводити нанівець користь від інших компонентів здорового способу життя, таких як збалансоване харчування і регулярна фізична активність.

Останні наукові дослідження вказують на двоспрямований зв'язок, оскільки порушення циркадних ритмів збільшують тяжкість захворювання, а багато захворювань можуть порушувати циркадні ритми. Варто зауважити, що порушення циркадного ритму може сприяти підвищенню ризику виникнення та загострення психічних, неврологічних, метаболічних і імунологічних захворювань (Животовська А.І., 2023).

Наукові дослідження свідчать, що якість сну відіграє важливу роль у підтриманні психічного здоров'я: її зниження асоціюється з підвищеним ризиком

розвитку депресивних станів, а також може бути причиною інших психічних порушень і захворювань (Shkodina AD, Zhyvotovska AI, Voiko DI., 2022).

Попри значущість проблеми, у науковому дискурсі питання сну за умов воєнного стану залишається недостатньо висвітленим, що частково зумовлено недооцінкою його ролі у підтриманні психофізіологічного благополуччя. Однак досвід повномасштабної війни в Україні засвідчив актуальність вивчення змін сну як у військовослужбовців, так і серед цивільного населення. Особливе занепокоєння викликають порушення сну та змінена структура його фаз (архітектура), що можуть мати зв'язок із зростанням рівня тривоги. Низка сучасних досліджень вказує на присутність статистично значущого позитивного зв'язку між підвищеним рівнем тривожності та погіршенням сну серед широких верств населення (Shkodina et al., 2022; Морозюк, 2023; Волков & Кателевська, 2022; Животовська, 2023).

Підсумовуючи, можна відмітити що, у зв'язку зі спільністю нейрофізіологічних механізмів і антагоністичною спрямованістю нейрохімічних процесів дистрес, якість сну та порушення психічного здоров'я «зав'язані в тугий вузол». Завдання сучасної психології та медицини – «розв'язати» його та знайти інноваційні технології для відновлення природного фізіологічного сну осіб в стані дистресу.

Висновки до розділу 1

Узагальнюючи матеріал першого розділу, можна зробити висновок, що за умов інтенсивного та тривалого психологічного дистресу адаптаційні можливості людини значно знижуються. Це, звичайно, негативно позначається на якості сну, яка виступає важливою ланкою у підтриманні як емоційної стабільності, так і фізичного благополуччя. Таким чином, порушення сну чинить суттєвий вплив на психологічне функціонування особистості та загальний стан ментального здоров'я.

У межах теоретичного аналізу було розглянуто основні підходи до визначення сну, його ключові функції, структуру, фази та стадії. Окрему увагу було приділено вивченню поняття якості сну, її складових компонентів, а також наявним підходам до її вимірювання в психологічній практиці.

В ході дослідження також ми виділили поняття дистресу, концепції та стадії стресу, його вплив на організм. Крім того, ми приділили увагу визначенню та критеріям ментального здоров'я.

У підсумку аналізу наукових джерел було розглянуто механізми, через які стрес впливає на якість сну, а також те, як порушення сну може сприяти розвитку психічної дезадаптації. Особливу увагу приділено феномену інсомнії як одному з ключових чинників, що послаблює стресостійкість організму, погіршує якість життя та сприяє появі емоційних і когнітивних порушень – таких як розлади настрою, проблеми з пам'яттю та концентрацією, зниження ефективності виконання повсякденних завдань. Крім того, встановлено, що дефіцит сну порушує баланс нейромедіаторних систем, що, у свою чергу, підвищує ризик виникнення або загострення афективних станів, зокрема тривожних і депресивних розладів.

Отже, було вивчено, що безсоння значно впливає на ментальне здоров'я та загальну якість життя. Таким чином, ми прийшли до висновку що погана якість сну може бути додатковим фактором стресу і відігравати роль у прогресуванні психічних та неврологічних захворювань.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Організація та процедура дослідження

Під час виконання наукової роботи було здійснено емпіричне дослідження метою якого було виявлення зв'язку між якістю сну та рівнем психологічного дистресу у населення України протягом війни, а також оцінці можливих наслідків порушень сну для психічного здоров'я. Перед виконанням дипломної роботи було висунуто ряд завдань, таких як:

1. Обрати психодіагностичний інструментарій.
2. Провести роботу для підготовки вибірку дослідження.
3. Виконати дослідження.
4. Провести підрахунок сирих даних та створити матрицю дослідження.
5. Проаналізувати отримані результати та описати їх.

Дослідження здійснювалося в три етапи: початковий, основний та аналітичний. На початковому етапі було визначено психодіагностичний інструментарій для проведення дослідження та підібрано вибірку для опитування. Всі респонденти що прийняли участь у дослідженні робили це за згодою та анонімно. За бажанням опитуваного він міг дізнатися про власні результати діагностики. На другому (основному) етапі відбувалося здійснення дослідження. На третьому (аналітичному) етапі було проведено підрахунок отриманих даних зідраних після проведення всіх методик, які будуть описані нижче. На цьому етапі було створено загальну матрицю дослідження. Для обробки отриманих емпіричних даних було використано математичну статистику, а саме наступні методи: описову статистику, кореляційний, регресійний та медіаційний аналізи. Обчислення здійснювалося з використанням комп'ютерних програм «Excel» та «Jamovi». Застосування зазначених статистичних підходів дало змогу дослідити взаємозв'язки між якістю

сну, психологічним дистресом і психічним здоров'ям, а також перевірити гіпотезу щодо ролі порушень сну як можливого предиктора дистресу. Результати аналізу були систематизовані та представлені у вигляді таблиць і графіків. На основі отриманих даних були сформульовані відповідні наукові висновки.

2.2 Обґрунтування методологічного інструментарію

З метою перевірки висунутої гіпотези, що якість сну виступає посередницьким чинником у взаємозв'язку між психологічним дистресом і станом психічного здоров'я, було здійснено емпіричне дослідження із застосуванням низки наступних психодіагностичних методик:

1. Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI).
2. Афінська шкала безсоння (AIS) (Савиченко, О.М., & Лущик, А.М., & Мельниченко, С.О., & Шуневич Є.М. (2024).
3. Шкала денної сонливості Епворта (ESS) (Буряковська, О.О. (2018).
4. Шкала психологічного дистресу Kessler (K10) (А. Дубенко, & R. Morelli, & В. Харитонов, & J. Hall, & J.H. Cross, & R. Michaelis, & S. Wiebe, & Л. Мар'єнко, & М. Марценюк, & Є. Кадук, & Т. Студеняк, & Т. Литовченко, & Р. Брозь, & І. Блажина, & М. Набока (2024).
5. Шкала суб'єктивного стресу Персева (PSS) (Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022).
6. Багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я (MBHS) (українська адаптація для користування на тестовій платформі Start TOB «UA-TEST», 2023).
7. Шкала позитивного ментального здоров'я - РМН-scale (Карамушка Людмила, Терещенко Кіра, Креденцер Оксана, 2022).

Основні методики були використані для визначення таких характеристик, як: якість сну, безсоння та денна сонливість, психічне здоров'я, дистрес та сприйняття стресу, соматизація, деморалізація, ангедонія, тривожність, суїцидальні схильності,

когнітивні проблеми, активація, розслабленість та зловживання психоактивними речовинами.

Опитувальник «Пітсбурзький індекс якості сну» (PSQI) – стандартизований інструмент самозвітування, розроблений Д. Дж. Байссом, який широко використовується для оцінювання суб'єктивної якості сну впродовж останніх 30 днів. Методика дозволяє виявити труднощі, пов'язані з процесом засинання, тривалістю нічного відпочинку, ефективністю сну та рівнем функціонування в денний час.

Українська адаптація опитувальника включає дві частини: першу — з відкритими запитаннями, що охоплюють часові та ситуативні аспекти сну, та другу — з 20 твердженнями, для кожного з яких передбачено чотири варіанти відповіді. Такий формат забезпечує детальне вивчення особливостей сну респондента та дозволяє виявити наявність або ризик порушень сну на субклінічному рівні.

Опитувальник PSQI включає 20 основних пунктів, згрупованих у сім субшкал, які відображають окремі аспекти якості сну:

1. Суб'єктивне оцінювання якості сну;
2. Латентність сну (тривалість засинання);
3. Загальна тривалість нічного сну;
4. Ефективність сну (співвідношення часу сну до часу, проведеного у ліжку);
5. Частота та причини порушень сну;
6. Використання медикаментозних засобів для сну;
7. Порушення денного функціонування, пов'язані зі сном.

Кожен із цих компонентів оцінюється за чотирибальною шкалою (від 0 до 3 балів), після чого обчислюється сумарний індекс якості сну (від 0 до 21 балу). Значення вище 5 балів свідчить про наявність проблем зі сном і може розглядатися як клінічно значуще порушення. За цією шкалою респондентів умовно поділяють на «добре сплячих» (≤ 5 балів) та «погано сплячих» (> 5 балів).

Кожна субшкала обчислюється наступним чином:

- **Суб'єктивна якість сну** — відповідає значенню, отриманому за 9-м запитанням.

- **Латентність сну** визначається на основі сумарного балу за 2-м і 5а запитаннями. Оцінка 2-го запитання ґрунтується на тривалості засинання:

- до 15 хв — 0 балів;
- 16–30 хв — 1 бал;
- 31–60 хв — 2 бали;
- понад 60 хв — 3 бали.

До цього додається значення за 5а пунктом. Загальний бал інтерпретується за шкалою:

- сума 0 — 0 балів;
- 1–2 — 1 бал;
- 3–4 — 2 бали;
- 5–6 — 3 бали.

- **Тривалість сну** визначається на основі 4-го запитання:

- понад 7 год — 0 балів;
- 6–7 год — 1 бал;
- 5–6 год — 2 бали;
- менше 5 год — 3 бали.

- **Ефективність сну** обчислюється як відсоткове співвідношення часу сну (запитання 4) до загального часу перебування в ліжку (різниця між часом відходу до сну і пробудженням — запитання 1 та 3).

Результат інтерпретується так:

- $\geq 85\%$ — 0 балів;
- 75–84% — 1 бал;
- 65–74% — 2 бали;
- $< 65\%$ — 3 бали.

- **Порушення сну** оцінюються шляхом підсумовування відповідей на запитання 5b–5j.
 - сума 0 — 0 балів;
 - 1–9 — 1 бал;
 - 10–18 — 2 бали;
 - 19 і більше — 3 бали.
- **Використання снодійних засобів** відповідає значенню, обраному у 7-му запитанні (0–3 бали).
- **Денна дисфункція** визначається сумою балів за 8-м і 9-м запитаннями:
 - сума 0 — 0 балів;
 - 1–2 — 1 бал;
 - 3–4 — 2 бали;
 - 5–6 — 3 бали.

Підсумковий бал за PSQI формується шляхом додавання оцінок за всіма субшкалами. Чим вищий результат, тим гіршою є загальна якість сну. Цей індекс є надійним показником порушень сну і використовується і у клінічній практиці, і в наукових дослідженнях (Позниш, В.А., & Колпаков, І.Є., & Леонович, О.С., & Зигало, В.М., & Вдовенко, В.Ю. (2024).

Афінська шкала безсоння (Athens Insomnia Scale (AIS)). Шкала оцінює тяжкість безсоння за допомогою діагностичних критеріїв, викладених Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10). Вона була представлена у 2000 році групою дослідників з Афін, Греція, щоб оцінити симптоми безсоння у пацієнтів із розладами сну. П'ять пунктів оцінюють труднощі засинання, пробудження вночі, пробудження рано вранці, загальну тривалість сну та загальну якість сну. Інші три пункти стосуються наслідків безсоння наступного дня (почуття благополуччя протягом дня, функціонування (фізичне та психічне) протягом дня та сонливість протягом дня). Симптоми безсоння вимірюються за допомогою анкети, яка складається з восьми пунктів та симптоми безсоння за останній місяць. Від

респондентів вимагається поставити позитивну оцінку, якщо вони відчували проблеми зі сном принаймні тричі на тиждень протягом останнього місяця. Кожний елемент оцінюється за 4-бальною шкалою оцінювання (NRS; де 0 = відсутність проблеми взагалі, а 3 = дуже серйозна проблема). Більш високі показники в цих вимірюваннях AIS вказують на те, що у тих, хто відповів, є серйозні симптоми безсоння (Okajima, Isa & Miyamoto, Towa & Ubara, Ayaka & Omichi, Chie & Matsuda, Arichika & Sumi, Yukiyoishi & Matsuo, Masahiro & Ito, Kazuki & Kadotani, Hiroshi. (2020).

Підсумковий бал, який обчислюється шляхом додавання відповідей, може коливатися в межах від 0 до 24, при цьому нижчі значення свідчать про меншу вираженість симптомів безсоння. Порогове значення, яке дозволяє диференціювати осіб із безсонням від тих, хто не має порушень сну, становить 5,5 бала (Isa Okajima, Towa Miyamoto, Ayaka Ubara, Chie Omichi, Arichika Matsuda, Yukiyoishi Sumi, Masahiro Matsuo, Kazuki Ito and Hiroshi Kadotani, 2020). Критерії тяжкості AIS дозволяють класифікувати тяжкість безсоння наступним чином: відсутність безсоння (0-5), легка інсомнія (6-9), помірна інсомнія (10-15) і важка інсомнія (16-24) (Isa Okajima, Towa Miyamoto, Ayaka Ubara, Chie Omichi, Arichika Matsuda, Yukiyoishi Sumi, Masahiro Matsuo, Kazuki Ito and Hiroshi Kadotani, 2020).

Шкала денної сонливості Епворта (Epworth Sleepiness Scale, ESS) є стислим опитувальником, розробленим у 1991 році лікарем Мюрреєм Джонсом в медичному закладі Epworth Hospital (Мельбурн, Австралія). Основне призначення методики — оцінка рівня суб'єктивної сонливості в денний час у дорослих осіб. Інструмент складається з 8 запитань, кожне з яких передбачає оцінювання ймовірності засинання в типових для повсякденного життя ситуаціях. Відповіді ранжуються за чотирибальною шкалою: від 0 (ніколи не засинає) до 3 (висока ймовірність засинання).

Зазначений опитувальник дозволяє оцінити суб'єктивну схильність до засинання в повсякденних ситуаціях (наприклад, під час читання, перегляду телевізора, поїздки в транспорті, сидіння в громадському місці тощо).

Для кожної із восьми запропонованих ситуацій респондент обирає варіант відповіді, який найточніше відображає ймовірність того, що він засне у подібних умовах. Оцінювання здійснюється за чотирибальною шкалою:

- 0 — засинання неможливе;
- 1 — ймовірність засинання низька;
- 2 — помірна ймовірність заснути;
- 3 — висока ймовірність заснути.

Загальна оцінка визначається як сума балів за всі вісім пунктів і може коливатися від 0 до 24. Підсумковий результат інтерпретується наступним чином:

- **0–9 балів** — показник у межах норми, що свідчить про відсутність патологічної денної сонливості;
- **10–15 балів** — вказує на помірну сонливість у денний час і може бути ознакою функціонального порушення;
- **16–24 бали** — свідчить про надмірну денну сонливість, що потребує подальшої діагностики.

Підвищений результат за шкалою ESS може бути індикатором наявності порушень сну (наприклад, **обструктивного апное сну**) або інших соматичних чи психічних станів, які супроводжуються сонливістю протягом дня.

Шкала сонливості Епворта активно застосовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Основні напрямки її використання включають:

- первинний скринінг надмірної денної сонливості;
- оцінку ефективності терапії при порушеннях сну;
- дослідження впливу медикаментів, способу життя та медичних станів на рівень сонливості;

- визначення потреби у додатковому інструментальному обстеженні, зокрема полісомнографії (Eric Suni & Dr. Abhinav Singh, 2023).

Завдяки своїй простоті, швидкості заповнення та інформативності, шкала ESS є зручною для застосування в амбулаторних та стаціонарних умовах (Т.О. Багро, 2023).

Шкала психологічного дистресу Кесслера (Kessler Psychological Distress Scale, K10) є стандартизованим інструментом психологічного скринінгу, розробленим для виявлення осіб із підвищеним рівнем дистресу. Вона широко застосовується в австралійських службах, що надають первинну медичну допомогу, з метою оперативного виявлення клінічно значущих проявів тривожності та депресивних станів у дорослого населення.

Даний опитувальник включає 10 тверджень, що відображають характерні прояви психоемоційного напруження за останні чотири тижні. Його формат самостійного заповнення забезпечує зручність використання як у клінічній діагностиці, так і в контексті наукових досліджень.

Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою:

- 1 бал — симптом не спостерігався («жодного разу»);
- 5 балів — симптом був постійним («увесь час»).

Після заповнення всі бали сумуються, формуючи загальний показник за шкалою K10, що може коливатися в межах від 10 до 50 балів:

- низький бал свідчить про незначний рівень дистресу,
- високий бал – про ймовірну наявність серйозного психоемоційного навантаження або психічного розладу.

Шкала K10 є ефективним інструментом первинного виявлення психологічної вразливості, що може потребувати подальшої діагностики або психотерапевтичного втручання.

Результати варіюють від 10 до 50 балів.

Інтерпретація результатів:

- менше 20 балів — ймовірно, людина здорова.
- 20–24 бали — ймовірно, легкий психічний розлад.
- 25–29 балів — ймовірно, помірний психічний розлад.
- 30-50 балів – ймовірно тяжкий психічний розлад.

Шкала сприйнятого стресу PSS (Perceived Stress Scale) це один із найпоширеніших інструментів для оцінки суб'єктивного рівня стресу, який був розроблений Шелдоном Коеном (Sheldon Cohen) у 1983 році. Основною метою створення шкали було виявлення того, наскільки людина сприймає своє життя як стресове, непередбачуване, надмірно напружене або таке, що вийшло з-під контролю.

Шкала сприйманого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) оцінює суб'єктивне сприйняття стресу, тобто те, наскільки особа вважає події у своєму житті за останній місяць непередбачуваними, неконтрольованими та надмірно навантажувальними. На відміну від традиційних методик, що зосереджуються на об'єктивних джерелах стресу (наприклад, шкала життєвих подій Холмса–Рахе або інструменти для вимірювання професійного стресу), PSS фокусується саме на індивідуальному досвіді переживання стресу.

Ця методика відображає інтегральний результат взаємодії зовнішніх обставин з особистісними особливостями респондента, такими як:

- інтерпретація подій (когнітивна оцінка),
- рівень психологічної стійкості,
- толерантність до фрустрації,
- наявність або відсутність емоційних та соціальних ресурсів підтримки,
- попередній досвід переживання стресових ситуацій.

Таким чином, PSS не лише виявляє рівень актуального емоційного навантаження, а й дає змогу оцінити загальну сприйнятливність особистості до стресу в конкретному життєвому контексті.

Скорочений варіант шкали сприйманого стресу (PSS-10) містить 10 пунктів, що відображають характерні емоційні та пізнавальні реакції на стресові ситуації, які мали місце протягом останнього місяця. Учасникам дослідження пропонується оцінити частоту переживань, пов'язаних із відчуттям розгубленості, внутрішньої напруги або, навпаки, впевненості у власній здатності впоратися з життєвими труднощами.

Приклади запитань включають:

- «Як часто ви мали відчуття, що не контролюєте важливі аспекти свого життя?»
- «Як часто ви почувалися нервовими чи перебували у стресовому стані?»
- «Як часто виникало відчуття, що труднощі перевищують ваші можливості?»
- «Як часто до вас приходила думка, що ви ефективно справляєтеся з повсякденними справами?»

Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта:

- 0 — ніколи;
- 1 — майже ніколи;
- 2 — іноді;
- 3 — досить часто;
- 4 — дуже часто.

Пункти, що стосуються позитивних переживань (наприклад, контроль над ситуацією або ефективне вирішення проблем), мають зворотну шкалу (реверсне кодування). Після корекції всіх відповідей розраховується сумарний бал, який може коливатися в межах від 0 до 40 балів.

Чим вищий підсумковий бал — тим вищим є рівень сприйманого стресу. Цей показник відображає усвідомлене сприйняття респондентом дисбалансу між зовнішніми вимогами та власними ресурсами, тобто ступінь, у якому події життя видаються такими, що перевищують його здатність до подолання (Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R., 1983).

Опис показника сприйнятого стресу представлений на основі підсумованих балів (Табл.1.2.):

Таблиця 1.2.

Інтерпретація результатів тесту PSS10

Отримані бали:	Рівень сприйнятого стресу	Опис:
0 – 13	Слабо виражене сприйняття стресу; респондент демонструє емоційну стабільність та достатній рівень ресурсності	Низький
14 – 26	Помірний рівень стресового навантаження; можливі незначні труднощі адаптації або емоційної регуляції	Помірний
27 – 40	Сильне суб'єктивне відчуття стресу; потенційний ризик психоемоційного виснаження та дистресу	Високий

В умовах тривалого стресу, пов'язаного з війною, PSS виявляється особливо корисним інструментом для дослідження впливу суб'єктивного переживання подій на психологічний стан. Вона дозволяє зафіксувати не тільки реакцію на конкретні тригери, а й загальний рівень емоційної напруги, що супроводжує повсякденне життя. Високі бали за шкалою можуть слугувати предиктором депресивних та тривожних симптомів, розладів сну, а також зниження якості ментального здоров'я в цілому.

PSS є ключовим інструментом у виявленні загального психоемоційного тла, яке визначає реактивність організму на зовнішні події, впливає на адаптацію, саморегуляцію та життєздатність особистості. Її застосування в поєднанні з іншими психодіагностичними методами забезпечує глибше розуміння впливу стресу на сон і ментальне здоров'я в умовах соціально-психологічної турбулентності.

Багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я (MBHS) – це скринінговий показник симптомів поведінкового здоров'я, призначений для клінічного використання в закладах первинної медичної допомоги. Це сучасний стандартизований інструмент психодіагностики, розроблений для комплексного вивчення різних аспектів поведінкового, емоційного та психічного функціонування. Його основною метою є виявлення ризиків для психічного здоров'я та вчасне скринінг-розпізнавання широкого спектру симптоматики, яка може залишатися недіагностованою в умовах повсякденної напруги або стресових подій.

MBHS 2.0 є багатовимірною шкалою, яка містить понад 100 пунктів, згрупованих у кілька доменів, що відображають ключові області психологічного та когнітивного функціонування. Вона базується на принципах DSM-5 і підходах інтегративної психології, поєднуючи когнітивно-поведінкові, афективні та нейропсихологічні маркери.

Основні домени MBHS 2.0:

1. Афективні симптоми:

- *Тривожність* (надмірне занепокоєння, очікування загрози, внутрішнє напруження);
- *Ангедонія* (пригніченість, втрата інтересу, емоційне оніміння);
- *Деморалізація* (безнадійність, втрата сенсу, низька мотивація до дій).

2. Поведінкові дисфункції:

- *Активация та імпульсивність*;
- *Розгальмованість* (різкі перепади настрою, дратівливість, сльозливість).

3. Когнітивні порушення:

- *Проблеми концентрації, пам'яті, організації мислення*;
- *Симптоми психічного перевантаження та ментального виснаження*.

4. Соматизація:

- *Фізичні симптоми без органічної основи* (головний біль, серцебиття, втома, м'язова слабкість);

○ *Психосоматичні прояви* (напруження в тілі, шлунково-кишкові симптоми, біль у грудях).

5. Порушення адаптації:

○ *Складнощі соціального функціонування* (ізоляція, втрата інтересу до міжособистісної взаємодії);

○ *Зниження професійної або академічної продуктивності.*

6. Суїцидальні думки та кризи (опціонально):

В окремих версіях шкала включає блоки для виявлення суїцидальних намірів, думок про смерть або самоушкодження.

7. Зловживання психоактивними речовинами (опціонально):

Визначається рівень ризику щодо вживання алкоголю, наркотичних або лікарських засобів як способу емоційного регулювання.

Респонденти оцінюють частоту симптомів або ступінь їх вираженості за шкалою частотності або інтенсивності (зазвичай від 0 — «ніколи» до 4 — «завжди»). Методика передбачає обчислення сумарних балів по кожному домену, що дозволяє виявити специфіку порушень, їхній ступінь і загальний ризик психічного неблагополуччя.

MBHS 2.0 дозволяє:

- виявити комплексну симптоматику, яка охоплює як емоційну, так і когнітивну, тілесну, поведінкову складові;
- побачити інтегральну картину психічного стану, що важливо в умовах масової травматизації та постійної психологічної напруги;
- визначити ризики розвитку психопатології, навіть за відсутності явних клінічних проявів;
- забезпечити базу для планування психопрофілактичних та психокорекційних втручань.

У межах цього дослідження шкала MBHS 2.0 застосовувалась як ключовий інструмент для комплексного аналізу ментального здоров'я учасників в умовах

воєнного часу. Методика була адаптована до українського соціокультурного контексту, перекладена українською мовою та протестована на релевантній вибірці, що забезпечує її надійність і валідність для цільової групи. (David M. McCord, 2020, українська адаптація для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start TOB «UA-TEST», 2023).

Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, PMH-scale) є коротким стандартизованим інструментом, призначеним для оцінювання внутрішніх і зовнішніх складових психічного благополуччя. Її концептуальна основа поєднує підходи гедоністичної (зосередженої на емоційному задоволенні) та евдемоністичної (орієнтованої на самореалізацію) традицій розуміння ментального здоров'я.

Ця методика фокусується на таких аспектах:

- внутрішні чинники, включаючи емоційний комфорт, психічну стійкість, задоволення життям;
- зовнішні фактори, такі як підтримка з боку близьких, позитивні соціальні зв'язки, відчуття партнерства.

Шкала має одновимірну структуру, орієнтована на особистісне самосприйняття, легко застосовується у дослідницькому та клінічному середовищі завдяки лаконічному формату та високій чутливості до змін у психоемоційному стані.

Інструмент складається з 9 тверджень, які оцінюються за чотирибальною шкалою, що відображає ступінь згоди респондента з кожним твердженням. Підсумковий бал є інтегральним показником позитивної орієнтації ментального здоров'я, яка є важливою умовою для збереження життєвої енергії, стресостійкості, емоційного балансу та здатності до конструктивної соціальної взаємодії.

Таким чином, на відміну від підходів, орієнтованих виключно на діагностику психопатологічних проявів, PMH-scale дозволяє оцінити ресурси психічного функціонування особистості, що підтримують її психологічне благополуччя навіть

у складних життєвих обставинах (Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О., 2022).

Загальний результат за шкалою позитивного ментального здоров'я може варіюватися від 9 до 36 балів. Значення в межах 9–24 балів вказують на низький рівень позитивного ментального здоров'я, показники від 25 до 29 балів відповідають середньому рівню, а результати в діапазоні 30–36 балів свідчать про високий рівень позитивного психічного функціонування (Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук, 2023).

2.3 Характеристика вибірки

Нами було організовано і проведено експериментальне дослідження, направлене на аналіз якості сну як чинника взаємозв'язку психологічного дистресу та психічного здоров'я. В основі дослідження лежить припущення про те, що якість сну може впливати на взаємозв'язок між дистресом та порушеннями психічного здоров'я.

Для перевірки припущення було проведено анкетування, зібрано та оброблено результати відповідно до обраних методичних інструментів, проаналізовано результати емпіричного дослідження. Дослідження проводилося на добровільній основі за згодою респондентів. Опитували респондентів в онлайн-форматі у березні-квітні 2025 року за допомогою інструментарію Google Forms.

Групу досліджуваних склали 103 респонденти, вибірку склали українці, переважна більшість яких проживає на території України, вік респондентів коливався від 16 років до 68 років, з них 15% чоловіків та 85% жінок (Рис. 1.2.).

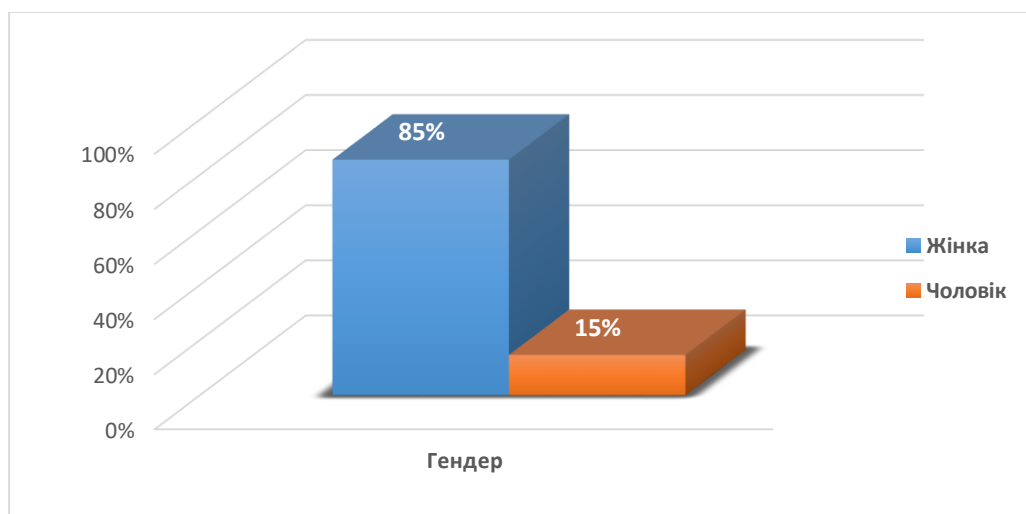


Рис. 1.2. Відсотковий розподіл вибірки досліджуваних за статтю.

Середній вік у досліджуваних становив 38 років у жінок і 40 рік у чоловіків. Найбільший відсоток респондентів віком від 35 до 44 років (34,95%), також маємо 23,30% віком від 45 до 54 років, 20,39% віком від 25 до 34 років, 14,56% віком до 24 років та найменшу кількість відсотків (6,80%) віком від 55 до 70 років (Рис. 2.2.)

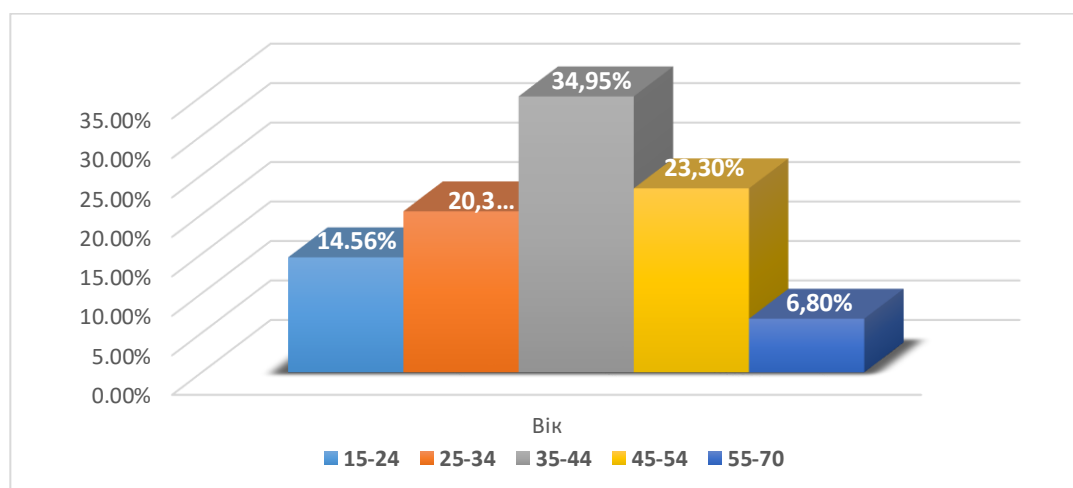


Рис. 2.2. Відсотковий розподіл вибірки досліджуваних за віком.

За сімейним статусом більше половини опитуваних (50,49%) є одруженими, 24,27% не перебувають у стосунках, 23,3% на час заповнення анкети перебували в стосунках та майже 2% респондентів були розлученими. (Рис. 3.2.).

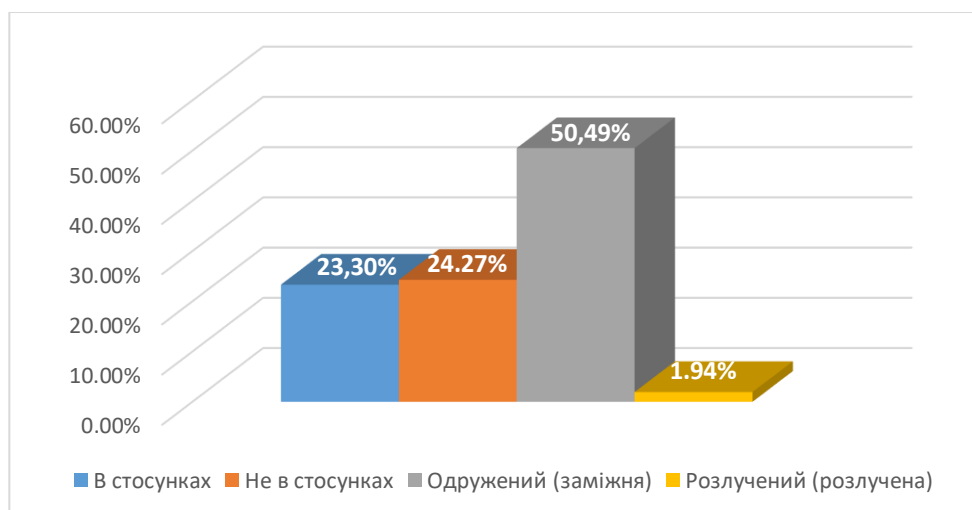


Рис. 3.2. Розподіл вибірки за критерієм сімейного стану.

Більшість респондентів вибірки на час проведення опитування проживали в Україні у великому місті (81,55%), ще 11,65% проживали у маленькому місті або селі та майже 7% перебували за кордоном. (Рис 4.2.).

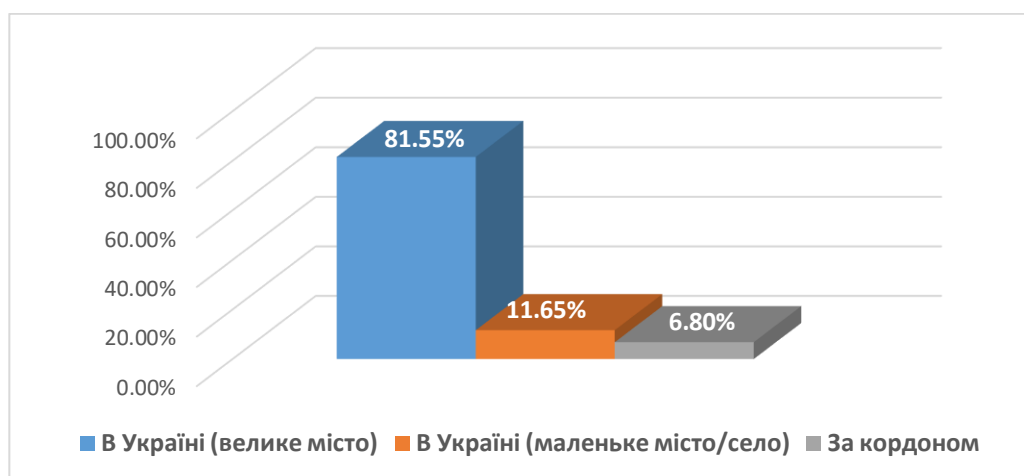


Рис. 4.2. Місце проживання респондента на час проведення опитування.

За підсумками підрахунку відповідей, ми отримали результат, що більшість респондентів вибірки, які працювали на момент опитування, були фахівцями або працівниками на підприємствах (61,17%), керівниками (12,62%) або підприємцями (6,80%). Також, частина опитуваних навчалися і були студентами (7,77%) та учнями (0,97%). Важливо, що серед опитуваних були пенсіонери (2,91%) та частина опитуваних вказала на інший рід занять (7,77%) (Рис 5.2.).

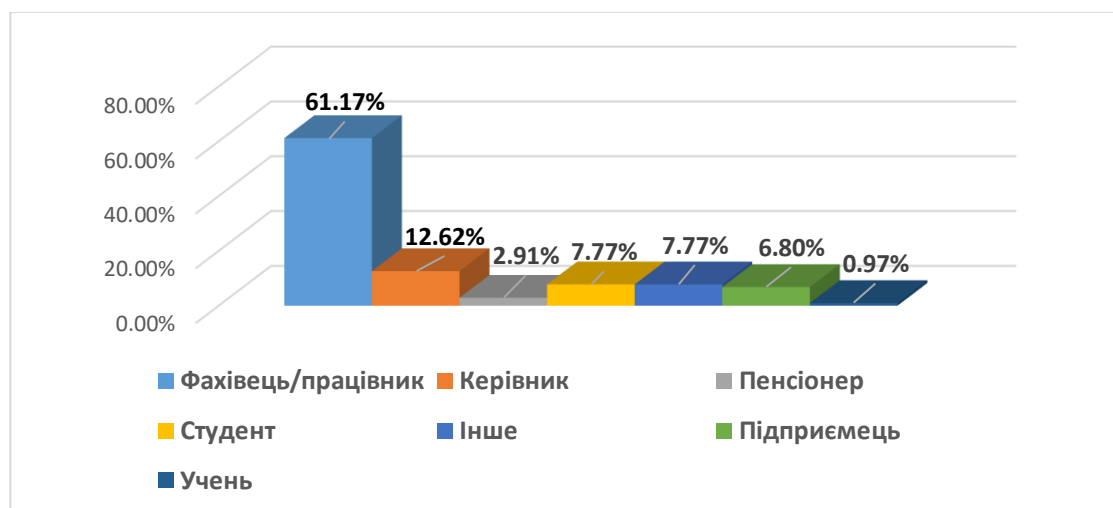


Рис. 5.2. Розподіл вибірки за соціальним статусом.

Підсумовуючи характеристику вибірки можна відзначити, що опитування пройшло загалом 103 особи різного віку від 16 до 68 років. Більшість опитуваних є жінками – 85%. За сімейним статусом переважна кількість респондентів є одруженими (50,49%), а за соціальним статусом – працівниками або фахівцями (61,17%). Також, переважали жителі великих міст України – 81,55% опитаних.

Висновки до розділу 2

У методологічному розділі було окреслено загальну мету дослідження, сформульовано основні завдання, а також детально представлено етапи проведення емпіричної роботи.

У другому розділі було висвітлено методологічні основи проведення емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення ролі якості сну у взаємозв'язку між психологічним дистресом і станом психічного здоров'я. Наведено обґрунтований опис використаних психодіагностичних інструментів відповідно до поставлених цілей і завдань дослідження.

Емпіричне обстеження проводилося на вибірці, сформованій із громадян України, переважна більшість яких під час опитування перебувала на території держави. Для комплексного оцінювання якості сну було використано такі валідні інструменти, як Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI), Афінська шкала інсомнії (AIS) та Шкала денної сонливості Епворта (ESS).

Оцінка рівня дистресу здійснювалася за допомогою шкали психологічного дистресу Кесслера (K10) та шкали сприйманого стресу (PSS-10). Психічне здоров'я респондентів вивчалось за допомогою багатовимірного скринінгу поведінкового здоров'я (MBHS 2.0), який охоплює широкий спектр психоемоційних і когнітивних показників, а також за допомогою шкали позитивного ментального здоров'я (PMH-scale), що дозволяє оцінити ресурсні аспекти психічного функціонування.

Таким чином, обраний методичний інструментарій забезпечив можливість всебічного та комплексного аналізу досліджуваних конструктів.

Збір даних проводився за допомогою анкетування, учать у якому прийняли 103 респонденти.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДИСТРЕСУ НА ЯКІСТЬ СНУ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1 Аналіз показників якості сну та психологічного дистресу

На початковому етапі обробки даних було проведено оцінку надійності та внутрішньої узгодженості використаних шкал з метою підтвердження якості отриманої інформації. Для цього було розраховано коефіцієнт альфа-Кронбаха (Таблиця 1.3.).

Таблиця 1.3.

Перевірка надійності та узгодженості методик дослідження.

Методика	Кронбах α
Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)	0.805
Афінська шкала безсоння (AIS)	0.764
Шкала денної сонливості Епворта (ESS)	0.767
Шкала психологічного дистресу Kessler (K10)	0.924
Шкала суб'єктивного стресу Персева (PSS)	0.859
Багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я (MBHS)	0.912
Шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-scale)	0.918

З вищенаведених даних можна прийти до висновку, що зібрані дані є якісними, а методики, використані в дослідженні є узгодженими та надійними, і це є хорошим базисом для аналізу результатів дослідження.

Далі, розглянемо статистичні характеристики результатів застосованих психодіагностичних методик. Проаналізуємо результати по шкалах, що характеризують якість сну (Таблиця 2.3).

Таблиця 2.3.

Описові статистики по шкалах що характеризують якість сну: PSQI, AIS та ESS

	Загальний індекс якості сну	AIS	ESS
N	105	103	103
Пропущено	3	5	5
Середнє	9.06	7.87	5.95
Медіана	9.00	7.00	5.00
Стандартне відхилення	4.03	3.67	3.97
Мінімум	1.00	2.00	0.00
Максимум	19.0	17.0	20.0
Шапіро-Уїлк W	0.979	0.961	0.919
Шапіро-Уїлк p	0.089	0.004	< .001

За шкалою Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) результати опитуваних розподілилися наступним чином (Рис. 1.3.):

- «погано сплячі» - 78 респондентів;
- «добре сплячі» - 25 респондентів.

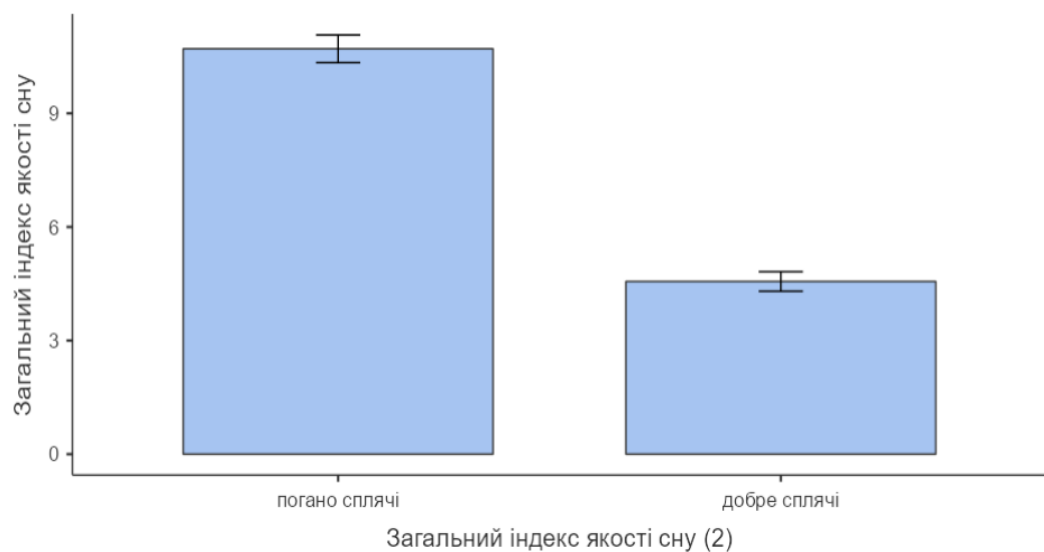


Рис. 1.3. Графік кількісного розподілу за шкалою PSQI

Отже, за шкалою Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) переважна кількість опитуваних мала погану якість сну. Показники загального індексу якості сну варіювалися від мінімального значення в 1 бал, що свідчить про дуже низький рівень якості сну, до максимального значення в 19 балів, що є майже максимумом по шкалі (діапазон значень 0 - 21 балів). Середнє значення становить – 9.06 балів, медіана – 9 балів, що підтверджує погану якість сну у більше половини опитаних.

За Афінською шкалою безсоння (AIS) легкий рівень безсоння мав 71 опитувальний, помірний рівень безсоння – 29 опитуваних та важкий рівень безсоння лише у трьох опитуваних (Рис. 2.3.).

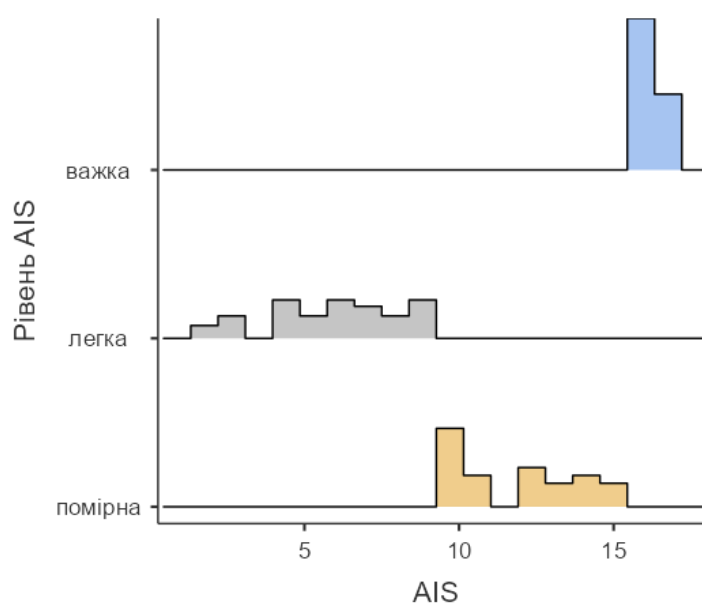


Рис. 2.3. Графік кількісного розподілу за шкалою AIS

Рівень безсоння респондентів коливається від 2 балів до 17 балів, тобто від відсутності безсоння до важкого її рівня. Середнє значення рівня безсоння опитуваних становить 7.87 балів, медіана – 7 балів, що свідчить про підпороговий рівень, який може супроводжуватися клінічно вираженими труднощами засинання, підтримання сну та суб'єктивного задоволення сном.

Щодо показників по шкалі денної сонливості Епворта (ESS) то нормальну денну сонливість (або її відсутність) мали 65 респондентів, в свою чергу середню сонливість мали 11 респондентів, а аномальна сонливість була присутня у 27 респондентів (Рис 3.3.).

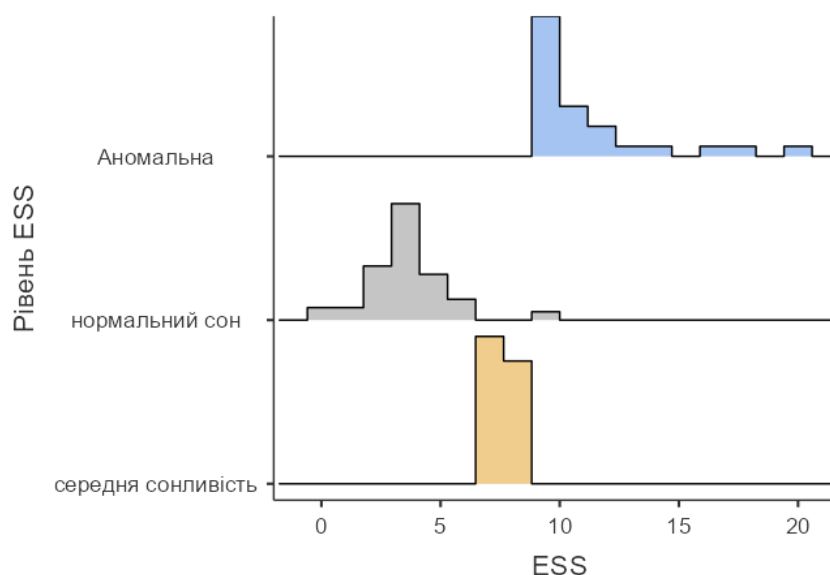


Рис. 3.3. Графік кількісного розподілу за шкалою ESS

Показники денної сонливості респондентів за шкалою ESS варіювалися від 0 до 20 балів (діапазон значень 0 - 24 балів), при середньому значенні в 5.95 балів і медіані в 5 балів, що відповідає нормальному рівню денної сонливості.

Для подальшого аналізу показників, варто зазначити, що за критерієм Шапіро-Уїлка розподіл по шкалі Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) відповідає нормальному ($p = 0.089$ що є вище ніж 0.005). Розподіл по шкалі Афінська шкала безсоння (AIS) та по шкалі денної сонливості Епворта (ESS) не відповідає нормальному ($p = 0.004$ та $p < 0.001$ відповідно).

Далі розглянемо показники стресу по двох шкалах (таблиця 3.3.).

Описові статистики по шкалах сприйняття стресу та дистресу: PSS та K-10

	K10	PSS
N	103	103
Пропущено	5	5
Середнє	26.6	18.8
Медіана	25.0	18.0
Стандартне відхилення	8.59	6.42
Мінімум	14.0	6.00
Максимум	50.0	38.0
Шапіро-Уїлк W	0.949	0.981
Шапіро-Уїлк p	< .001	0.139

По шкалі сприйнятого стресу можемо зазначити, що більшість опитуваних мали помірний рівень сприйнятого стресу – 69 опитуваних. В свою чергу, у 21 опитуваного рівень сприйнятого стресу був низьким, та у 13 опитуваних сильним (Рис 4.3.).

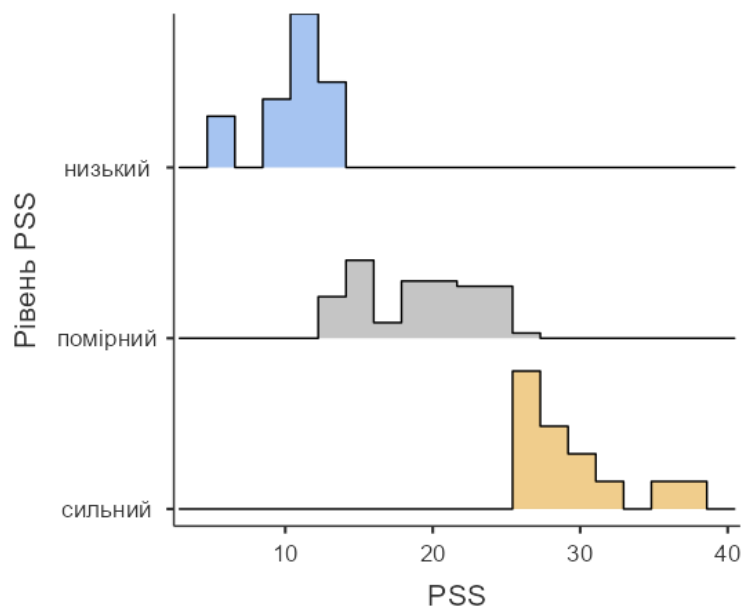


Рис. 4.3. Графік кількісного розподілу за шкалою PSS

Показники сприйнятого стресу у опитуваних коливаються від 6 балів, що свідчить про слабо сприйнятий стрес до максимального значення у 38 балів, що свідчить про сильно сприйнятий стрес (по шкалі PSS > 27 балів рівень сприйнятого стресу є сильним). Середнє значення є 18.8 балів, медіана – 18 балів, що є на рівні помірно сприйнятого стресу.

По шкалі психологічного дистресу Kessler (K10) 26 респондентів були здоровими, 19 респондентів ймовірно мали легкий психічний розлад, 25 – ймовірно мали помірний психічний розлад, а 33 респонденти – ймовірно мали тяжкий психічний розлад (Рис 5.3.).

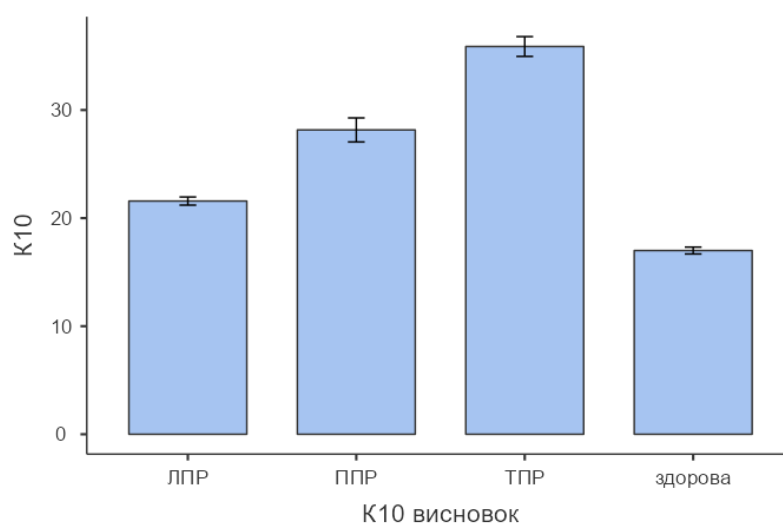


Рис. 5.3. Графік кількісного розподілу за шкалою K10

Щодо інших статистичних показників за шкалою психологічного дистресу Kessler (K10) можемо побачити мінімум у 14 балів, що вказує на здорову психіку і максимальне значення у 50 балів (максимум по шкалі), що в свою чергу показує ймовірність тяжкого психічного розладу. Середнє значення становить 26.6 балів, при медіані у 25 балів, що відповідає помірному рівню дистресу (від 21 до 30 балів по шкалі).

Також зазначимо, що розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка по шкалі сприйнятого стресу (PSS) розподіл не є нормальним ($p < 0.001$), а по шкалі психологічного дистресу Kessler (K10) навпаки - можемо відмітити нормальний розподіл даних ($p = 0.139$).

Аналіз отриманих даних щодо рівня психічного здоров'я показав, що переважна частина респондентів (50 осіб) продемонструвала низький рівень позитивного ментального функціонування. Середній рівень РМН виявлено у 36 учасників дослідження, тоді як високі показники зафіксовано лише у 17 опитаних (Рис 6.3.).

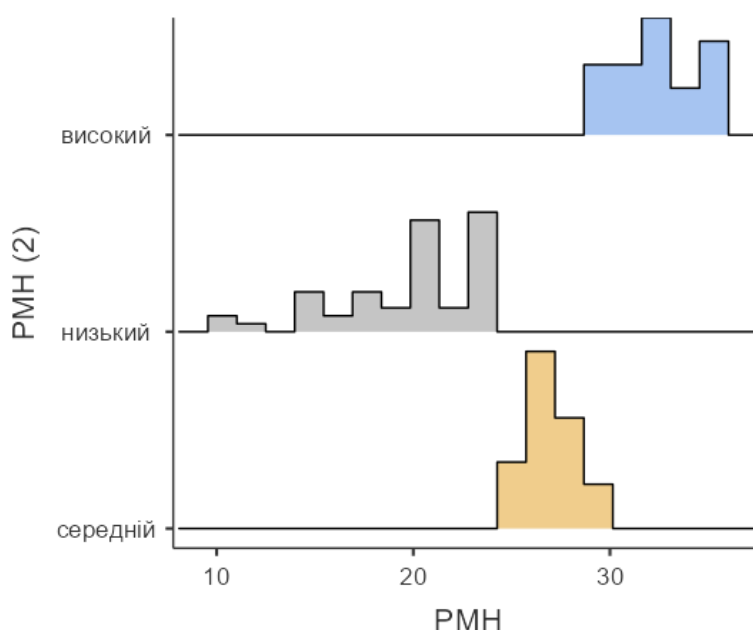


Рис. 6.3. Графік кількісного розподілу за шкалою РМН-scale

Щодо інших показників ментального благополуччя, то за шкалою РМН-scale вони варіюються від 10 балів до 35 балів, тобто від низького до високого рівня РМН. Середнє значення становить 24.4 бали, а медіана – 25 балів, що є на межі між низьким та середнім рівнем позитивного ментального здоров'я, що означає що половина опитуваних має низький рівень за шкалою РМН.

Наступним кроком, ми зупинилися на показниках шкали багатовимірного скринінгу поведінкового здоров'я (MBHS) (таблиця 4.3.). Інструмент MBHS охоплює дев'ять ключових доменів психічного функціонування, кожен із яких оцінюється з погляду вираженості психологічних порушень. До переліку оцінюваних сфер належать: соматизація, деморалізація, ангедонія, тривожність, когнітивні розлади, підвищена активація, імпульсивність (розгальмування), суїцидальні тенденції та зловживання психоактивними речовинами (за: David M. McCord, 2020).

Таблиця 4.3.

Показники респондентів по шкалі поведінкового здоров'я (MBHS)

	SUB	DSC	ACT	SUI	ANX	ANH	DEM	COG	SOM
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Пропущено	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Середнє	1.79	1.82	3.79	1.81	3.52	3.32	2.66	3.31	2.22
Медіана	0.00	1.00	4.00	1.00	4.00	3.00	2.00	3.00	2.00
Стандартне відхилення	2.39	1.45	1.97	1.99	2.30	2.13	2.33	1.92	1.91
Мінімум	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Максимум	9.00	6.00	8.00	9.00	9.00	9.00	9.00	8.00	7.00

Для аналізу показників опитуваних по шкалі поведінкового здоров'я (MBHS) виділимо аспекти що характеризують внутрішньо-психічну симптоматику та когнітивно-поведінкові симптоми поведінкового ментального здоров'я.

Отже, зупинимося на аспектах внутрішньо-психічної симптоматики:

- Соматизація (SOM): середній бал опитуваних – 2.22 при клінічному порозі ≥ 4 . Це свідчить про помірний рівень фізичних скарг, які можуть мати психогенну природу. Хоча більшість респондентів не демонструє клінічного рівня соматизації, частина учасників виявляє підвищену тенденцію до тілесного вираження стресу.

- Деморалізація (DEM): середній бал респондентів становить – 2.66, майже на порозі клінічного значення (≥ 3). Це вказує на емоційне виснаження, зниження задоволення життям і розчарування, що можуть мати значення як для діагностичної оцінки, так і для психотерапевтичного втручання.

- Ангедонія (ANH): середній бал – 3.32, що перевищує клінічний поріг (≥ 3). Це свідчить про значну частку осіб які втратили відчуття задоволення від життя, мали низький рівень соціальних зв'язків і низьку мотивацію, що характерне для депресивного спектру розладів.

- Тривожність (ANX): середній бал становить 3.52, він теж близький до клінічного порогу (≥ 5). Тривожні прояви присутні у значної частини респондентів, однак у більшості – на субклінічному рівні.

- Суїцидальні тенденції (SUI): середній бал опитуваних – 1.81, перевищує критичний поріг ≥ 1 , тобто вже один бал — є підставою для клінічного запиту. Це означає, що у значної частки респондентів фіксуються суїцидальні думки, що потребує індивідуального клінічного дообстеження. Далі зупинимося на когнітивно-поведінкових симптомах поведінкового ментального здоров'я:

- Когнітивні труднощі (COG): середній бал на рівні 3.31, нижче порогу ≥ 5 , однак частина учасників демонструє виражену неуважність, проблеми з концентрацією та пам'яттю, що може бути пов'язано як з депресивно-тривожною симптоматикою, так і з розладами уваги.

- Активація (ACT): середній бал опитуваних – 3.79, що перевищує клінічний поріг ≥ 3 . Це свідчить про підвищену психомоторну активність, імпульсивність або циклічну лабільність настрою, потенційно пов'язану з гіпоманією або синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

- Дисконтроль (DSC): середній бал становить – 1.82, що нижче клінічного порогу (≥ 4). У цілому імпульсивні або девіантні поведінкові прояви не є характерними для більшості вибірки.

- Вживання психоактивних речовин (SUB): середній бал респондентів становить – 1.79, медіана — 0, що свідчить про відсутність регулярного або ризикованого вживання речовин серед переважної більшості респондентів.

Досліджувані групи демонструють тенденцію до високого рівня емоційної напруги, порушень сну та значного психологічного дистресу, що може мати серйозні наслідки для загального здоров'я та добробуту. Дані вказують на потенційні психологічні труднощі у вибірці респондентів, з особливим акцентом на тривогу, ангедонію, когнітивні труднощі та суїцидальні думки.

Таким чином, на основі отриманих даних доцільно припустити, що погіршення якості сну може не тільки супроводжувати дистрес, але й посилювати вираженість психічного неблагополуччя, виступаючи у ролі фактора ризику або механізму передачі стресу у клінічні симптоми. Це вимагає подальшого аналізу міжзмінних зв'язків на наступному етапі дослідження.

3.2 Взаємозв'язок психологічного дистресу, якості сну та порушень психічного здоров'я

Одне із наших дослідницьких питань полягало у тому щоб з'ясувати *як психологічний дистрес впливає на психічне здоров'я та чи відіграє якість сну роль посередника у цьому взаємозв'язку.*

Тому, спочатку простежимо зв'язок між нашими змінними, а саме: якістю сну, рівнем безсоння, денною сонливістю, рівнем сприйняття стресу, рівнем дистресу та показником РМН. Нульовою гіпотезу визначимо гіпотезу, що змінні не корелюють, зв'язку між ними немає. Альтернативною гіпотезою буде те, що змінні між собою корелюють (*Таблиця 5.3.*).

Таблиця 5.3.

Кореляційний зв'язок між якістю сну, рівнем сприйняття стресу, рівнем дистресу та показником позитивного ментального здоров'я

		Загальний індекс якості сну	AIS	ESS	K10	PSS
Загальний індекс ЯС	Спірмен $\rho(\text{rho})$	—				
	p-значення	—				
AIS	Спірмен $\rho(\text{rho})$	0.778	—			
	p-значення	< .001	—			
ESS	Спірмен $\rho(\text{rho})$	0.044	0.057	—		
	p-значення	0.657	0.570	—		
K10	Спірмен $\rho(\text{rho})$	0.554	0.572	0.111	—	
	p-значення	< .001	< .001	0.263	—	
PSS	Спірмен $\rho(\text{rho})$	0.502	0.577	0.040	0.807	—
	p-значення	< .001	< .001	0.688	< .001	—
PMH	Спірмен $\rho(\text{rho})$	-0.602	-0.646	-0.127	-0.758	-0.742
	p-значення	< .001	< .001	0.200	< .001	< .001

Аналіз результатів, представлених у *таблиці 5.3/*, засвідчує наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між індикаторами якості сну, рівнем психологічного дистресу та показниками психічного благополуччя (PMH).

Найбільш тісно пов'язаний з психічним здоров'ям виявився загальний рівень дистресу за шкалами K10 ($\rho = -0.758$; $p < .001$) та PSS ($\rho = -0.742$; $p < 0.001$), що вказує на сильний обернений зв'язок між дистресом і позитивним психічним здоров'ям (*Рис 7.3.*).

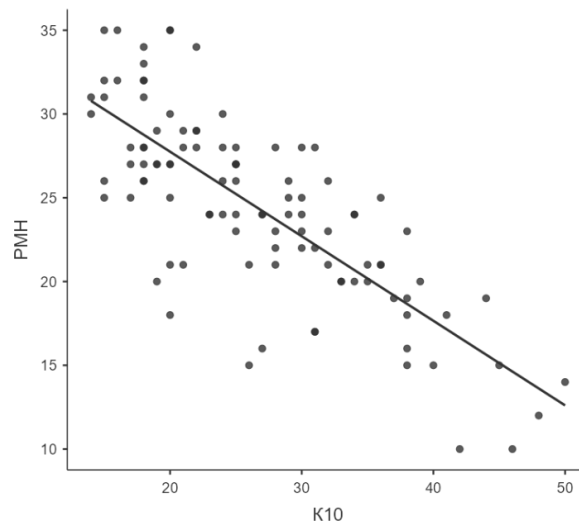


Рис. 7.3. Діаграма розсіювання психічне здоров'я (PMN), дистрес (K10)

Значущі обернені зв'язки також були виявлені між порушеннями сну (AIS) і РМН ($\rho = -0.646$), а також загальним індексом якості сну ($\rho = -0.602$), що підтверджує гіпотезу про негативний вплив порушень сну на психічне здоров'я.

Окрім цього, рівень дистресу (PSS, K10) має досить сильний позитивний зв'язок із вираженістю інсомнії (AIS) (Рис. 8.3.), відповідно $\rho = 0.577$ і $\rho = 0.572$ ($p < 0.001$), що показує на участь порушень сну у механізмі дії дистресу на психічне здоров'я (Рис 8.3.).

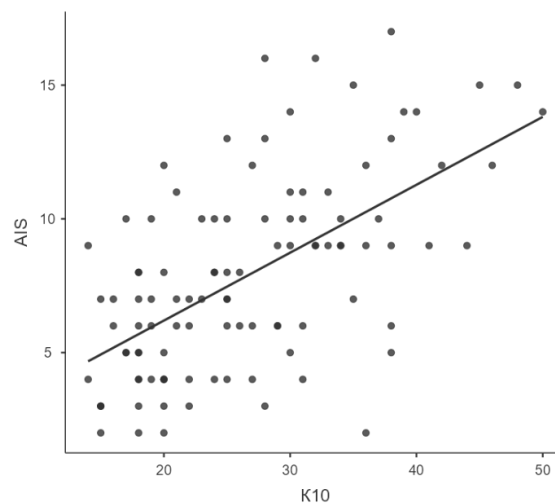


Рис. 8.3. Діаграма розсіювання рівень безсоння (AIS), дистрес (K10)

Варто зазначити, що результати кореляційного аналізу означають, що існує достатньо доказів для відхилення нульової гіпотези про відсутність кореляції між якістю сну, рівнем безсоння, рівнем сприйняття стресу, рівнем дистресу та показником ментального благополуччя.

Денна сонливість (ESS) виявляє значно слабші зв'язки із більшістю змінних. Вона не демонструє значущої кореляції із загальним індексом якості сну ($\rho = 0.044$; $p = 0.657$) чи AIS ($\rho = 0.057$; $p = 0.570$), що вказує на те, що суб'єктивна оцінка денної сонливості є відносно незалежною від переживаних порушень сну вночі. Тим не менш, ESS слабо, але статистично значуще корелює з суїцидальними тенденціями ($\rho = 0.268$; $p = 0.006$), активацією ($\rho = 0.287$; $p = 0.003$), розгальмованістю (DSC: $\rho = 0.250$; $p = 0.011$), що може свідчити про непрямий зв'язок між сонливістю та дезорганізацією поведінки, можливо, через когнітивну втому чи імпульсивність. Проте, показники денної сонливості (ESS) не виявили статистично значущих кореляцій з основними змінними, що може свідчити про її незалежну природу або низьку сенситивність у цій вибірці.

Далі проаналізуємо на які аспекти психічного здоров'я впливає порушення сну (Таблиця 6.3.)

Таблиця 6.3.

Кореляційний зв'язок між якістю сну, рівнем безсоння та показниками поведінкового ментального здоров'я (SOM, COG, DEM, ANH, ANX)

		Загальний індекс ЯС	AIS	SOM	COG	DEM	ANH
Загальний індекс ЯС	Спірмен $\rho(\rho)$	—					
	p-значення	—					
AIS	Спірмен $\rho(\rho)$	0.778	—				
	p-значення	< .001	—				
SOM (Somatization)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.417	0.480	—			
	p-значення	< .001	< .001	—			

		Загальний індекс ЯС	AIS	SOM	COG	DEM	ANH
COG (Cognitive Issues)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.327	0.426	0.516	—		
	p-значення	0.001	< .001	< .001	—		
DEM (Demoralization)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.557	0.578	0.677	0.584	—	
	p-значення	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
ANH (Anhedonia)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.457	0.463	0.527	0.574	0.753	—
	p-значення	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—
ANX (Anxiety)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.483	0.484	0.522	0.513	0.650	0.435
	p-значення	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

За результатами кореляційного аналізу за допомогою коефіцієнта Спірмена встановлено статистично значущі взаємозв'язки між загальним індексом якості сну та окремими аспектами психічного здоров'я за шкалою MBHS. Найвищий рівень асоціації виявлено між якістю сну та індексом інсомнії ($\rho = 0.778$; $p < 0.001$), що підтверджує внутрішню узгодженість шкал сну. Такий дуже сильний позитивний зв'язок підтверджує, що учасники з вищими значеннями загального індексу сну (що свідчить про погіршену якість сну) також повідомляють про значно більш виражені симптоми безсоння.

Помірні позитивні кореляції також спостерігались між якістю сну та деморалізацією ($\rho = 0.557$), ангедонією ($\rho = 0.457$), соматизацією ($\rho = 0.417$), тривожністю ($\rho = 0.483$) і когнітивними скаргами ($\rho = 0.327$) — усі значущі при $p < .001$.

Ці зв'язки свідчать про те, що порушення сну тісно пов'язані з афективними, соматичними та когнітивними проявами психологічного дистресу. Всі ці показники дозволяють зробити висновок про те, що чим більш виражені симптоми безсоння, тим збільшуються такі симптоми як соматизація, когнітивні труднощі,

деморалізація, ангедонія та тривожність. Найвищий міжшкальний зв'язок виявлено між деморалізацією та ангедонією ($\rho = 0.753$), що підтверджує глибоку клінічну взаємозалежність цих симптомів у структурі психічного неблагополуччя. Також, сильний взаємозв'язок спостерігається між шкалами AIS та DEM ($\rho = 0.578$), що може вказувати на те, що порушення сну суттєво впливають на емоційний стан та відчуття безнадійності (Рис. 9.3).

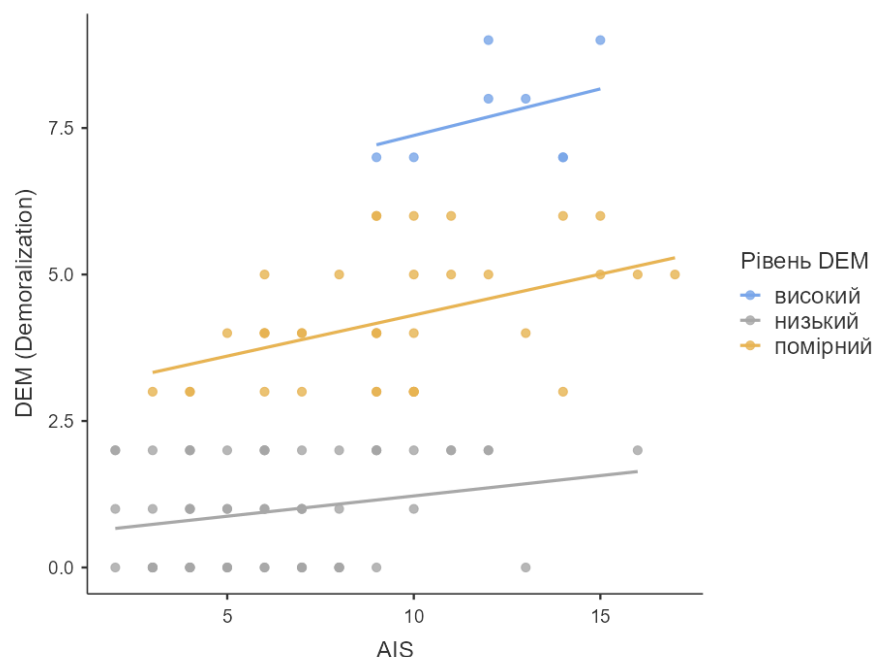


Рис. 9.3. Діаграма розсіювання рівень безсоння (AIS), деморалізація (DEM)

Аналіз кореляційної матриці дає підстави стверджувати, що погіршення якості сну, як виміряне загальним індексом сну та через інструмент AIS, тісно пов'язане з підвищенням значень субшкал MBHS (SOM, COG, DEM, ANH, ANX). Отримані позитивні та статистично значущі кореляції свідчать про те, що інтервенції, спрямовані на покращення якості сну та зниження симптомів безсоння, можуть сприяти зменшенню психоемоційного дистресу. Ці дані формують міцну підґрунтя для подальших досліджень, спрямованих на визначення механізмів взаємозв'язку між сном і психічним здоров'ям, а також для розробки практичних рекомендацій у сфері психологічної підтримки та терапії.

Інші аспекти поведінкового здоров'я за шкалою MBHS показали наступні кореляційні зв'язки (таблиця 7.3.):

Таблиця 7.3.

Кореляційний зв'язок між якістю сну, рівнем безсоння та показниками поведінкового ментального здоров'я (ACT, DSC, SUB)

		Загальний індекс якості сну	AIS	ESS	ACT	DSC	SUB
Загальний індекс якості сну	Спірмен $\rho(\rho)$	—					
	p-значення	—					
AIS	Спірмен $\rho(\rho)$	0.778	—				
	p-значення	< .001	—				
ACT (Activation)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.289	0.377	0.287	—		
	p-значення	0.003	< .001	0.003	—		
DSC (Disconstraint)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.171	0.301	0.250	0.554	—	
	p-значення	0.084	0.002	0.011	< .001	—	
SUB (Substance Misuse)	Спірмен $\rho(\rho)$	0.167	0.273	0.015	0.173	0.252	—
	p-значення	0.093	0.005	0.878	0.081	0.010	—

Активация (ACT) має помірні позитивні зв'язки з показниками якості сну, рівнем безсоння та психологічним дистресом. Це може вказувати на те, що підвищена активація (можливо, як відповідь на стресові ситуації) також пов'язана з погіршенням сну та іншими негативними психоемоційними ознаками. Імпульсивність (DSC) демонструє помірні позитивні зв'язки рівнем безсоння та активацією. ESS (денна сонливість) слабо, але статистично значуще корелює з активацією та розгальмованістю, що може свідчити про непрямий зв'язок між сонливістю та дезорганізацією поведінки, можливо, через когнітивну втому чи

імпульсивність. Ризик вживання психоактивних речовин (SUB) має менш виражені зв'язки. Деякі показники не є статистично значущими, що може свідчити про те, що в даній вибірці вживання психоактивних речовин менш міцно пов'язане з показниками сну та психоемоційними характеристиками, порівняно з іншими змінними.

Продовжуючи досліджувати питання чи є якість сну предиктором змін у психічному здоров'ї було проведено **множинний лінійний регресійний аналіз**. До моделі було включено п'ять предикторів: рівень безсоння (AIS), рівень дистресу (K10), ангедонію (ANH), тривожність (ANX) та соматизацію (SOM) (таблиця 8.3).

Таблиця 8.3.

Регресійна модель впливу якості сну та пов'язаних психоемоційних факторів на психічне здоров'я (PMH)

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0.875	0.766

Коефіцієнти моделі - PMH				
Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват	36.810	0.9883	37.25	<.001
AIS	-0.240	0.0974	-2.47	0.015
K10	-0.204	0.0527	-3.88	<.001
ANH (Anhedonia)	-0.727	0.1633	-4.45	<.001
ANX (Anxiety)	-0.534	0.1707	-3.13	0.002
SOM (Somatization)	-0.347	0.2007	-1.73	0.087

Отримана модель виявилась статистично значущою та демонструє високу пояснювальну здатність: коефіцієнт множинної кореляції $R = 0.875$, коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.766$, що означає, що модель пояснює 76.6% дисперсії показника PMH.

Усі предиктори, за винятком соматизації, виявилися статистично значущими ($p < 0.05$):

Ангедонія (ANH): $\beta = -0.727$, $p < 0.001$ — найсильніший негативний предиктор психічного благополуччя.

Тривожність (ANX): $\beta = -0.534$, $p = 0.002$

Дистрес (K10): $\beta = -0.204$, $p < 0.001$

Інсомнія (AIS): $\beta = -0.240$, $p = 0.015$

Соматизація (SOM): $\beta = -0.347$, $p = 0.087$ — майже досягла рівня статистичної значущості ($p > 0.05$)

Таким чином, результати моделі підтверджують, що афективні симптоми (ангедонія, тривожність), дистрес та порушення сну є ключовими негативними предикторами психічного благополуччя. Це означає, що із збільшенням симптоматики порушень сну, психологічного дистресу, ангедонії та тривожності спостерігається зниження психічного здоров'я. Найсильнішим негативним предиктором виявилася **ангедонія**, що свідчить про її критичну роль у визначенні рівня РМН. Соматичні скарги демонструють тенденцію до зв'язку, однак в межах цієї моделі не мають незалежного значущого внеску.

Також, ми перевірили вплив рівня дистресу, сприйняття стресу, а також загального індексу якості сну та рівня безсоння на показники поведінкового психічного здоров'я за шкалою MBHS за допомогою регресійних моделей (Додаток А). З проведеного аналізу отримано можемо зробити висновки про вплив рівня дистресу (K10) на показники соматизації (SOM) ($p < 0.001$), деморалізації (DEM) ($p = 0.004$), активації (ACT) ($p < 0.001$) та тривоги (ANX) ($p < 0.001$).

Далі було продовжено перевірку гіпотези про те, що рівень безсоння (AIS) опосередковує вплив дистресу (K10) на рівень психічного здоров'я (РМН). Для цього ми провели **медіаційні аналізи** у середовищі Jamovi.

Перший медіаційний аналіз було здійснено із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної у взаємозв'язку між дистресом (K10) та психічним благополуччям (PMH) (таблиця 9.3.).

Таблиця 9.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної у взаємозв'язку між дистресом (K10) та психічним благополуччям (PMH)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	-0.110	0.0315	-3.49	< .001
Direct	-0.395	0.0469	-8.41	< .001
Total	-0.505	0.0405	-12.46	< .001

Результати підтвердили наявність **статистично значущої медіації**: непрямий ефект склав $\beta = -0.110$, $SE = 0.0315$, $Z = -3.49$, $p < .001$. Це свідчить про те, що **підвищений рівень дистресу асоціюється з порушенням сну**, що, своєю чергою, пов'язане зі **зниженням психічного здоров'я**.

Окрім того, зберігся **прямий ефект впливу рівня дистресу (K10) на психічне здоров'я (PMH)** ($\beta = -0.395$, $p < .001$), що свідчить про часткову медіацію. Загальний ефект становив $\beta = -0.505$ ($p < .001$), що підтверджує **інтенсивний негативний вплив дистресу на психічне здоров'я**, який частково реалізується через якість сну.

Розрахунок ефектів медіації підтвердив цю структуру:

- Непрямий ефект (через AIS): $\beta = -0.110$, $SE = 0.0315$, $Z = -3.49$, $p < .001$
- Прямий ефект: $\beta = -0.395$, $p < .001$
- Загальний ефект: $\beta = -0.505$, $p < .001$

Таким чином, результати моделі вказують на **статистично значущу часткову медіацію**, де **інсомнія виступає одним із ключових механізмів впливу психологічного дистресу на зниження психічного благополуччя**. Частка

непрямого ефекту склала приблизно **22% від загального впливу**, що свідчить про **суттєву роль сну** в цій взаємозалежності.

Зважаючи на отримані результати можемо підсумувати, що:

- Чим вище рівень дистресу (K-10), тим нижчий рівень психічного здоров'я (PMH).
- Частина цього негативного впливу пояснюється тим, що підвищений дистрес сприяє розвитку або поглибленню проблем із сном (AIS), що, у свою чергу, ще більше знижує психічне здоров'я.
- Таким чином, безсоння відіграє роль посередника у зв'язку між дистресом та психічним здоров'ям.

Це дозволяє сказати, що для покращення психічного здоров'я варто не лише працювати над зниженням рівня психологічного дистресу, а й звертати увагу на поліпшення якості сну. За необхідності можна розглянути інтервенційні програми, спрямовані як на зниження стресу, так і на покращення сну, що має потенціал позитивно вплинути на загальний психологічний стан.

Другий медіаційний аналіз було здійснено для дослідження як сприйнятий стрес (PSS), впливає на психічне здоров'я (PMH) безпосередньо та опосередковано через загальний індекс якості сну (*таблиця 10.3.*).

Таблиця 10.3.

Медіаційний аналіз із включенням загального індексу якості сну як посередникової змінної у взаємозв'язку між рівнем сприйнятого стресу (PSS) та психічним благополуччям (PMH)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	-0.113	0.0350	-3.22	0.001
Direct	-0.533	0.0601	-8.87	< 0.001
Total	-0.646	0.0575	-11.24	< 0.001

У межах медіаційного аналізу було перевірено модель, згідно з якою загальна якість сну виступає опосередковувальною змінною у впливі пережитого стресу (PSS) на рівень психічного благополуччя (PMH).

Оцінка медіаційних ефектів підтвердила наявність **часткової медіації**:

- Непрямий ефект (PSS → Якість сну → PMH): $\beta = -0.113$, $SE = 0.0350$, $Z = -3.22$, $p = .001$
- Прямий ефект: $\beta = -0.533$, $p < .001$
- Загальний ефект: $\beta = -0.646$, $p < .001$

Результати вказують, що сприйнятий стрес (PSS) впливає на психічне здоров'я (PMH) двома шляхами. Основна частина цього впливу відбувається безпосередньо, тобто прямо від стресу до зміни психічного здоров'я. Проте частина цього впливу передається через погіршення якості сну – підвищення стресу зумовлює погану якість сну, а поганий сон, у свою чергу, знижує рівень психічного здоров'я. Таким чином, **модель медіації підтверджує, що близько 17,5% загального негативного ефекту перцептивного стресу на психічне здоров'я пояснюється через зміни у якості сну.**

Отже, отримані дані підтверджують, що:

- Підвищення сприйнятого стресу (PSS) пов'язане з погіршенням якості сну.
- Гірша якість сну має негативний вплив на психічне здоров'я (PMH).
- Загальний ефект стресу на психічне здоров'я складається як з прямого впливу, так і з часткового посередництва через погану якість сну.

Ця модель медіації підтверджує важливість інтегрованого підходу у розробці інтервенцій, що спрямовані як на зниження рівня стресу, так і на покращення якості сну для оптимізації психічного здоров'я. Таким чином, обидві моделі підтверджують, що **порушення сну відіграють статистично значущу роль у зниженні психічного благополуччя під впливом стресу, причому як інсомнія, так і суб'єктивна якість сну є релевантними медіаторами, із дещо більшою часткою медіації в моделі з AIS.** Це дозволяє зробити висновок про **стабільність**

виявленого ефекту незалежно від операціоналізації сну, що підвищує надійність результатів дослідження.

Далі, нами було перевірено чи здійснюють індикатори сну опосередкований вплив на аспекти поведінкового психічного здоров'я за шкалою MBHS. За результатами медіаційного аналізу нами був виявлений опосередкований вплив рівня безсоння (AIS) на показники психоемоційного неблагополуччя — зокрема, на тривожність (ANX) (*таблиця 11.3.*), деморалізацію (DEM): когнітивні проблеми (COG), соматизацію (SOM), ангедонію (ANH), активацію (ACT), розгальмування (DSC) і зловживання психоактивними речовинами (SUB).

Таблиця 11.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної у взаємозв'язку між перцептивним стресом (PSS) та тривожністю (ANX)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0641	0.0187	3.44	< .001
Direct	0.1843	0.0291	6.33	< .001
Total	0.2484	0.0261	9.50	< .001

Проведений медіаційний аналіз показав, що перцептивний стрес (PSS) суттєво впливає на рівень тривожності (ANX), частково через рівень інсомнії (AIS).

- Опосередкований ефект (Indirect Effect) = 0.0355, $p = 0.022$, що є статистично значущим, але помірним.
- Прямий ефект (Direct Effect) = 0.1876, $p < .001$, що свідчить про незалежну роль стресу у формуванні рівня тривожності.
- Загальний ефект (Total Effect) = 0.2231, $p < .001$, що підтверджує, що стрес має загальний вплив на тривожність.

Таким чином, **рівень інсомнії опосередковує 15.91% загального впливу стресу на тривожність**, а решта 84.1% визначається прямим впливом PSS на ANX.

Зважаючи на вищевикладене, перцептивний стрес є ключовим фактором тривожності, але рівень безсоння також має помірний медіаційний вплив. Опосередкований ефект через рівень безсоння (15.91%) є слабшим порівняно з прямим впливом стресу, що свідчить про переважно негайну та безпосередню реакцію організму на психологічне напруження. Проте, варто враховувати, що покращення якості сну може частково зменшити рівень тривожності.

Наступний медіаційний аналіз підтвердив, що перцептивний стрес (PSS) суттєво впливає на рівень деморалізації (DEM), частково через інсомнію (AIS) (таблиця 12.3).

Таблиця 12.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної у взаємозв'язку між перцептивним стресом (PSS) та деморалізацією (DEM)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0641	0.0187	3.44	< .001
Direct	0.1843	0.0291	6.33	< .001
Total	0.2484	0.0261	9.50	< .001

Основні результати аналізу:

- Опосередкований ефект (Indirect Effect) = 0.0641, $p < .001$, що вказує на статистично значущу роль якості сну у механізмі формування деморалізації.
- Прямий ефект (Direct Effect) = 0.1843, $p < .001$, що свідчить про те, що основна частка впливу PSS на DEM залишається безпосередньою.
- Загальний ефект (Total Effect) = 0.2484, $p < .001$, що підтверджує, що стрес має сильний сукупний вплив на деморалізацію.

Таким чином, **рівень безсоння опосередковує приблизно 25.8% загального впливу стресу на деморалізацію**, а решта 74.2% визначається прямим впливом PSS на DEM.

За результатами проведеного аналізу, можемо дійти до висновків, що перцептивний стрес є ключовим фактором деморалізації, а якість сну відіграє допоміжну роль у цьому механізмі. Крім того, опосередкований ефект через якість сну (25.8%) є сильнішим порівняно з ефектом у моделі тривожності, що свідчить про більшу роль сну у механізмах деморалізації. Таким чином, інсомнія може розглядатися не лише як наслідок суб'єктивного стресу, але й як важливий чинник формування деморалізаційних переживань: відчуття безнадійності, втоми, зниженню самооцінки та втрати особистого сенсу.

Деморалізація у структурі MBHS трактується як втрата сенсу, надії та почуття особистої ефективності, а також наявність суб'єктивного досвіду "психологічної зламаності". За таких умов, безсоння виступає не просто симптомом, а потенційним тригером для виникнення цих станів. Порушення сну змінює регуляцію стресу на фізіологічному рівні (гіперактивація ГГНС, дисбаланс кортизолу), що ускладнює психоемоційну стабілізацію. Більше того, **когнітивні наслідки інсомнії** — такі як **румінації, катастрофізація, труднощі з концентрацією** — здатні підтримувати **негативні переконання, які лежать в основі деморалізації** (наприклад, «Я більше не справляюсь», «Моє життя втрачає сенс»).

Отже, далі проаналізуємо вплив перцептивного стресу (PSS) на когнітивні порушення (COG), частково через рівень безсоння (AIS) (*таблиця 13.3*).

Таблиця 13.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) та когнітивними порушеннями (COG)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0488	0.0182	2.69	0.007
Direct	0.0845	0.0302	2.79	0.005
Total	0.1334	0.0263	5.07	< .001

Проведений медіаційний аналіз підтвердив, що перцептивний стрес (PSS) суттєво впливає на когнітивні порушення (COG), частково через якість сну (AIS).

- Опосередкований ефект (Indirect Effect) = 0.0488, $p = 0.007$, що є статистично значущим, підтверджуючи роль якості сну у формуванні когнітивних порушень.

- Прямий ефект (Direct Effect) = 0.0845, $p = 0.005$, що свідчить про те, що стрес напряму впливає на когнітивні порушення, незалежно від інсомнії.

- Загальний ефект (Total Effect) = 0.1334, $p < .001$, що підтверджує суттєвий вплив стресу на когнітивну дисфункцію.

Отже, рівень безсоння опосередковує приблизно 36.6% загального впливу стресу на когнітивні порушення, а решта 63.4% визначається прямим впливом PSS на COG.

Хронічний психологічний стрес здатен порушувати когнітивну функціональність — особливо увагу, пам'ять, когнітивну швидкість і виконавчі функції. У контексті суб'єктивного сприйняття ці зміни можуть переживатися як «когнітивне виснаження», зниження ментальної ясності, або неможливість впоратись із повсякденними завданнями. Інсомнія, як хронічний стан порушеного сну, тісно пов'язана зі зниженням когнітивної ефективності — насамперед уваги, робочої пам'яті, концентрації та швидкості обробки інформації. Ці порушення не лише погіршують функціонування в повсякденному житті, а й формують суб'єктивне відчуття «ментального виснаження» та неефективності, що виступає основою для розвитку деморалізації. Таким чином, саме погіршення сну виступає первинним тригером, що запускає когнітивну дисфункцію, а через неї — зростання суб'єктивного дистресу та втрату почуття контролю, сенсу, надії.

Наступним кроком, у рамках даного дослідження було проаналізовано механізми впливу перцептивного стресу (PSS) на соматизацію (SOM), залучаючи якість сну (AIS) як опосередковувальний фактор (*таблиця 14.3.*).

Таблиця 14.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) та когнітивними порушеннями (COG)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0437	0.0168	2.61	0.009
Direct	0.1235	0.0281	4.40	< .001
Total	0.1671	0.0243	6.87	< .001

Результати медіаційного аналізу показали, що інсомнія (AIS) частково опосередковує зв'язок між перцептивним стресом (PSS) та соматизацією (SOM). Непрямий ефект був статистично значущим (Estimate = 0.0437, SE = 0.0168, Z = 2.61, p = .009), а прямий ефект залишився вагомим (Estimate = 0.1235, SE = 0.0281, Z = 4.40, p < .001). Загальний ефект (Total Effect) = 0.1671, p < .001, що підтверджує суттєвий вплив стресу на соматичні прояви.

Таким чином, **рівень безсоння опосередковує приблизно 26.2% загального впливу стресу на соматизацію**, а решта 73.8% визначається прямим впливом PSS на SOM.

Отримані результати підтверджують, що інсомнія є значущим посередником у трансформації психоемоційного стресу в соматичну симптоматику. Вона включає вегетативні дисфункції, м'язову напругу, гастроентерологічні розлади, що мають безпосередню залежність від рівня стресу та модулюються якістю сну. Порушення сну послаблює здатність організму до регенерації та відновлення гомеостазу, водночас підвищуючи вразливість до тілесних дискомфортів (міалгій, головного болю, шлунково-кишкових симптомів тощо).

Згідно з сучасними нейропсихологічними моделями, хронічна інсомнія спричиняє гіперактивацію осі НРА (гіпоталамус-гіпофіз-наднирники), що веде до підвищеної соматичної чутливості та порушеної переробки тілесних сигналів.

Це створює сприятливий ґрунт для формування соматизаційних реакцій, особливо в умовах тривалого стресу. Опосередкований ефект інсомнії (26.2%) вказує на її роль як **ключового фізіологічного та когнітивно-аферентного механізму**, який транслює емоційний дистрес у соматичні скарги. Це підкреслює важливість виявлення та лікування порушень сну як профілактичного чинника розвитку соматизаційних станів у психологічно вразливих осіб.

Продовжуючи аналіз аспектів психічного здоров'я по шкалі MBHS, проаналізуємо медіаційний вплив рівня безсоння на розвиток ангедонії (*таблиця 15.3.*).

Таблиця 15.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) та ангедонією (ANG)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0532	0.0196	2.71	0.007
Direct	0.1119	0.0326	3.43	< .001
Total	0.1651	0.0284	5.82	< .001

Результати медіаційного аналізу показали, що інсомнія (AIS) є статистично значущим посередником у впливі перцептивного стресу (PSS) на ангедонію (ANH). Непрямий ефект становив 0.0532 (SE = 0.0196, Z = 2.71, p = .007), тоді як прямий ефект стресу на ангедонію залишався значущим (Estimate = 0.1119, SE = 0.0326, Z = 3.43, p < .001). Загальний ефект (Total Effect) = 0.1651, SE = 0.0284, Z = 5.82, p < 0.001. Загальна величина впливу стресу на ангедонію є високою та статистично значущою.

Це свідчить про те, що **як якість сну опосередковує приблизно 32.2% загального впливу перцептивного стресу на ангедонію.**

Іншими словами, близько третини впливу суб'єктивного стресу на втрату здатності переживати задоволення — опосередковано через інсомнію. Анедонія, характеризує зниження почуття задоволення та інтересу до звичних видів діяльності. Це означає, що хронічні порушення сну є не лише супутнім симптомом дистресу, а **активним патогенним чинником**, який знижує рівень позитивного афекту, мотивації, емоційної реактивності та енергетичного тону.

Цей ефект може бути пов'язаний як з біологічними механізмами (порушення дофамінергічної та серотонінергічної нейропередачі, порушення циркадних ритмів), так само із психологічними (втрата відновлювального ресурсу сну, суб'єктивне виснаження, труднощі з ініціацією задоволення).

Важливим аспектом ментального здоров'я за шкалою MBHS є також рівень активації. Активація за шкалою MBHS відображає стан психомоторної збудженості або рівень енергійності, що може свідчити як про адаптивні, так і про дисфункційні реакції організму на стресові подразники. Отже, було досліджено вплив перцептивного стресу (PSS) на рівень активації (ACT) з урахуванням рівня безсоння (AIS) як опосередковуючого механізму (*таблиця 16.3.*).

Таблиця 16.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) та активації (ACT)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0387	0.0188	2.05	0.040
Direct	0.0826	0.0326	2.53	0.011
Total	0.1213	0.0278	4.36	<.001

Результати медіаційного аналізу свідчать про наявність часткової медіації впливу перцептивного стресу (PSS) на зниження активації (ACT) через інсомнію (AIS). Опосередкований ефект був статистично значущим (Estimate = 0.0387, SE =

0.0188, $Z = 2.05$, $p = .040$). Прямий ефект стресу на знижену активацію також залишався значущим (Estimate = 0.0826, SE = 0.0326, $Z = 2.53$, $p = .011$), а загальний ефект становив 0.1213.

Таким чином, близько **32% впливу перцептивного стресу на активацію здійснюється через його негативний вплив на якість сну.**

Ці результати підтверджують, що порушення сну є важливим механізмом, який транслює психоемоційне перевантаження у зниження фізіологічної та психомоторної активації. Під "активацією" тут мається на увазі компонент життєвої енергії, швидкості мислення, моторики, емоційної реактивності — тобто загальний стан фізичної та когнітивної «включеності» в середовище.

Безсоння, зумовлене хронічним стресом, порушує відновлення ЦНС під час сну, що проявляється суб'єктивною млявістю, загальмованістю, зниженням ініціативності та ефективності. Таким чином, вона не тільки є реакцією на стрес, а й активно сприяє розвитку апатоподібного синдрому.

Далі розглянемо вплив перцептивного стресу (PSS) на рівень наступного показника психічного здоров'я – розгальмованості (DSC) із застосуванням рівня (AIS) як потенційного опосередковуючого механізму (таблиця 17.3). Розгальмованість характеризується зниженням здатності до самоконтролю та стриманості, що може виявитися відображенням імпульсивності та недостатньої регуляції поведінки в умовах високого стресу.

Таблиця 17.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) та розгальмованістю (DSC)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0251	0.0139	1.81	0.071
Direct	0.0604	0.0243	2.49	0.013
Total	0.0856	0.0207	4.14	< .001

Результати медіаційного аналізу свідчать про тенденцію до часткової медіації впливу перцептивного стресу (PSS) на розгальмованість (DSC) через інсомнію (AIS). Опосередкований ефект (Estimate = 0.0251, SE = 0.0139) досяг лише тенденційного рівня значущості ($Z = 1.81$, $p = .071$), тоді як прямий ефект стресу на деконтроль залишався статистично значущим (Estimate = 0.0604, SE = 0.0243, $Z = 2.49$, $p = .013$). Загальний ефект становив 0.0856 ($Z = 4.14$, $p < .001$). Частка опосередкованого ефекту становила близько 31.9% від загального впливу.

Незважаючи, що інсомнія показала лише **тенденцію до медіаційного ефекту**, ці дані дозволяють припустити можливу роль порушень сну в розвитку імпульсивної, недисциплінованої поведінки на тлі підвищеного стресу. Компонент Розгальмованість може включати схильність до ризикованих дій, зниження контролю над імпульсами, нездатність слідувати правилам.

Іншими словами, інсомнія може виступати як фактор, що знижує когнітивний контроль, зменшуючи здатність регулювати поведінку. Хоча прямий вплив стресу на показники розгальмованості був значущим, опосередкований ефект через інсомнію продемонстрував лише тенденцію до значущості. Це вказує на потенційний, але не переконливо підтверджений, внесок порушень сну у формування імпульсивної або дезорганізованої поведінки в умовах хронічного психоемоційного навантаження (*таблиця 18.3.*).

Продовжуючи медіаційний аналіз показників психічного здоров'я за шкалою MBHS варто зупинитися на показнику зловживання речовинами (SUB), який відображає порушення в управлінні поведінкою, що може призводити до ризикованих дій та негативно впливати на психоемоційний стан (*таблиця 18.3.*).

Таблиця 18.3.

Медіаційний аналіз із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) та зловживання речовинами (SUB)

Mediation Estimates				
Effect	Estimate	SE	Z	p
Indirect	0.0280	0.0223	1.26	0.209
Direct	0.1209	0.0399	3.03	0.002
Total	0.1489	0.0336	4.44	< .001

Медіаційний аналіз із включенням індексу безсоння (AIS) як медіатора у зв'язку між суб'єктивно переживаним стресом (PSS) та зловживанням психоактивними речовинами (SUB) **не виявив статистично значущого опосередкованого ефекту** ($\beta = 0.0280$, $SE = 0.0223$, $Z = 1.26$, $p = 0.209$). При цьому прямий ефект стресу на зловживання речовинами залишався статистично значущим ($\beta = 0.1209$, $SE = 0.0399$, $Z = 3.03$, $p = 0.002$). Таким чином, хоча загальний ефект стресу на SUB був значущим ($\beta = 0.1489$, $p < .001$), роль безсоння як посередника в цьому зв'язку підтверджена не була.

Ці результати означають, що вплив психологічного дистресу на ризик зловживання психоактивними речовинами не пояснюється опосередковано через порушення сну. Іншими словами, **підвищене навантаження стресом прямо пов'язане з більш високою ймовірністю вживання речовин, але безсоння не є визначальним проміжним фактором у цьому зв'язку.**

Медіаційні моделі дозволили виявити важливу роль індексу безсоння (AIS) як опосередковуючого чинника у взаємозв'язку між суб'єктивно переживаним стресом (PSS) та низкою показників психологічного неблагополуччя, вимірюваних за шкалою MBHS (таблиця 19.3.).

Таблиця 19.3.

Результати медіаційних аналізів із включенням інсомнії (AIS) як посередникової змінної між перцептивним стресом (PSS) із показниками MBHS

Залежна змінна (MBHS)	Непряма (опосередкована) дія		р (непрямий ефект)	Пряма дія	Загальний ефект	Роль медіатора (AIS)
DEM	0.0641	25,8%	< .001	0.1843	0.2484	значущий
COG	0.0437	36,6%	.009	0.1235	0.1671	значущий
SOM	0.0534	26,2%	.004	0.1030	0.1564	значущий
ANH	0.0532	32,2%	.007	0.1119	0.1651	значущий
ACT	0.0387	32%	.040	0.0826	0.1213	значущий
DSC	0.0251	31,9%	.071	0.0604	0.0856	<i>тенденція до значущості</i>
SUB	0.0280	-	.209	0.1209	0.1489	<i>не значущий</i>

В цілому, результати медіаційних аналізів підтверджують, що високий рівень перцептивного стресу є потужним детермінантом низки негативних психоемоційних і поведінкових наслідків. Проте, отримані результати також означають, що індикатори сну — як загальна якість сну, так і вираженість інсомнії — виконують часткову посередницьку функцію у впливі перцептивного стресу на психоемоційні симптоми. Це підкреслює важливість сну як потенційної точки втручання для запобігання негативним психологічним наслідкам хронічного стресу. Зазначені результати можуть бути використані для розробки психологічних програм та стратегій управління стресом, орієнтованих на покращення якості сну як допоміжного механізму у зменшенні рівня деморалізації.

Отже, для оптимізації психоемоційного здоров'я та зниження ризиків розвитку дисфункційних поведінкових патернів необхідний комплексний підхід, що включає як управління стресовими факторами, так і заходи для покращення якості сну.

3.3 Практичні рекомендації з покращення якості сну

Якість сну є ключовим компонентом психологічного здоров'я, що особливо важливо в умовах хронічного стресу, зокрема під час війни. У світлі результатів емпіричного дослідження, які засвідчили тісний зв'язок між порушеннями сну (зокрема безсонням) та психічним здоров'ям, що включає цілу низку психоемоційних і когнітивних симптомів, постає потреба у формуванні цілеспрямованих практичних підходів до оптимізації якості сну в умовах хронічного стресу. Особливо актуальною ця проблема є в контексті збройного конфлікту, де зростає вірогідність розвитку стійких порушень сну на тлі травматичних переживань, дезадаптації та втрати базового відчуття безпеки. Відповідно, розробка практичних рекомендацій щодо нормалізації сну може мати важливе значення для запобігання негативним наслідкам тривалого дистресу та сприяти загальному покращенню психоемоційного стану.

Виходячи з отриманих емпіричних результатів, що виявили значущий медіаційний ефект якості сну у впливі хронічного стресу на психічне здоров'я, що може провокувати афективні, когнітивні й соматичні порушення, практичні втручання ми спрямуємо передусім на нормалізацію сну. У цьому контексті доцільно виокремити дві групи рекомендацій: загальні науково обґрунтовані стратегії, та адаптовані стратегії для умов воєнного стану або надзвичайного стресу.

Зупинимось на загальних рекомендаціях для оптимізації сну:

Стабільний режим сну. Дотримання однакового часу засинання і пробудження, включаючи вихідні дні, сприяє стабілізації циркадних ритмів. Дотримання стабільного розкладу сну сприяє узгодженню внутрішнього біологічного годинника, що зменшує фрагментацію сну та покращує його ефективність (Czeisler et al., 1999). Також, варто зазначити, що ранкове світло допомагає синхронізувати циркадні ритми, що позитивно впливає на засинання та пробудження (Khalsa et al., 2003).

Важливим пунктом є дотримання гігієни сну. Вона включає:

- оптимізацію середовища для сну (темрява, тиша, комфортна температура) сприяє зменшенню нічних пробуджень та покращенню загальної архітектури сну. За потреби використовувати маски для очей, беруші, або генератори білого шуму. (Stepanski & Wyatt, 2003);

- зручний матрац і подушки важливі для забезпечення належного ортопедичного положення під час сну (Jacobson et al., 2002);

- обмеження використання електронних пристроїв перед сном рекомендовано для запобігання порушенню процесу засинання (Cain & Gradisar, 2010).

Регулярна фізична активність вдень сприяє глибшому сну та зниженню рівня тривожності.

- Помірна фізична активність протягом дня сприяє регуляції циркадних ритмів та знижує рівень стресу (Driver & Taylor, 2000).

- Уникнення інтенсивного навантаження перед сном допомагає уникнути стимуляції нервової системи, що може погіршити процес засинання (O'Connor et al., 1998).

Техніки релаксації: Дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, керована візуалізація та майндфулнес-медитація перед сном сприяють зниженню рівня психофізіологічного збудження перед сном (Jerath et al., 2015). До майндфулнес-практик відноситься також так званий «body scan» (сканування тіла). Ця вправа дозволяє людині підвищити усвідомленість того, як розподіляється напруга в тілі, і спрямовує увагу на зону, де можливо відчутти розслаблення. Регулярне виконання таких вправ може знизити м'язову напругу, покращити кровообіг і, як наслідок, сприяти як фізичній, так і психічній релаксації, яка є необхідною для швидшого засинання.

Когнітивно-поведінкова терапія інсомнії (CBT-I) є однією з найефективніших інтервенцій для корекції порушень сну, оскільки вона допомагає змінити негативні переконання щодо сну та покращити поведінкові стратегії. Елементи CBT-I можуть застосовуватись як самостійно, так і з супроводженням фахівця. CBT-I включає такі інструменти: гігієну сну, контроль стимулів, керовану уяву, внутрішні розмови (когнітивна реструктуризація дисфункціональних думок про сон), медитацію та техніки релаксації (Morin et al., 2006).

Медичні аспекти, такі як оцінка нейрофізіологічних факторів -дефіцит заліза, вітаміну D, магнію, може допомогти в ідентифікації фізіологічних причин порушень сну (Barbagallo & Dominguez, 2010). За необхідності фармакотерапія, зокрема короткострокове застосування мелатоніну або седативних препаратів, може бути ефективною, проте її необхідно використовувати під наглядом лікаря.

2. Рекомендації, адаптовані до умов війни або тривалого соціального стресу

Попередня компенсація сну ("sleep banking"): За можливості – заздалегідь подовжувати тривалість нічного сну напередодні очікуваного стресу або безсонних ночей. Також, важливо використовувати для сну всі можливі проміжки часу протягом дня.

Короткі денні дрімоти тривалістю 10–30 хвилин може покращити когнітивну працездатність, не порушуючи нічний сон.

Інформаційна гігієна уникання споживання новин за 1–2 години до сну зменшує гіперактивацію нервової системи. Або обираючи двох-трьох джерел, з яких відбувається отримання новин, та перевірка інформації в фіксовані періоди часу.

Формування відчуття безпеки, а саме створення простих ритуалів перед сном, навіть у польових умовах (випити теплий напій, контакт з близькими), допомагає знизити збудження ЦНС.

Психосоціальна підтримка підтримка зв'язку з близькими або участь у групових форматах взаємодії має протективний ефект на сон через зниження самотності та тривожності. Обійми з близькими допоможуть зігрітися, знизити тривогу та вирівняти серцебиття.

Цифрові інструменти СВТ-I. У разі обмеженого доступу до спеціалізованої допомоги рекомендовано застосування мобільних додатків, що містять базові елементи СВТ-I (наприклад, Sleepio, СВТ-i Coach), (NV, 2022).

Методи усвідомленості (mindfulness) можуть допомагати людям у кризових ситуаціях покращити якість сну через зниження рівня когнітивного напруження та емоційного перевантаження (Gu et al., 2015). Майндфулнес-техніки допомагають людині відпустити нав'язливі думки, що часто супроводжують стрес та тривогу— два головних чинники, що заважають засинати. За допомогою вправ на усвідомлене спостереження власних думок, людина вчиться сприймати їх як тимчасові явища, а не як щось, що потрібно негайно контролювати або мінімізувати. Це сприяє зниженню ризику перебування у стані підвищеної ментальної активності на початку сну.

Під час війни особлива увага має приділятися зниженню загального рівня стресу та підтримці психологічної стабільності. Комплексний підхід, який включає створення безпечного і комфортного середовища для сну, дотримання чіткого режиму, обмеження впливу стресових новин, регулярну помірну фізичну активність, техніки релаксації та здоровий раціон, є найефективнішим методом покращення якості сну навіть в умовах підвищеного зовнішнього тиску.

З огляду на теоретичні засади і результати проведеного емпіричного аналізу, покращення якості сну розглядається як пріоритетна ціль у стратегіях подолання психологічного дистресу. Представлені рекомендації можуть бути застосовані як в межах індивідуального самопомогового підходу, так і в рамках психологічних втручань, спрямованих на відновлення адаптивного функціонування в умовах хронічного стресу та тривалого впливу травматичних чинників.

Висновки до розділу 3

Кореляційний аналіз показав, що зниження якості сну достовірно асоціюється з вищим рівнем дистресу (K10) (ρ Спірмена = 0.554), перцепованого стресу (PSS) (ρ Спірмена = 0.577), тривожності (ANX) (ρ Спірмена = 0.483), деморалізації (DEM) (ρ Спірмена = 0.557), ангедонії (ANH) (ρ Спірмена = 0.457) та соматизації (SOM) (ρ Спірмена = 0.417), та із нижчим рівнем психічного благополуччя (PMH) (ρ Спірмена = -0.646) - (усі $p < .001$). Денна сонливість (ESS) не виявила зв'язку з основними показниками порушень сну, проте мала слабкі, але значущі асоціації з суїцидальними тенденціями, активацією та розгальмуванням, що може означати існуючий зв'язок із дезорганізованими формами психічного функціонування.

Загалом, результати підкреслюють тісний взаємозв'язок між погіршенням якості сну та поглибленням психоемоційних і соматичних порушень, з одночасною втратою ресурсу психічного здоров'я.

Отримані результати свідчать про те, що рівень безсоння (AIS) є статистично значущим предиктором широкого спектра психоемоційних розладів, згідно з регресійною моделлю ($R^2 = 0.766$; $p < .001$). Регресійний аналіз підтвердив, що зниження якості сну (зростання AIS) спільно з підвищенням психологічного дистресу ($\beta = -0.204$, $p < .001$), ангедонії ($\beta = -0.727$, $p < .001$) та тривожності ($\beta = -0.534$, $p = .002$) є вагомими предикторами зниження рівня позитивного психічного здоров'я (PMH). Ефект соматизації хоча і має негативну тенденцію, проте не виявився статистично значущим.

Водночас, медіаційний аналіз підтвердив, що AIS виступає ключовим проміжним механізмом (медіатором) у зв'язку між загальним дистресом (K10) та клінічними симптомами за MBHS. Найбільший опосередкований ефект виявлено у випадку деморалізації (DEM) ($\beta = 0.0641$, $p < .001$). Інші симптоми, через які значущо реалізується медіаційний вплив AIS: когнітивні порушення (COG) ($\beta =$

0.0437, $p = .009$), соматизація (SOM) ($\beta = 0.0534$, $p = .004$), ангедонія (ANH) ($\beta = 0.0532$, $p = .007$), активація (ACT) ($\beta = 0.0387$, $p = .040$) Ці ефекти становили значну частку від загального впливу (до 26–30%), вказуючи на роль якості сну як ключового медіатора між загальним дистресом і порушеннями психічного здоров'я. Таким чином, якість сну не лише прямо пов'язана з симптомами психічного неблагополуччя, але й опосередковує їх розвиток у контексті загального психологічного навантаження.

Також, нами було сформульовано практичні рекомендації для покращення сну, які включали практичні стратегії, орієнтовані на оптимізацію гігієни сну, застосування когнітивно-поведінкових технік (CBT-I), регулювання циркадних ритмів, впровадження релаксаційних технік, дотримання інформаційної гігієни, а також корекцію харчових звичок.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючі результати теоретичного та емпіричного дослідження ми дійшли до наступних висновків:

1. В результаті проведеного теоретичного аналізу можна дійти висновків про складність поняття сну, а також, важливість його функцій для фізичного та психічного здоров'я людини. На основі аналізу літературних джерел ми також теоретично дослідили поняття якості сну, її складових та методів вимірювання.

Дистрес війни в Україні має серйозний вплив на фізичне та ментальне здоров'я населення, а саме на якість сну, зниження якої, спричиняє порушення психічного здоров'я. Зниження якості сну можуть призводити до таких порушень психічного здоров'я, як: зниження адаптаційних здібностей, афективні розлади, порушення процесів пам'яті та інші когнітивні порушення, ускладнення при виконанні завдань. Таким чином, ми прийшли до висновку що погана якість сну може бути додатковим фактором стресу і відігравати роль у прогресуванні психічних та неврологічних захворювань.

2. Емпірична частина роботи включала в себе проведення дослідження, спрямованого на виявлення зв'язку між якістю сну та рівнем психологічного дистресу у населення України під час війни, та впливу отриманих показників на ментальне здоров'я. Для початку нами було обрано сім психодіагностичних методик, які допомогли різнобічно дослідити якість сну респондентів (загальний індекс якості сну, рівень безсоння, денну сонливість), рівень дистресу (дистрес, рівень сприйняття стресу) та психічне здоров'я опитуваних (показник позитивного ментального здоров'я, показники психічного та поведінкового здоров'я) також була додана анамнестична анкета що дозволила більш широко описати респондентів. Дослідження показало, що показники якості сну, стресу та психічного здоров'я демонструють значну варіабельність серед респондентів, що свідчить про індивідуальні відмінності у психоемоційному стані. Проте, дані більшості

опитуваних свідчили про погану якість сну, а також клінічно виражені труднощі засинання, підтримання сну та суб'єктивного задоволення сном.

3. Також, високі середні показники підтверджують, що більше половини респондентів переживають стан хронічного стресу та мають низький рівень позитивного ментального здоров'я. Показники шкали поведінкового психічного здоров'я демонструють високі середні значення, що свідчить про високу емоційну напругу та психоемоційних труднощів. Варто відмітити що переважна більшість респондентів має різний вік, сімейний і соціальний статус, але велика частка опитуваних проживає в Україні.

4. Результати проведеного емпіричного дослідження виявили складну систему взаємозв'язків між показниками сприйнятого стресу, порушеннями сну (інсомнією) та психоемоційного функціонування особистості. Кореляційний аналіз демонструє статистично значущі зв'язки між загальним індексом якості сну та низкою психоемоційних змінних. Виходячи з отриманих даних, можна дійти до висновку, що порушення сну значною мірою пов'язані з тривожністю, депресивною симптоматикою (ангедонією, деморалізацією) та загальним зниженням психічного благополуччя, тоді як денна сонливість має окремий, менш виражений, але клінічно релевантний профіль кореляцій із показниками дезорганізації поведінки (активацією, розгальмованістю). Показник вживання психоактивних речовин показав слабкі, але значущі зв'язки з загальним індексом сну і частиною психопатологічних індикаторів, зокрема з деморалізацією та ангедонією.

Значуща негативна кореляція між загальним індексом якості сну та показником позитивного психічного здоров'я вказує на те, що погіршення сну асоціюється зі зниженням психічного благополуччя. Подібним чином негативні кореляції із РМН простежуються також у зв'язку з іншими клінічно важливими показниками (AIS, K10, PSS, DEM, ANX).

5. Лінійна регресійна модель виявила високий рівень поясненої дисперсії позитивного ментального здоров'я, що свідчить про сильну залежність цієї змінної

від психоемоційних та показників якості сну. Значущими негативними предикторами виявились ангедонія, тривожність, психологічний дистрес та рівень безсоння. Також, проведений медіаційний аналіз підтвердив, що рівень безсоння відіграє статистично значущу медіаційну роль у взаємозв'язку між індикаторами психічного здоров'я та показниками за шкалою MBHS. Таким чином, інсомнія виявляється важливим транзитним фактором, який опосередковує зв'язок між дистресом та ключовими клінічними показниками за шкалою MBHS. Найбільш виражено це спостерігається через симптоми деморалізації, когнітивної дезорганізації, ангедонії та соматизації — що вказує на необхідність комплексної клінічної оцінки стану сну при роботі з пацієнтами, які демонструють високий рівень психологічного навантаження або ризик розвитку психопатології.

6. В останній частині роботи ми описали рекомендації щодо покращення якості сну які містять практичні стратегії, орієнтовані на оптимізацію гігієни сну, застосування когнітивно-поведінкових технік (CBT-I), регулювання циркадних ритмів, впровадження релаксаційних технік (прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес-медитація), корекцію харчових звичок, впровадження регулярної фізичної активності, формування безпечного середовища, тощо. З точки зору практичних рекомендацій, інтегровані втручання, орієнтовані на оптимізацію якості сну, разом із зниженням стресового навантаження та корекцією негативних афективних станів, можуть забезпечити значне покращення психоемоційного благополуччя.

Отримані результати підкреслюють центральну роль сну у психічному функціонуванні та мають важливе значення для розробки цілісних психотерапевтичних та превентивних підходів. Інтервенції, орієнтовані на оптимізацію якості сну, можуть сприяти зниженню рівня дистресу та деморалізації, тим самим покращуючи когнітивне та емоційне функціонування. Особливої актуальності це набуває в умовах повномасштабної війни, коли психіка значної частини населення перебуває в стані підвищеної мобілізації, втоми, а подекуди й

виснаження. Нестабільність, загроза безпеці, втрата звичного ритму життя та хронічний стрес формують умови, у яких порушення сну стають як індикатором внутрішньої напруги, так і чинником, що підсилює психологічну вразливість.

Підсумовуючі, ми дійшли до висновку, що результати дослідження підкреслюють критичну важливість врахування якості сну у діагностиці та психологічному супроводі, зокрема в роботі з цивільним населенням і постраждалими від війни. Робота з безсонням та іншим порушеннями сну має не лише симптоматичне, а й профілактичне значення в запобіганні розвитку тяжких психоемоційних станів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ковальська Н.А., Жук А.М., Корженко В.О. (2024) Вплив дистресу війни в Україні на ментальне здоров'я *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»* | № 37 (березень, 2024) с. 406
2. Шпонько Д. М. Дистрес та його вплив на особистість як наслідки конфлікту. *XX Міжнародна науково-практична конференція "Конфліктологічна експертиза: теорія та методика"* : програма і матеріали, [16 листопада 2023 р., Київ, Україна /оргокомітет: А. М. Гірник, Ю. І. Сватко, І. Г. Терещенко] ; ГО Товариство конфліктологів України, ГО Національна асоціація медіаторів України, Кафедра психології та педагогіки НаУКМА [та ін.]. - Київ : [б. в.], 2023. - С. 56-58.
3. Бугайова Н.М., Андрющенко І.О. (2022) Подолання дистресу як складової психологічного здоров'я особистості *Збірник наукових праць Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля ТЕОРЕТИЧНІ І ПРИКЛАДНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ* № 2(58) 2022.
4. Морозюк К. Розлади сну внаслідок лихоліття війни. *PMGP* [Інтернет]. 30 червня 2023; 8(2). Доступно з:
<https://1167t8fpq4ow6pae.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/428>
5. С.І. Лагутіна Дослідження здоров'я сну постраждалих від війни в Україні за допомогою цифрового інструменту // *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* – 2023. – No21. – С. 32–37. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-21-04
6. Whelehan, D. The theory, function and physiology of sleep. *Course, Plus 2020*
7. Assefa, Samson & Diaz-Abad, Montserrat & Wickwire, Emerson & Scharf, Steven. (2015). The Functions of Sleep. *AIMS Neuroscience.* 2. 155-171. [10.3934/Neuroscience.2015.3.155](https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2015.3.155).
8. Per Andersen; Sven Anders Andersson (1968). [Physiological Basis of the Alpha Rhythm](#). Appleton-Century-Crofts. с. 4.

9. Rechtschaffen, A. (1971). The control of sleep. In W. A. Hynt (Ed.), *Human Behavior and its Control* (pp. 145–195). Cambridge, MA: Shenkman Publishing Company.
10. Walker, M. P. (2009). The role of sleep in cognition and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 168–197. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04416.x>
11. Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2014). The role of sleep in emotional brain function. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 679–708. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153716>
12. Marshall, L., Helgadottir, H., Molle, M., & Born, J. (2006). Boosting slow oscillations during sleep potentiates memory. *Nature*, 444(7119), 610–613. <https://doi.org/10.1038/nature05278>
13. Gais, S., Molle, M., Helms, K., & Born, J. (2002). Learning-dependent increases in sleep spindle density. *Journal of Neuroscience*, 22(15), 6830–6834.
14. Редакція журналу «Український медичний часопис» Циркадні ритми та розлади циклу «сон — неспанья»: від фізіології до наслідків, *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*, 7 (165) – XI 2024, с. 3-7 DOI: 10.32471/umj.1680-3051.165.260753
15. Волков І.І., Кателевська Н.М. (2022) Дослідження порушень сну під час війни, *Technologies and strategies for the implementation of scientific achievements | Volume 3, May 27, 2022 | Stockholm, Kingdom of Sweden | Collection of scientific papers «SCIENTIA»*.
16. Кустовська О. (2024) Вплив дистресу на розвиток тривожного розладу особистості // *Modern research in science and education. Proceedings of the 8th International scientific and practical conference. BoScience Publisher. Chicago, USA. 2024. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/viii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-modern-research-in-science-and-education-4-6-04-2024-chikago-ssha-arhiv/>*.

17. Центр громадського здоров'я МОЗ України, Розлади сну: як допомогти собі, Новини та публікації, 2023 <https://phc.org.ua/news/rozsladi-snu-yak-dopomogti-sobi>.
18. Goran Medic, Micheline Wille, Michiel EH Hemels (2017) Short- and long-term health consequences of sleep disruption *Nature and Science of Sleep* 2017:9 151–161.
19. Comer, R. J. (2004). *Abnormal psychology* (5th ed.). Worth Publishers.
20. Sejbuk, M.; Mironczuk-Chodakowska, I.; Witkowska, A.M. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients* 2022, 14, 1912. <https://doi.org/10.3390/nu14091912>
21. Feist, G. J., Rosenberg, E. L., & Stamp, J. A. (2018). *Psychology: Perspectives and connections* (4th ed.). McGraw-Hill Education.
22. Luppi PH, Fort P. Sleep–wake physiology. *In Handbook of Clinical Neurology* 2019 Jan 1 (Vol. 160, pp. 359-370). Elsevier.
23. Fabbri, M.; Beracci, A.; Martoni, M.; Meneo, D.; Tonetti, L.; Natale, V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1082. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031082>
24. Предко В.В., Сомова О.О., Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія Том 33 (72) № 4 2022*.
25. Shkodina AD, Zhyvotovska AI, Boiko DI. Sleep and armed conflict: future complications of war in Ukraine. *Rev Neurol (Paris)*. 2022 Nov;178(9):869-871. doi: 10.1016/j.neurol.2022.09.002. Epub 2022 Nov 3. PMID: 36336494.
26. Zhyvotovska , A. I. (2023). ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ СНУ ПРИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДАХ. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*, 23(4), 99-104. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.4.99>

27. Позниш, В.А., & Колпаков, І.Є., & Леонович, О.С., & Зигало, В.М., & Вдовенко, В.Ю. (2024) Українська версія опитувальника Pittsburgh Sleep Quality Index. *Інформаційний лист Про нововведення в системі охорони здоров'я НАМНУ МОЗ України.*

28. Савиченко, О.М., & Лущик, А.М., & Мельниченко, С.О., & Шуневич Є.М. (2024) Психічне здоров'я волонтерів в умовах війни. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, № 17. с. 90–96.*

29. Буряковська, О.О. (2018) Порухнення сну, що супроводжуються денною сонливістю у пацієнтів з гіпертонічною хворобою і цукровим діабетом 2-го типу, *Медицина сьогодні і завтра №3 (80).*

30. А. Дубенко, & R. Morelli, & В. Харитонов, & J. Hall, & J.H. Cross, & R. Michaelis, & S. Wiebe, & Л. Мар'єнко, & М. Марценюк, & Є. Кадук, & Т. Студеняк, & Т. Литовченко, & Р. Брозь, & І. Блажина, & М. Набока (2024) Психічне здоров'я та якість життя хворих на епілепсію під час повномаштабної війни в Україні *УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (164) – IX/X 2024.*

31. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). ШКАЛА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ (PSS-10): АДАПТАЦІЯ ТА АПРОБАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ. *Журнал сучасної психології, (2), 16-27.*

32. Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior, 24, 386-396.*

33. Карамушка Людмила, Терещенко Кіра, Креденцер Оксана Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» *Організаційна психологія. Економічна психологія. № 3-4 (27) / 2022.*

34. Okajima, Isa & Miyamoto, Towa & Ubara, Ayaka & Omichi, Chie & Matsuda, Arichika & Sumi, Yukiyoishi & Matsuo, Masahiro & Ito, Kazuki & Kadotani, Hiroshi. (2020). *Evaluation of Severity Levels of the Athens Insomnia Scale Based on the Criterion*

of Insomnia Severity Index. International journal of environmental research and public health. 17. 8789. 10.3390/ijerph17238789.

35. Isa Okajima , Towa Miyamoto, Ayaka Ubara, Chie Omichi, Arichika Matsuda, Yuki Yoshi Sumi, Masahiro Matsuo, Kazuki Ito and Hiroshi Kadotani Evaluation of Severity Levels of the Athens Insomnia Scale Based on the Criterion of Insomnia Severity Index *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 8789.

36. A. Crivello, P. Barsocchi, M. Girolami and F. Palumbo, "The Meaning of Sleep Quality: A Survey of Available Technologies," in *IEEE Access*, vol. 7, pp. 167374-167390, 2019, doi: 10.1109/ACCESS.2019.2953835.

37. Маргарита Марчук (2021) «Проблема безсоння: як повернути пацієнту цілющий відпочинок та бадьорість уранці?» Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія» № 1 (56) 2021 р.

38. Eric Suni & Dr. Abhinav Singh (2023) Epworth Sleepiness Scale, SleepFoundation.org, <https://www.sleepfoundation.org/sleep-studies/epworth-sleepiness-scale>.

39. Т.О. Багро (2023) Вибір інструментів для комплексної оцінки стану пацієнтів з ожирінням з метою пацієнторієнтованого лікування у первинній медичній допомозі Сімейна медицина. Європейські практики, №3 (105)/2023.

40. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЙ, Київ, 2023.

41. Версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ» 2023).

42. David M. McCord (2020) The Multidimensional Behavioral Health Screen 1.0: A Translational Tool for Primary Medical Care, *Journal of Personality Assessment*, 102:2, 164-174, DOI: 10.1080/00223891.2019.1683019.

43. Czeisler, C. A., Duffy, J. F., Shanahan, T. L., Brown, E. N., Mitchell, J. F., Rimmer, D. W., Ronda, J. M., & Kronauer, R. E. (1999). Stability, precision, and near-

24-hour period of the human circadian pacemaker. *Science*, 284(5423), 2177–2181. <https://doi.org/10.1126/science.284.5423.2177>

44. Khalsa, S. B. S., Jewett, M. E., Cajochen, C., & Czeisler, C. A. (2003). The effects of afternoon naps on nighttime sleep and daytime alertness. *Sleep*, 26(6), 793–800. <https://doi.org/10.1093/sleep/26.6.793>

45. Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215–225. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0246>

46. Jacobson, B. H., Boolani, A., & Smith, D. B. (2002). Changes in sleep habits and mattress replacement. *Journal of Chiropractic Medicine*, 1(1), 17–23. [https://doi.org/10.1016/s0899-3467\(07\)60008-0](https://doi.org/10.1016/s0899-3467(07)60008-0)

47. Barbagallo, M., & Dominguez, L. J. (2010). Magnesium and vitamin D interaction: From physiology to clinical pathology. *Frontiers in Bioscience*, 15(2), 584–597. <https://doi.org/10.2741/3636>

48. Drake, C., Roehrs, T., Shambroom, J., & Roth, T. (2013). Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before bedtime. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(11), 1195–1200. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3170>

49. Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29(11), 1398–1414. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1398>

50. Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735–742. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.006>

51. Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for insomnia. *Frontiers in Psychology*, 6, 836. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00836>

52. Driver, H. S., & Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 4(4), 387–402. <https://doi.org/10.1053/smr.2000.0110>
53. O'Connor, P. J., Herring, M. P., & Carvalho, A. (1998). The effects of physical exercise on anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(6), 581–590. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00232-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00232-X)
54. Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? *A systematic review and meta-analysis of mediation studies. Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
55. NV. (2022). *Війна в Україні — як покращити сон під час стресу: поради експертів для міцного відпочинку*. NV Life. <https://life.nv.ua/ukr/lifehacks/viy-na-v-ukrajini-yak-pokrashchiti-son-pid-chas-stresu-poradi-ekspertiv-dlya-micnogo-vidpochinku-50494973.html>

ДОДАТКИ

Додаток А

**Лінійні регресії, між показниками ментального здоров'я (залежна змінна),
рівнем безсоння (предиктор) та дистресом**

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0.661	0.437

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0.767	0.588

Коефіцієнти моделі - SOM (Somatization)

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват	-1.7073	0.4982	-3.427	< .001
AIS	0.1058	0.0652	1.622	0.108
K10	0.1077	0.0302	3.563	< .001
Загальний індекс якості сну	-0.0288	0.0583	-0.493	0.623
PSS	0.0265	0.0384	0.690	0.492

Коефіцієнти моделі - DEM (Demoralization)

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват	-3.0743	0.5193	-5.92	< .001
AIS	0.1051	0.0680	1.55	0.125
K10	0.0934	0.0315	2.96	0.004
Загальний індекс якості сну	0.0657	0.0608	1.08	0.283
PSS	0.0968	0.0400	2.42	0.017

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0.712	0.507

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0.528	0.278

Коефіцієнти моделі - ANX (Anxiety)

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват	-1.7382	0.5598	-3.105	0.002
AIS	0.0502	0.0733	0.685	0.495
K10	0.1329	0.0340	3.909	< .001
Загальний індекс якості сну	0.0290	0.0656	0.442	0.660
PSS	0.0568	0.0431	1.317	0.191

Коефіцієнти моделі - ACT (Activation)

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват	0.7275	0.5812	1.252	0.214
AIS	0.0996	0.0761	1.309	0.194
K10	0.1206	0.0353	3.417	< .001
Загальний індекс якості сну	-0.0498	0.0681	-0.732	0.466
PSS	-0.0253	0.0448	-0.564	0.574