

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА  
АКАДЕМІЯ»**

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота -  
магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**ЗВ'ЯЗОК МІЖ ЯКІСТЮ СНУ ТА РІВНЕМ  
ТРИВОЖНОСТІ У МОЛОДИХ ДОРОСЛИХ**

Виконав: здобувач 2 курсу, 4 групи  
галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові  
науки»

спеціальність 053 «Психологія»

Ткаченко Каріна русланівна

Керівник: доктор медичних наук, професор  
Ульянов В. О.

Рецензент: кандидат психологічних наук доцент  
Рєпнова Т. П.

Одеса – 2025

# НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет **психології, політології та соціології**

Кафедра **психології**

Рівень вищої освіти **магістерський**

Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**

(шифр і назва)

Спеціальність **053 «Психологія»**

(шифр і назва)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри психології**

д. юр. наук, проф. Цільмак О. М.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**(магістерський дослідницький проект)**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Зв'язок між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих

Керівник роботи \_\_\_\_\_

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

затверджені наказом НУ«ОЮА» від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_

2. Строк подання здобувачем роботи \_\_\_\_\_

3. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів магістерської роботи                                                          | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| 1.    | Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.                                        | IV 2025                       |          |
| 2.    | Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів | V 2025                        |          |
| 3.    | Написання Вступу                                                                           | VI 2025                       |          |
| 4.    | Написання 1 розділу К.Р.                                                                   | VII 2025                      |          |
| 5.    | Написання 2 розділу К.Р.                                                                   | VIII-IX 2025                  |          |
| 6.    | Написання Висновків                                                                        | X 2025                        |          |
| 7.    | Подання К.Р. на кафедру та рецензування                                                    | XI 2025                       |          |
| 8.    | «Малий захист» К.Р. на кафедрі                                                             | XI 2025                       |          |
| 9.    | Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту                                               | XI 2025                       |          |
| 10.   | Захист К.Р. в ЕК                                                                           | XII 2025                      |          |

**Здобувач** \_\_\_\_\_

(підпис)

(прізвище та ініціали)

**Керівник роботи** \_\_\_\_\_

(підпис)

(прізвище та ініціали)

## АНОТАЦІЯ

Ткаченко К. Р. Зв'язок між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих : кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проект на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 Психологія. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія». 2025.

Мета дослідження полягає у виявленні зв'язків між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих. Методологічна база дослідження представлена наступними методиками: шкала тривоги Спілбергера (STAI); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); шкала задоволеності життям (SWLS); триетапна шкала самотності (TILS); шкала Van Dream Anxiety Scale (VDAS); Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI); анкета для опису сновидіння Домгофа. У дослідженні приймали участь 30 жінок та 30 чоловіків віком від 18 до 35 років.

Встановлено, що високий рівень тривожності, як ситуативної, так і особистісної, сприяє погіршенню якості сну, проявляючись підвищеною кількістю проблем із засинанням, частими пробудженнями та зниженням загального відпочинку. Виявлено суттєвий зв'язок між рівнем ситуативної та особистісної тривожності і характеристиками сновидінь, зокрема їх змістом та емоційною складовою. Встановлено, що особистісна тривожність значно сприяє підвищенню рівня тривожних елементів у сновидіннях, роблячи їх частіше наповненими емоціями тривоги, страху, неспокою і напруженості. Якість сну відіграє ключову роль у формуванні рівня тривожності у сновидіннях.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що були надані практичні рекомендації щодо напрямів і характеру психотерапевтичної роботи з покращення якості сну у осіб молодшої дорослості із підвищеною тривожністю. Отримані у дослідженні результати можуть бути використані у роботі практичних психологів та включені до навчальних курсів при підготовці психологів.

Ключові слова: тривожність, якість сну, сновидіння, депресія, задоволеність життям, молоді люди, дорослі, психотерапія.

## ABSTRACT

Tkachenko Karina Ruslanivna. The relationship between sleep quality and anxiety levels in young adults: a qualifying work – master's research project for the degree of Master's in Major 053 Psychology. Odessa: National University "Odessa Law Academy". 2025.

The aim of the study is to identify the relationships between sleep quality and anxiety levels in young adults. The methodological basis of the research includes the following assessment tools: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Satisfaction With Life Scale (SWLS); Three-Stage Loneliness Scale (TILS); Van Dream Anxiety Scale (VDAS); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); and the Domhoff Dream Description Questionnaire. The study involved 30 women and 30 men aged 18 to 35 years.

It was established that a high level of anxiety, both situational and dispositional, contributes to the deterioration of sleep quality, manifested by an increased number of problems falling asleep, frequent awakenings, and reduced overall rest. A significant relationship was found between the levels of situational and dispositional anxiety and dream characteristics, particularly their content and emotional component. It was determined that dispositional anxiety significantly promotes an increase in anxious elements in dreams, making them more often filled with emotions of worry, fear, restlessness, and tension. Sleep quality plays a key role in shaping the level of anxiety within dreams.

The practical significance of the obtained results lies in providing practical recommendations regarding the directions and nature of psychotherapeutic work aimed at improving sleep quality in young adults with heightened anxiety. The findings of the study can be used by practicing psychologists and included in training courses for psychology students.

Keywords: anxiety, sleep quality, dreams, depression, life satisfaction, young adults, adults, psychotherapy

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП .....</b>                                                                                                                                               | <b>6</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ<br/>ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТІКАННЯ СНУ, СНОВИДІНЬ ТА<br/>ТРИВОЖНОСТІ .....</b>                                            | <b>17</b> |
| 1.1. Методологія дослідження .....                                                                                                                               | 17        |
| 1.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження .....                                                                                                         | 21        |
| 1.3. Організація дослідження та характеристика вибірки<br>досліджуваних .....                                                                                    | 32        |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ<br/>ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТІКАННЯ СНУ ТА ТРИВОЖНОСТІ У<br/>МОЛОДИХ ДОРΟΣЛИХ .....</b>                                 | <b>36</b> |
| 2.1. Результати емпіричного дослідження психологічних<br>показників якості сну у молодих дорослих .....                                                          | 36        |
| 2.2. Аналіз зв'язку між рівнем тривожності та якістю сну осіб<br>молодої дорослості .....                                                                        | 39        |
| 2.3. Практичні рекомендації щодо напрямів і характеру<br>психотерапевтичної роботи з покращення якості сну у молодих<br>дорослих із підвищеною тривожністю ..... | 49        |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>                                                                                                                                            | <b>51</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>                                                                                                                          | <b>53</b> |
| <b>ДОДАТКИ .....</b>                                                                                                                                             | <b>58</b> |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У сучасному суспільстві проблема порушень сну набуває дедалі більшої актуальності, особливо серед молодих дорослих, які часто стикаються з високими навчальними, професійними та соціальними навантаженнями. Якість сну є одним із ключових факторів, що впливає на психічне та фізичне здоров'я людини. Доведено, що недостатній або нерегулярний сон може призводити до погіршення когнітивних функцій, зниження працездатності та розвитку психологічних розладів.

Окреме значення має вивчення взаємозв'язку між якістю сну та рівнем тривожності, адже саме тривожні стани є поширеною проблемою серед молоді. Підвищена тривожність може не лише погіршувати сон, а й запускати замкнене коло, де низька якість сну своєю чергою посилює симптоми тривожності. Усвідомлення цих механізмів є важливим для своєчасної профілактики та корекції психологічних проблем.

Для більшості людей сон та сновидіння асоціюються з відпочинком для тіла та мозку. Тому поява у цей час неприємних снів, нічних кошмарів чи інших розладів здається чимось неприродним і суперечливим. Запитання про те, чому ми бачимо сни, яке значення вони мають, що можуть відображати або чи свідчать узагалі про щось, хвилюють людство з давніх-давен. Відповідати на них науково стало можливо лише близько сімдесяти років тому, коли Асерінські та Клейтман відкрили фазу швидкого сну. Саме тоді розпочалися активні дослідження природи сновидінь і механізмів їх виникнення, з'явилися перші нейрофізіологічні теорії. Відтоді сни перестали вважати лише випадковим продуктом роботи мозку чи містичним втручанням божої волі.

Таким чином, дослідження взаємозв'язку між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих є актуальним як з наукової, так і з практичної точки зору, оскільки воно дозволяє розробити ефективні стратегії підтримки психічного здоров'я цієї вікової групи та сприяти підвищенню їхнього життєвого благополуччя.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Молоді дорослі, віком приблизно 18–35 років, піддаються високим академічним, професійним та соціальним навантаженням, що у дослідженнях Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. [17] та інших авторів спонукає високу поширеність тривожних розладів і порушень сну у сучасної молоді. Вивчення зв'язку між якістю сну і тривожністю, проведені у роботах Stickgold R., Hobson J. A., Fosse R., Fosse M. [37], не лише проливає світло на механізми виникнення патологічних станів, а й має прикладне значення для профілактики, психотерапії, психокорекції сну та проявів тривожності.

Першим, хто розглянув сновидіння крізь призму їхнього значення для психічного здоров'я людини та виокремив їхню психологічну роль від суто фізіологічних процесів, був Зигмунд Фройд [12]. Саме його концепція та інтерпретація сновидінь заклали підґрунтя для подальшого наукового інтересу до цієї теми й відкрили абсолютно новий підхід до їхнього розуміння.

Одна з найбільш укорінених позицій серед теоретичних підходів до вивчення сну є бідірекційна (взаємозворотна) модель описана Domhoff G. W., Schneider A. [18], яка розкриває двонаправлений зв'язок, а саме поганий сон підсилює тривожність, а тривожність погіршує якість сну, створюючи замкнене коло. Цю перспективу підтримують численні когортні та крос-секційні дослідження, які показують кореляції й у деяких випадках продемонстрований пріоритет одного фактора над іншим у коротких часових рамках, наприклад, підвищення тривожності перед екзаменом веде до порушення сну; хронічна нестача сну викликає підвищену реактивність стресу.

Brown D.M.Y., Lerner I., Cairney J., Kwan M.Y. [14] надають модель гіперзбудження та висувають гіпотезу, що тривожні стани супроводжуються підвищеним когнітивним і фізіологічним збудженням (кост-підвищення активності симпатичної системи, збільшення думок «не можу заснути/що

буде завтра»), що безпосередньо порушує ініціацію й підтримку сну. Ця модель пояснює, чому когнітивно-орієнтовані інтервенції (CBT-I) ефективні при коморбідній тривожності. Zhu С. [40] описує модель інсомнії як порушення емоційної регуляції та гіперзбудження та з'ясував, як інсомнія сполучається з тривожними розладами. В результаті проведених досліджень автор розкрив механізми адаптації когнітивних інтервенцій для коморбідних випадків.

Solis-Navarro L., Masot O., Torres-Castro R. [34] та інші автори розглядають роль сну (особливо REM-фази) в обробці емоційних подій і консолідації емоційних спогадів. Порушення фази REM або її дисфункція може послаблювати адаптивну переробку емоцій, що залишає індивіда більш вразливим до тривожних реакцій. Теорії емоційної регуляції та консолідації пам'яті пов'язує нейрофізіологію сну з психічним здоров'ям. Особливий внесок авторів полягає у тому, що зроблені науково обґрунтовані пояснення, як фази сну пов'язані з емоційними симптомами

Сучасні підходи, представлені у роботах Patel A.K., Reddy V., Shumway K.R., Araujo J.F. [26], наголошують на спільних транскрипційних механізмах, наприклад, дисрегуляція осі НРА, запальні маркери, зміни функціональної мережі мозку, а саме центри емоційної регуляції. Такі моделі прагнуть пояснити зв'язок через біологічні маркери, а не тільки через поведінкові патерни. Chaput J.P., Dutil C., Featherstone R., Ross R. [15] та інші автори мають вагомий внесок у дослідженні процесів сну та надають мета-аналізи, які пов'язують первинні порушення сну з підвищеним ризиком психічних розладів, таких як депресія чи тривога. Rimsh A., Pietrowsky R. [27] внесли вагомий вклад у нейрофізіологію інсомнії, а саме досліджуючи соматичні маркери, EEG-характеристики сну, що дає підґрунтя для розуміння біологічних механізмів протікання сну, які одночасно пов'язані з тривожністю. Cooper J.R.H., Turner R.S., Conner T.S. [16] у проведених дослідженнях вивчають вплив нестачі сну на психічне здоров'я людини, роль соціального стресу й способу життя особистості на якість сну.



Сучасні підходи до розуміння сновидінь підкреслюють їхній тісний зв'язок як з актуальними подіями та труднощами повсякденного життя людини, так і з її минулими травмами, ранніми внутрішніми конфліктами чи витісненими бажаннями. Сни відображають стан свідомого й несвідомого та здатні виявляти ті смисли, які у реальності пригнічуються або піддаються цензурі.

Вагомий внесок у пояснення феномену сновидінь зробили нейропсихологічні теорії Lavie P., Hobson J. A. [23]: протосвідомості, перервності й неперервності, креативності та вирішення проблем, «вартового» сну й імітаційна теорія. Кожна з них розглядає сновидіння як певну адаптивну стратегію, а саме підготовку до стану неспання, спосіб пошуку рішень реальних завдань або тренування для подолання загроз і складних ситуацій. Загалом ці концепції підтверджують зв'язок сновидінь із психічним станом особи, висвітлюють взаємодію свідомого та несвідомого й віддзеркалюють внутрішні конфлікти, травми та розлади. Саме тому робота зі сновидіннями має посідати важливе місце в терапевтичній практиці.

Ряд вітчизняних досліджень (Виноградова-Аник О. О., Лук'яненко І. А. [1], Дєдова Т. В. [3], Перевязко Л. П. [11]) в останні роки зосереджувалися на дослідженнях учнівської та студентської молоді, які показували високі показники співіснування тривоги й низької якості сну під час екзаменів, пандемійних періодів (COVID-19) і при використанні цифрових пристроїв уночі, підвищених рівнях кібер та інтернет залежності. Дослідження Животовської А. І. [5], Каратник М. В., Пилан Н. І. [7] показали, що сновидіння людей із підвищеним рівнем тривожності, тривожними розладами, посттравматичним стресовим розладом чи obsesивно-компульсивними симптомами часто містять сцени, образи та ситуації, подібні до реальних тривожних переживань, хоча й трансформовані механізмами сновидіння.

Попри значний інтерес науковців до цього феномену, кількість робіт, присвячених детальному аналізу снів при різних психічних станах, досі

залишається недостатньою з огляду на масштабність проблеми. Дослідження особливостей сновидінь є складним завданням, адже для зменшення впливу суб'єктивних чинників необхідно проводити масштабні та методологічно виважені наукові проекти.

Розглядаючи питання тривожності та тривожних розладів з урахуванням клінічних спостережень і провідних функціональних теорій сновидінь, у дослідженнях Лященко Ю. та Огоренко В. [9] висловлюється припущення, що прояви тривоги, включаючи тривожні розлади, ймовірно, знайшли своє відображення у снах. На сьогоднішній день тривожні розлади належать до числа найпоширеніших психічних захворювань. Незважаючи на значну кількість досліджень у цій сфері, вивчення змісту сновидінь у людей, що страждають на тривогу та тривожні розлади, залишається досить обмеженим. Дослідження Levin R. і Nielsen T. [24], аналізуючи сновидіння, виявили спільні риси у снах осіб із симптомами неврозу, а подальші роботи підтвердили тісний зв'язок між порушеннями сну та проявами тривожних розладів.

Згідно з класифікацією Американської психіатричної асоціації, тривожні розлади становлять групу станів, що характеризуються надмірним почуттям страху, тривоги та порушеннями у поведінці. У цьому контексті страх розглядається як емоційна реакція на безпосередню загрозу, тоді як тривога є передчуттям можливої небезпеки. Це підкреслює спрямованість тривоги на майбутнє, що стимулює поведінкові реакції з метою уникнення потенційних загроз, тоді як страх є емоційним проявом тривожності.

Згідно з Міжнародною класифікацією розладів сну (ICSD-3), нічні жахи характеризуються як яскраві, емоційно насичені або дисфоричні сни, у яких зазвичай присутня потреба докласти зусиль для уникнення небезпеки чи виживання. Страх виступає домінуючою емоцією таких сновидінь, однак вони часто супроводжуються й іншими емоціями, такими як люття, гнівом, смутком або соромом. Як і більшість снів, нічні жахи здебільшого виникають під час REM-фази сну.

Schredl M., Doll E. [32] пропонують розрізняти нічні жахи та погані сни. Нічні жахи визначаються як тривожні сни, що обов'язково супроводжуються пробудженням, тоді як погані сни – це «негативно забарвлені» або тривожні сни, що не призводять до пробудження. Крім того, нічні жахи зазвичай більш емоційно інтенсивні та яскраві, ніж погані сни.

Zink N., Pietrowksy R. [41] виділяють два основні типи нічних жахів: ідіопатичні, що виникають самостійно, без впливу інших розладів чи факторів, та посттравматичні, які з'являються після травматичних подій і часто є симптомом посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Існують дані, що надмірна тривога або тривожні розлади можуть породжувати відповідні емоції, думки та сценарії у сновидіннях. За словами Winson J. [39], сни відображають емоційний стан під час неспання, тому інтенсивні негативні емоції, такі як тривога та страх, можуть проявлятися і у сновидіннях. Дослідження також показують, що рівень тривожності здатний впливати на зміст снів, проте, як уже зазначалося, кількість таких досліджень залишається обмеженою.

Breger L. [13] вказує на те, що підвищення рівня ситуативної тривожності, як правило, супроводжується більш негативним емоційним забарвленням сновидінь та посиленням афекту, зокрема агресії, спрямованої на сновидця. Дослідження також показують, що сни осіб із високим рівнем тривожності містять більшу кількість незнайомих людських персонажів та окремих частин тіла. Цікаво, що у таких сновидіннях частіше зустрічаються сексуальні контакти або присутні сексуальні об'єкти.

King D. B., DeCicco T. L. [22] простежили зв'язок між підвищенням рівня ситуативної тривожності та появою образів тварин у сновидіннях. Вони також відзначили, що зростання як ситуативної, так і особистісної тривожності корелює з частотою зміни локацій у снах. Дослідники підтвердили наявність взаємозв'язку між частотою нічних жахів та негативних сновидінь із рівнем ситуативної та особистісної тривожності.

Генералізований тривожний розлад і панічний розлад характеризуються у дослідженнях Hobson J.A., Schredl M. [20] більш негативним афектом, пригніченим настроєм, підвищеною агресивністю та частішими агресивними взаємодіями порівняно з дружніми, а також більшою кількістю невдач і неприємних подій, зменшенням числа позитивних подій та низькою представленістю знайомих персонажів у снах. Панічний розлад додатково пов'язаний із підвищеним рівнем сепараційної тривоги та високим рівнем «прихованої ворожості, спрямованої назовні». Дослідження Roesler C. [29] показали, що агорафобія корелює з появою у снах відкритих просторів і великих ландшафтів, де можливе вільне пересування. Соціальний тривожний розлад асоціюється з більшою кількістю загрозливих чи страшних образів людей протилежної статі, а також із лячними ситуаціями або явищами, такими як падіння, сутички з тваринами або істотами та публічні виступи.

Таким чином, такі сновидіння містять символічні та асоціативні образи, які відображають травматичні або неприємні події й переживання минулого, особливо дитячого віку, провокуючи тривогу. Крім того, було встановлено, що виникнення нічних жахів пов'язане з меншою силою его та підвищеною симптоматикою тривоги.

Важливим чинником виникнення тривожних сновидінь, на думку Іванової Я. О., Федоріна І. В. та Вдовиченко О. В. [6], є також якість сну. Порушення сну часто корелюють із ключовими ознаками тривожних розладів і можуть їх посилювати. Такі сновидіння часто мають форму нічних жахів, пов'язаних із травматичними переживаннями, і супроводжуються частими пробудженнями, безсонням або страхом перед засинанням. Безсоння, зокрема, є одним із діагностичних критеріїв генералізованого тривожного розладу (ГТР), тоді як при панічному розладі поширені скарги на труднощі із засинанням і підтримкою сну. Особливо характерним для панічного розладу є виникнення панічних атак під час сну. Нічні жахи та погані сни, спричинені підвищеною тривожністю, часто супроводжуються вегетативними симптомами, що призводять до пробудження та денного

дискомфорту, втомі й, як наслідок, можуть поглиблювати тривожну симптоматику.

Проведений критичний аналіз останніх наукових даних з проблеми впливу якості сну на психологічні особливості сучасної молоді та дорослих осіб дозволив вивити як сильні сторони, наприклад нарощення кількості лонгитюдних досліджень, кращі інструменти для об'єктивної оцінки сну (актиграфія), інтеграція нейронаукових методів; так і слабкі сторони наявних досліджень, а саме надмірна залежність від самозвітних даних у великих вибірках; недостатній контроль за коморбідністю (депресія); обмежена кількість репрезентативних вибірок молодих дорослих, дефіцит мультикультурних порівнянь.

На основі огляду наукових досліджень та синтезу встановлених даних, відкритих для широкого загалу, було обґрунтовано авторську позицію та концепцію проведення досліджень з визначення зв'язків між психологічними порушеннями, а саме рівнем тривожності, та якістю сну:

- зв'язок між якістю сну та тривожністю у молодих дорослих є багатоаспектним і, найімовірніше, бідірекційним, з умовними причинними шляхами, які залежать від контексту;

- для практичних інтервенцій у молодій популяції першочерговим є комплексний підхід: поєднання когнітивно-поведінкових стратегій, емотивно-регулятивних технік із врахуванням соціального контексту, а саме розкладу навчання, робочих графіків, цифрової та інформаційної гігієни та інших факторів.

Означена позиція узгоджується з накопиченою доказовою базою, яка показує користь інтервенцій, але також демонструє невирішені питання щодо механізмів і тривалості ефектів. Стан наукової думки свідчить про міцну асоціацію між якістю сну й рівнем тривожності в молодих дорослих, зростаючий корпус інтервенційних доказів і одночасно значні прогалини в причинно-наслідкових механізмах, ролі модераторів і довготривалих ефектів. Подальші дослідження мають комбінувати поведінкові виміри, денну

динаміку, об'єктивні дані сну та біологічні маркери в репрезентативних вибірках, щоб просунути поле від описової асоціації до інформованих інтервенцій і політик підтримки психічного здоров'я молоді.

**Мета дослідження:** проаналізувати зв'язок між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих.

**Завдання дослідження:**

- 1) Розглянути основні теоретичні концепції, що пояснюють природу та функції сну та сновидінь.
- 2) Визначити психодіагностичні методи та інструменти, придатні для вивчення якості сну та проявів тривожності у молодих дорослих.
- 3) Дослідити наявність та специфіку взаємозв'язку між рівнем тривожності та якістю сну, проявами тривожності у сновидіннях досліджуваних.
- 4) Розробити практичні рекомендації щодо напрямів і характеру психотерапевтичної роботи з покращення якості сну у осіб молодшої дорослості із підвищеною тривожністю.

**Об'єкт дослідження:** якість сну та тривожність.

**Предмет дослідження:** зв'язок між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих.

**Методологічна база дослідження:**

1. Шкала тривоги Спілбергера (STAI) дозволяє розрізнити особистісну та ситуативну тривожність, що є надзвичайно важливим у контексті дослідження. Вона допомагає виявити як стабільні риси тривожності, так і тимчасові емоційні стани, що дає змогу точніше інтерпретувати зв'язок між рівнем тривожності та змістом сновидінь.
2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) забезпечує скринінг не лише тривожних проявів, а й депресивних симптомів, які часто супроводжують тривожні стани та можуть суттєво впливати на якість сну.

Використання цієї шкали дозволяє виключити або врахувати можливий вплив депресії як конфундуючого фактора.

3. Шкала задоволеності життям (SWLS) оцінює суб'єктивне відчуття благополуччя, що виступає важливим психологічним індикатором. Задоволеність життям прямо чи опосередковано пов'язана зі сном і емоційними станами, а отже, ця шкала допомагає простежити загальний фон, у якому формуються сновидіння.

4. Триетапна шкала самотності (TILS) є значущим чинником, який може посилювати тривожність і погіршувати якість сну. Включення TILS дозволяє врахувати соціально-психологічний контекст, що впливає на переживання у снах та їхній емоційний зміст.

5. Шкала Van Dream Anxiety Scale (VDAS) спеціально призначена для оцінки тривожних сновидінь і нічних жахів. Вона дає змогу виявити інтенсивність і частоту проявів тривожності у сновидіннях, що робить її одним із ключових інструментів для досягнення цілей дослідження.

6. Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) є золотим стандартом для вимірювання суб'єктивної якості сну. Він дозволяє комплексно оцінити такі параметри, як тривалість, латентність, ефективність та переривчастість сну, що є критично важливим для встановлення зв'язку між тривожністю та особливостями сновидінь.

7. Анкета для опису сновидіння Домгофа спрямована на якісну характеристику сновидінь, включаючи сюжет, емоційне забарвлення та повторювані мотиви. Анкета дозволяє детально дослідити змістову сторону сновидінь і співвіднести її з рівнем тривожності та іншими психологічними показниками.

Застосування саме цього комплексу методик забезпечує багатовимірний підхід до вивчення проблеми. Вони охоплюють емоційно-особистісні характеристики (STAI, HADS, SWLS, TILS), якість сну та його порушення (PSQI, VDAS), а також змістовий аналіз сновидінь (анкета Домгофа). Поєднання кількісних і якісних інструментів робить дослідження

комплексним, підвищує його надійність і валідність, а також дозволяє сформувати цілісне уявлення про взаємозв'язок між тривожністю, якістю сну та змістом сновидінь у молодих дорослих.

**Елементи наукової новизни:**

- систематизовано наявні наукові концепції психологічних особливостей протікання сну та сновидінь;
- доповнено наукові дані з ролі ситуативної та особистісної тривожності, депресивності, самотності, а також низької якості сну і незадоволеності життям у виникненні тривожних ознак у сновидіннях осіб молодшої дорослості;
- вперше проведені емпіричні дослідження змістових аспектів сновидінь серед українських респондентів із застосуванням методики Van Dream Anxiety Scale для оцінки рівня тривожності у сновидіннях.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що були надані практичні рекомендації щодо напрямів і характеру психотерапевтичної роботи з покращення якості сну у осіб молодшої дорослості із підвищеною тривожністю. Отримані у дослідженні результати можуть бути використані у роботі практичних психологів та включені до навчальних курсів при підготовці психологів.

**Публікації за темою дослідження:** тези.

**Структура та обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота представлена на 71 сторінках тексту, основна частина з якого становить 48 сторінок. Основна частина дослідження представлена вступом, двома розділами та висновками. Робота, окрім основної частини дослідження, також містить у собі завдання, анотації, зміст, список використаних джерел та додатки.



## РОЗДІЛ 1

### МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТІКАННЯ СНУ, СНОВИДІНЬ ТА ТРИВОЖНОСТІ

#### 1.1. Методологія дослідження

Методологічна основа проведення досліджень особливостей протікання сну, сновидінь, аналізу зв'язків між якістю сну та рівнем тривожності у молодих дорослих полягає у тому, що вона базується на використанні комплексного підходу, який поєднує кількісні та якісні методи дослідження. Зокрема, у дослідженні застосований наступний методологічний інструментарій:

1. Шкала тривоги Спілбергера (STAI) дозволяє розрізнити особистісну та ситуативну тривожність, що є надзвичайно важливим у контексті дослідження. Вона допомагає виявити як стабільні риси тривожності, так і тимчасові емоційні стани, що дає змогу точніше інтерпретувати зв'язок між рівнем тривожності та змістом сновидінь.

2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) забезпечує скринінг не лише тривожних проявів, а й депресивних симптомів, які часто супроводжують тривожні стани та можуть суттєво впливати на якість сну. Використання цієї шкали дозволяє виключити або врахувати можливий вплив депресії як конфундуючого фактора.

3. Шкала задоволеності життям (SWLS) оцінює суб'єктивне відчуття благополуччя, що виступає важливим психологічним індикатором. Задоволеність життям прямо чи опосередковано пов'язана зі сном і емоційними станами, а отже, ця шкала допомагає простежити загальний фон, у якому формуються сновидіння.

4. Триетапна шкала самотності (TILS) є значущим чинником, який може посилювати тривожність і погіршувати якість сну. Включення TILS

дозволяє врахувати соціально-психологічний контекст, що впливає на переживання у снах та їхній емоційний зміст.

5. Шкала Van Dream Anxiety Scale (VDAS) спеціально призначена для оцінки тривожних сновидінь і нічних жахів. Вона дає змогу виявити інтенсивність і частоту проявів тривожності у сновидіннях, що робить її одним із ключових інструментів для досягнення цілей дослідження.

6. Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) є золотим стандартом для вимірювання суб'єктивної якості сну. Він дозволяє комплексно оцінити такі параметри, як тривалість, латентність, ефективність та переривчастість сну, що є критично важливим для встановлення зв'язку між тривожністю та особливостями сновидінь.

7. Анкета для опису сновидіння Домгофа спрямована на якісну характеристику сновидінь, включаючи сюжет, емоційне забарвлення та повторювані мотиви. Анкета дозволяє детально дослідити змістову сторону сновидінь і співвіднести її з рівнем тривожності та іншими психологічними показниками.

Застосування саме цього комплексу методик забезпечує багатовимірний підхід до вивчення проблеми. Вони охоплюють емоційно-особистісні характеристики (STAI, HADS, SWLS, TILS), якість сну та його порушення (PSQI, VDAS), а також змістовий аналіз сновидінь (анкета Домгофа). Поєднання кількісних і якісних інструментів робить дослідження комплексним, підвищує його надійність і валідність, а також дозволяє сформулювати цілісне уявлення про взаємозв'язок між тривожністю, якістю сну та змістом сновидінь у молодих дорослих.

Основні методики у дослідженні були обрані для комплексного вивчення рівнів особистісної та ситуативної тривожності, а також тривожних проявів у сновидіннях у учасників дослідження. Зокрема, використовувалися стандартизовані психологічні інструменти, які дозволяли визначити ступінь тривожності в різних її формах — особистісної, що є стабільною характеристикою особистості, та ситуативної, яка зумовлена конкретними

життєвими обставинами. Ці методики допомагали отримати кількісні показники, необхідні для подальшого аналізу їх взаємозв'язку, зокрема, при застосуванні статистичних і математичних методів обробки даних.

Крім того, використовувалися додаткові інструменти для вимірювання інших психологічних характеристик, що можуть впливати на рівень тривожності та її прояви у сновидіннях. Це включало методики для оцінки депресивних станів, що дозволяло визначити ступінь депресивності у респондентів; шкали для вимірювання рівня самотності, оскільки почуття ізоляції може сприяти розвитку тривожних розладів; а також опитувальники для визначення рівня задоволеності життям і якості сну.

Зібрані дані дозволяли дослідникам не тільки кількісно оцінити окремі показники, але й аналізувати їх у взаємозв'язку, зокрема, встановлювати, яку роль відіграють рівень депресії, самотності, задоволеності життям і якість сну у формуванні та прояві тривожності у сновидіннях. Це було важливим етапом для глибшого розуміння причинно-наслідкових зв'язків і механізмів, що лежать в основі виникнення тривожних маркерів у сновидіннях, а також для розробки рекомендацій щодо корекції психологічного стану молодих дорослих.

Аналіз зв'язків між досліджуваними показниками здійснюється за допомогою статистичних методів, а саме кореляційного аналізу, що дозволило визначити рівень впливу рівня тривожності на якість сну та характеристики сновидінь у молодих дорослих. Використовувалися такі програми математико-статистичного аналізу, як електронні таблиці Microsoft Excel та програма Statistica. Для обробки первинних вихідних даних у дослідженні було застосовано сучасне та широко використовуване програмне забезпечення Statistica 8, що забезпечує високий рівень точності та надійності статистичного аналізу. За допомогою цього програмного комплексу були реалізовані різноманітні статистичні методи, зокрема, описова статистика для первинної характеристики даних, аналіз кореляційних зв'язків між змінними, а також різноманітні методи порівняння груп.

З метою визначення ступеню зв'язку між рівнем тривожності особи та показниками тривожності у сновидіннях, було застосовано кореляційний аналіз із використанням критерію Спірмена. Перед проведенням кореляційного аналізу для кожної із шкал було здійснено перевірку їхньої відповідності нормальному розподілу за допомогою методів описової статистики, таких як середнє значення, стандартне відхилення, асиметрія та ексцес. Це дозволило визначити, чи можна використовувати параметричні або непараметричні статистичні критерії. Враховуючи результати цієї перевірки, для аналізу взаємозв'язків застосовувався саме непараметричний кореляційний критерій Спірмена, який є більш стійким до відхилень від нормальності.

Для порівняння рівнів ситуативної та особистісної тривожності у досліджуваних з різною частотою появи тривожних маркерів у сновидіннях було застосовано непараметричний тест Краскела-Уоліса, який дозволяє аналізувати розподіл даних між кількома незалежними групами. Це дало можливість визначити статистичну значущість різниць у рівнях тривожності між цими групами. Для дослідження зв'язку між високим рівнем тривожності та показниками тривожності у сновидіннях використовувався критерій Манна-Уїтні, що є ефективним для порівняння двох незалежних груп за рівнем їхніх показників.

Для аналізу ролі окремих ознак у формуванні тривожності у сновидіннях застосовувався метод множинного регресійного аналізу. Це дозволило оцінити внесок кожної прояви, такої як депресивність, самотність, задоволеність життям та якість сну, у поясненні варіації рівня тривожних маркерів у снах і визначити ключові чинники, що впливають на їхню появу.

Таким чином, застосування комплексних методик і сучасних інструментів забезпечує об'єктивність і достовірність отриманих результатів, що є основою для формулювання висновків та рекомендацій щодо покращення стану здоров'я молодих людей.

## 1.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження

Для досягнення поставлених завдань дослідження нами було обґрунтовано доцільність, зміст та структуру застосування методологічного інструментарію психодіагностики.

*Шкала тривоги Спілбергера (STAI)* є одним із найпоширеніших і найцінніших інструментів для кількісної оцінки рівня тривожності у психологічних дослідженнях. Вона спрямована на диференційоване вимірювання двох типів тривожності: як особистісної характеристики (загальної схильності до тривоги або особистісної тривожності) та як стану, що виникає у конкретний момент (ситуативної тривожності).

Для підвищення точності та відповідності умовам нашого дослідження використовувалася україномовна модифікація цієї шкали, що забезпечує отримання достовірних та валідних результатів у контексті української культурної та мовної середовища.

Шкала складається з двох основних підшкал, кожна з яких містить по 20 тверджень. Перша підшкала орієнтована на оцінку тривожності як особистісної характеристики, тобто стабільної схильності особистості до відчуття тривоги в різних ситуаціях, що є більш стійкою ознакою її психічного стану.

Друга підшкала призначена для вимірювання рівня ситуативної тривожності, яка відображає поточний емоційний стан людини і є короткочасною реакцією на конкретний стресовий або несподіваний фактор.

Ситуативна тривожність — це стан, який виникає у суб'єкта у конкретний момент і характеризується суб'єктивним відчуттям напруги, занепокоєння, нервозності, заклопотаності та інших емоційних проявів, що з'являються у відповідь на певні обставини. Важливо зазначити, що цей стан може змінюватися за інтенсивністю та тривалістю залежно від змін у навколишньому середовищі або внутрішніх психологічних процесів.

Друга підшкала дозволяє визначити рівень особистісної схильності до тривоги, яка є більш стабільною характеристикою особистості, ніж короточасний стан. Така схильність може впливати на сприйняття та реакцію у різних життєвих ситуаціях, зокрема, на рівень тривоги у сновидіннях та прояви тривожних маркерів у них. Важливо зазначити, що рівень тривоги може не відповідати реальній загрозливості ситуації — особистісна схильність може посилювати або зменшувати суб'єктивне відчуття тривоги незалежно від об'єктивних обставин.

Кожне твердження у підшкалах оцінюється за 4-бальною шкалою, що дозволяє отримати кількісне вираження рівня тривожності. Високі бали інтерпретуються наступним чином: до 30 балів вказує на низький рівень тривожності; від 31 до 44 балів свідчить про помірний рівень тривожності; 45 і більше означає високий рівень тривожності. Цей розподіл дозволяє дослідникам і клінічним фахівцям швидко та ефективно аналізувати отримані результати, визначати ступінь вираженості тривожних проявів у респондентів і робити висновки щодо їхнього психологічного стану, особливо у контексті досліджень зв'язку між тривожністю та іншими психологічними або фізіологічними характеристиками.

Інтерпретація отриманих результатів здійснюється окремо для кожної з підшкал шкали тривоги. Після завершення дослідження на основі відповідей формуються два окремі показники: один відображає рівень ситуативної тривожності, а інший — рівень особистісної тривожності респондента. Це дозволяє більш точно оцінити і проаналізувати кожен із аспектів тривожності, що є важливим для глибшого розуміння психологічного стану учасників дослідження. Детально дана шкала описана у додатку А.

*Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)*, розроблена Зігмондом і Снайтом у 1983 році, є одним із широко використовуваних інструментів для швидкої та ефективної скринінгової діагностики симптомів депресії та тривоги у клінічних та дослідницьких умовах. Вона була створена з метою виключити симптоми, які можуть бути обумовлені соматичними

захворюваннями, і тому її застосовують для диференційованої оцінки психологічних станів незалежно від фізичних хвороб, що дозволяє отримати більш точну картину психологічного здоров'я пацієнта або учасника дослідження.

Шкала складається з двох основних підшкал, кожна з яких містить по сім тверджень, що оцінюють відповідно рівень тривоги та депресії. Висловлювання для підшкали тривоги були сформульовані на основі відповідних розділів стандартизованого клінічного опитника "Present State Examination" і орієнтовані переважно на психологічні прояви тривожних симптомів, такі як нервовість, напруженість, неспокій. Водночас, висловлювання підшкали депресії базувалися на переліку скарг, що найчастіше зустрічаються у клінічній практиці у пацієнтів із депресивними розладами, з особливим наголосом на ангедонічний компонент — зниження здатності отримувати задоволення від життя, апатію та інші характерні прояви депресії.

Кожне з тверджень у шкалі пропонує 4 варіанти відповіді, що оцінюються в балах: від 0 балів — відсутність симптома, до 3 балів — його максимальна вираженість. Це дозволяє отримати кількісне уявлення про ступінь проявів тривоги та депресії у досліджуваного. Після заповнення шкали обчислюються сукупні бали за кожною підшкалою окремо.

Інтерпретація результатів здійснюється за наступною класифікацією:

- 0-7 балів — вважається, що у респондента відсутні значущі симптоми тривоги або депресії, що відповідає нормальному стану.
- 8-10 балів — вказують на субклінічний рівень тривожних або депресивних симптомів, що може потребувати додаткового спостереження чи консультації.
- 11 і більше — свідчать про клінічно значущу симптоматику, яка може вимагати більш глибокого клінічного аналізу та можливого втручання.

У рамках цього дослідження шкала HADS використовувалася для первинного виявлення депресивних симптомів у учасників і учасниць. Зокрема, аналізувалися лише показники, отримані за шкалою депресії, тоді як результати за шкалою тривоги не були використані у подальшому аналізі. Це дозволило більш цілеспрямовано оцінити рівень депресивної симптоматики та не враховувати рівень тривоги у межах досліджуваної вибірки. Детально дана методика описана у додатку Б.

*Шкала задоволеності життям*, розроблена Дінером і співавторами у 1985 році, є одним із широко застосовуваних інструментів для оцінки суб'єктивного рівня життєвого задоволення. Вона спрямована на вимірювання загальних когнітивних суджень про рівень задоволеності життям, при цьому не охоплюючи емоційних або афективних аспектів, таких як позитивний чи негативний настрій. Це дозволяє отримати об'єктивну оцінку ставлення особи до свого життя як цілого, зосереджуючись на раціональних, оцінювальних компонентах. Український переклад шкали був виконаний кандидаткою психологічних наук Наталією Пилат, що зробило її доступною для використання у дослідженнях та клінічних практиках в Україні.

У рамках даного дослідження ця шкала застосовувалася з метою визначення суб'єктивної задоволеності життям учасників і учасниць. Крім того, результати шкали використовувалися для аналізу можливих кореляцій між рівнем задоволеності життям та показниками тривожності у сновидіннях, з метою виявлення потенційних взаємозв'язків між цими психологічними аспектами.

Шкала складається з двох основних компонентів: емоційного (афективного) та оцінювального (когнітивного). Вона була створена як міра когнітивної складової суб'єктивного благополуччя, що характеризує раціональні судження особи про якість свого життя.

Загалом шкала містить п'ять тверджень, кожне з яких оцінюється за семибальною шкалою: від 1 (категорично не погоджуюся) до 7 (повністю



погоджуюся). Після заповнення всі бали підсумовуються, і отриманий сумарний бал слугує показником рівня задоволеності життям. Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до наступних градацій:

- 31-35 балів — дуже задоволений життям;
- 26-30 балів — задоволений;
- 21-25 балів — дещо задоволений;
- 20 балів — нейтральне ставлення до життя;
- 15-19 балів — дещо незадоволений;
- 10-14 балів — незадоволений;
- 5-9 балів — повністю незадоволений.

Ця шкала дозволяє швидко та ефективно оцінити рівень суб'єктивного задоволення життям у різних групах населення та застосовувати результати для подальшого аналізу психологічних факторів, що впливають на якість життя. Детально питання даної методики описані у додатку В.

*Трикомпонентна шкала самотності (TILS)*, розроблена Д. Расселом у 1996 році, є коротким та ефективним інструментом для швидкої оцінки рівня почуття самотності і соціальної ізоляції у досліджуваних. Вона є скороченою версією більш розгорнутої Шкали самотності UCLA, що дозволяє отримати суттєву інформацію про ступінь проявів самотності у максимально зручній формі та за короткий час.

Ця методика була створена на основі оригінальної шкали UCLA, яка широко використовується у психологічних дослідженнях та клінічній практиці для визначення рівня соціальної ізоляції та суб'єктивного почуття самотності. Однак, враховуючи необхідність більш швидкого та мінімалізованого інструменту, Трикомпонентна шкала була спрощена до трьох ключових запитань, що охоплюють основні компоненти цього психологічного стану.

Український переклад та адаптація цієї шкали були здійснені кандидаткою психологічних наук Наталією Пилат та кандидаткою психологічних наук Інною Галецькою у 2018 році. Це забезпечило її

доступність для застосування у дослідженнях та практиці в Україні. Кожне з трьох запитань шкали оцінюється за трьохбальною шкалою, де:

- 1 бал — відповідає «майже ніколи»;
- 2 бали — «інколи»;
- 3 бали — «часто».

Ці запитання спрямовані на визначення ступеня наростання симптомів самотності та соціальної ізоляції у досліджуваних, відображаючи частоту їхнього прояву у повсякденному житті. Високий бал свідчить про більш виражені ознаки самотності та ізоляції, тоді як низький — про їх відсутність або мінімальність.

Загальний бал за шкалою може коливатись від 3 до 9, і його інтерпретація допомагає визначити рівень відчуття самотності у досліджуваного, що є важливим для аналізу психологічного стану та розуміння соціальних аспектів особистості. Такий короткий інструмент особливо корисний для швидкої первинної оцінки у великих дослідженнях або клінічних оглядах, дозволяючи швидко визначити рівень соціальної ізоляції та сформулювати подальший план дій. Детально питання даної методики описані у додатку Г.

*Van Dream Anxiety Scale (Шкала тривожності сновидінь)*, створена Мехмедом та співавторами у 1999 році, є спеціалізованим інструментом для оцінки рівня тривожності, пов'язаної із сновидіннями. Ця шкала розроблена для того, щоб точно визначити ступінь проявів тривожних симптомів у снах, що дозволяє дослідникам і клініцистам глибше зрозуміти вплив цих симптомів на психоемоційний стан особи. В даному дослідженні вона виконує важливу роль у аналізі зв'язків між тривожністю у сновидіннях та іншими психологічними аспектами, такими як ситуативна та особистісна тривожність, депресія, якість сну та інші.

Шкала складається з 17 запитань, кожне з яких спрямоване на оцінку різних аспектів тривожності, пов'язаної із сновидіннями. З них дванадцять питань стосуються конкретних проявів, таких як: частота нічних кошмарів

(питання 1), труднощі із засинанням після кошмарів (питання 2), страх перед сном через можливі нічні жахи або погані сни (питання 3), проблеми зі сном у цілому (питання 4), частота пригадування сновидінь (питання 6), рівень сонливості (питання 11), ранкова тривога (питання 12), рівень професійного дистресу (питання 13), сімейний дистрес (питання 14), соціальний дистрес (питання 15), наявність психологічних порушень (питання 16), а також проблеми з пам'яттю або концентрацією уваги (питання 17). Всі ці питання оцінюються за шкалою від 0 до 4, де:

- 0 — ніколи;
- 1 — рідко;
- 2 — інколи;
- 3 — часто;
- 4 — дуже часто.

Додатково є чотири запитання (запитання 7–10), які збирають клінічну інформацію щодо тривалості сну, часу пробудження, затримки сну та інших параметрів режиму сну. Ці питання не враховуються у підрахунку загального балу, але мають клінічне значення.

Особливе значення має запитання 5, яке фокусується на вегетативній та соматичній симптоматиці під час сну. Воно містить 12 симптомів, таких як задишка, запаморочення, виснаження, посиленне серцебиття, пітливість, тремтіння, нудота, біль у животі, стискання у грудях, сухість у роті, страх смерті та біль у горлі. За кожним симптомом оцінюється його частота прояву.

Загальна сума балів за шкалою коливається від 0 до 42, де вищі показники вказують на більш високий рівень тривожності, пов'язаний із сновидіннями. Цей інструмент дозволяє не лише оцінити інтенсивність тривожних проявів у снах, а й визначити їхню можливу роль у психологічному та фізіологічному стані досліджуваних, що є важливим для подальшого аналізу та розробки корекційних заходів (додаток Д).

*Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)*, розроблений дослідниками з Університету Пітсбурга у 1989 році, є одним із найпоширеніших та найавторитетніших інструментів для оцінки якості сну у дослідженнях та клінічній практиці. Цей стандартизований опитувальник створений для того, щоб допомогти фахівцям об'єктивно визначити рівень якості сну у пацієнтів або досліджуваних протягом попереднього місяця, а також виявити можливі порушення сну, що потребують додаткового втручання.

Сам інструмент складається з 19 окремих питань, які зосереджені на різних аспектах сну та його характеристиках. На основі відповідей формуються сім ключових компонентів, кожен із яких відображає конкретний аспект сну. До цих компонентів належать: суб'єктивна оцінка якості сну, затримка засинання (час, необхідний для швидкого засинання), тривалість сну (загальна кількість сну за ніч), ефективність сну (відсоток часу у ліжку, що фактично витрачається на сон), частота порушень сну (проблеми з нічними пробудженнями або неспокійним сном), використання медикаментів для засинання або підтримки сну та рівень денного функціонування, зокрема, рівень втоми і дисфункції протягом дня.

Кожен із цих компонентів оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів, де:

- 0 — відсутність проблем або нормальний стан;
- 1 — легкі прояви;
- 2 — помірні порушення;
- 3 — виражені труднощі або суттєві порушення.

Підсумовуючи оцінки всіх компонентів, отримується загальний бал у діапазоні від 0 до 21. У цьому контексті нижчі показники свідчать про більш високий рівень якості сну, тоді як високі бали вказують на наявність серйозних порушень або низької якості сну.

PSQI є цінним інструментом не лише для дослідників, але й для клініцистів, оскільки дозволяє швидко і об'єктивно оцінити стан сну пацієнта, визначити потенційні проблеми та спланувати подальше лікування або втручання. Його застосування сприяє більш глибокому розумінню

зв'язків між якістю сну і психологічним або фізіологічним станом людини, а також слугує важливим інструментом для моніторингу ефективності терапевтичних заходів (додаток Є).

*Анкета для опису сновидінь Домгофа*, розроблена Д. В. Домгофом у 1996 році, є цінним інструментом для глибокого аналізу змісту сновидінь та їхніх психологічних аспектів. Вона базується на попередніх роботах, зокрема на анкеті Хола та Ван де Касла, і спрямована на збір детальної інформації про найновіше сновидіння, яке запам'яталося досліджуваному. Основна ідея полягає у тому, щоб зосередитись саме на актуальному, свіжому сновидінні, а не на тих, що повторюються роками або з дитинства. Це дозволяє отримати більш достовірне уявлення про поточний психологічний стан особи, її емоційний фон та особливості внутрішнього світу.

Анкета складається з детального опису сновидіння, у тому числі з вказівкою приблизної дати та місця, де воно відбувалося. Вона передбачає нотування опису локацій, сцен, обставин та дійових осіб, а також їхніх характеристик — віку, статі, особистісних рис, ролі у сновидінні та відносин із сновидцем. Окрім цього, респондент має описати усіх присутніх у сні персонажів, включаючи тварин і вигаданих істот, а також свої відчуття під час сну та після пробудження. Важливий компонент анкети — визначення власних емоцій та переживань, що виникли у сновидця після пробудження, що допомагає краще зрозуміти його психологічний стан.

Обробка зібраної інформації здійснювалася за допомогою якісного методу контент-аналізу — транскрибування відповідей, їхньої систематизації та кодування. На основі цієї обробки було сформовано дві основні категорії аналізу: перша — що оцінює частоту появи тривожних маркерів у сновидіннях без урахування їхньої інтенсивності; друга — аналізує зміст сновидінь та зв'язки між їхнім змістом і рівнем тривожності.

Першу категорію визначає кількість тривожних сценаріїв, які з'являються у сновидіннях досліджуваних. Вона базується на системі кодування змісту сновидінь, запропонованій Холлом і Ван де Каслом у 1966

році. Тривожні маркери вважаються ознаками високого рівня тривожності і включають сценарії, що належать до класів «Нещастя», «Поразка», а також ті, що супроводжуються агресією, тривогою, панікою або страхом. Такі сценарії найчастіше відображають актуальні стресові, травматичні або тривожні події та слугують своєрідними «вісниками» тривоги у сновидіннях.

До класу «Нещастя» належать безособові, фаталістичні ситуації, коли у сні трапляються погані події: смерть, нещасні випадки, хвороби, втрати, запізнення або руйнування. Вони зазвичай супроводжуються емоціями страху, тривоги, паніки, смутку, сорому або провини. Інший клас — «Поразка» — охоплює ситуації, коли сновидець активніше намагається досягти мети, але безуспішно. Відмінною рисою є те, що тут присутня активна поведінка, і сновидець бере участь у подіях, але результат — невдача або поразка — все одно настає. Такі сценарії також супроводжуються негативними емоціями, зокрема соромом і провинною, і можуть спричиняти агресію або почуття безсилля.

Застосовуючи цю модифікацію системи кодування, досліджуваних було поділено на три групи залежно від частоти появи тривожних маркерів у їхніх сновидіннях: перша група — без тривожних маркерів, друга — із одним маркером або сценарієм, третя — зі двома або більше маркерами. Це дозволило кількісно оцінити рівень прояву тривожних сценаріїв у снах і їхню поширеність серед досліджуваних.

Друга категорія аналізу базується на системі кодування змісту сновидінь, яка враховує різні психологічні та емоційні образи, що з'являються у снах. Вона опирається на дослідження Холла і Ван де Касла, а також на роботи Джонса, Де Чіко, Кінга, Задри та інших учених, які займалися аналізом змісту сновидінь. За цією системою, у снах досліджуваних визначаються такі образи, як появи батьківських фігур (матері чи батька), незнайомих персонажів, образи померлих родичів або знайомих, зміни локацій та сцен протягом сну, а також емоційний фон — гнів, стурбованість, спантеличення, щастя та інші. Вважається, що у людей із

високим рівнем тривожності частіше з'являються образи батьків, незнайомих або померлих, а також сцени з численними змінами локацій, що відображає їхній внутрішній стан і рівень тривоги.

Загалом, ця система дозволяє досліджувати структурні особливості сновидінь та їхню залежність від рівня тривожності і психологічних розладів. Враховуючи результати, досліджуваних було поділено на дві групи: ті, у чийх снах присутні згадані образи — з високим рівнем тривожності, і ті, у кого ці образи відсутні або менш поширені. Таким чином, анкетування і систематизація змісту сновидінь у рамках цієї методики сприяли глибшому розумінню ролі сновидінь у психологічному стані особи та їхнього потенційного значення для діагностики та терапії тривожних розладів. Детально дана методика описана у додатку Е.

Застосовані у проведеному дослідженні методики мають високий рівень валідності, надійності та підтверджену ефективність у контексті психодіагностичних досліджень. Валідність означає, що ці інструменти дійсно здатні точно вимірювати ті психологічні або емоційні характеристики, які вони заплановані оцінювати, тобто вони коректно відображають досліджувані явища. Надійність же свідчить про стабільність та повторюваність отриманих результатів при багаторазовому застосуванні методик у різних умовах або до різних груп досліджуваних. Це означає, що результати є послідовними та достовірними.

Крім того, ці методики були проходили процедури апробації та верифікації, що підтверджує їхню відповідність сучасним вимогам психодіагностики та високий рівень наукової обґрунтованості. Вони також є широко прийнятими у психологічній практиці та дослідженнях — зокрема, їх рекомендують використовувати у рамках стандартних протоколів і методик, які підтримуються міжнародною та національною психологічною спільнотою.

Загалом, застосування цих валідних, надійних та офіційно визнаних методик забезпечує високу точність і об'єктивність отриманих даних, а

також підвищує наукову цінність дослідження. Це дозволяє зробити впевнені висновки щодо досліджуваних психологічних явищ і гарантує, що результати дослідження є достовірними, реплікованими і можуть бути використані для подальших теоретичних та практичних розробок у галузі психології.

### **1.3. Організація дослідження та характеристика вибірки досліджуваних**

Представлене дослідження було організовано послідовно у декілька етапів:

1) перший етап було присвячено обґрунтуванню проблеми дослідження, розробці теми дослідження, формуванні мети, завдань дослідження, а також узагальнення напрямків та методів дослідження. Використовувались такі методи дослідження, як теоретико-методологічний аналіз, обробка даних та узагальнення матеріалів з літературних джерел. В результаті виконання завдань I етапу дослідження нами було підготовано вибірку літературних джерел та їх ґрунтовний аналіз в рамках написання вступної частини дослідження;

2) на другому етапі дослідження було здійснено підбір психодіагностичних методик. В результаті проведеної роботи нами було написано перший розділ роботи та підготовані додатки з детальний викладенням обраних психодіагностичних методик дослідження;

3) на третьому етапі дослідження відбувалась безпосередня діагностика досліджуваних показників з онлайн форматі у зручний для респондентів час. Досліджуваним надсилались посилання на комп'ютерні психодіагностичні програми, відкриті представлені для широкого загалу в мережі Інтернет. Після проходження тестування, респонденти надсилали нам скріни отриманих результатів, які ми вже вносили до електронної бази даних та проводили подальшу математико-статистичну обробку. Слід зауважити,



деякі методики не були представлені у комп'ютеризованій версії, тому для проведення діагностики ми надсилали досліджуваним бланки з питаннями, на яких респонденти відмічали свої відповіді. Анкетування сновидінь Домгофа відбувалось через Google форму та проходило онлайн через ситуацію в країні та частими повітряними тривогами та потребою перебувати в укритті;

4) на четвертому, заключному, етапі дослідження нами проводився аналіз та узагальнення отриманих результатів, їх структурування та математико-статистична обробка, описання у другому розділі роботи, підготовка матеріалів дослідження до оприлюднення та захисту. На цьому етапі, як і на всіх попередніх велись постійні консультації з науковим керівником та консультантами з різних напрямів дослідження.

**Дослідницька вибірка** представлена 60 особами віком від 18 до 35 років. За гендерним фактором досліджувані розподілилися рівномірно: 30 (50%) осіб жіночої та 30 (50%) осіб чоловічої статі (рис. 1.1.).

Рис. 1.1. Відсоткове співвідношення досліджуваних чоловіків та жінок

Всі досліджувані були попереджені про хід експерименту та надали особисту згоду на участь у дослідженні. При проведенні дослідження нами було дотримано етичні принципи, які включали забезпечення конфіденційності даних учасників, отримання їхньої добровільної згоди на участь у дослідженні та мінімізацію можливих негативних наслідків для учасників експерименту. Нами було дотримано законодавство України про захист особистих даних, тому опитування носило анонімний характер.

За віковим критерієм після підрахунку статистичних показників (табл. 1.1.) виявлено, що в середньому по всій групі досліджуваних спостерігається вік 26,1 років. При цьому ці показники збігаються з даними моди та медіани, що свідчить про наявність нормального розподілу в даній вибірці досліджуваних.

Таблиця 1.1.

Математико-статистичні показники розподілу досліджуваних за віком

| Досліджувані    | Середнє арифметичне, $\bar{X}_c$ | Мода, $M_o$ | Медіана, $M_e$ | Стандартне відхилення, $SD$ |
|-----------------|----------------------------------|-------------|----------------|-----------------------------|
| Чоловіки (n=30) | 26,7                             | 26          | 26             | 4,52                        |
| Жінки (n=30)    | 25,8                             | 26          | 25             | 5,37                        |
| Загалом (n=30)  | 26,1                             | 26          | 26             | 5,62                        |

Аналізуючи отримані нами показники за наявністю нормального розподілу, виявили наявність нормального розподілу за цим показником ( $p < 0,05$ ), що візуально підтверджено на рисунках у додатку Ж.

Учасники дослідження представляли собою досить різноманітну за психологічним профілем групу. Серед них були особи із дуже низьким рівнем особистісної та ситуативної тривожності, а також із мінімальною проявленістю тривожних маркерів у сновидіннях. Такі учасники характеризувалися високим рівнем психологічної стабільності, низькою схильністю до тривожних станів у повсякденному житті та у сновидіннях, що свідчить про їхню психологічну гармонійність та адаптивність.

Разом із тим, у цій же вибірці були й учасники із високим рівнем тривожності як у контексті особистісних характеристик, так і ситуативної тривожності, а також із вираженими тривожними маркерами у сновидіннях. Вони продемонстрували підвищену схильність до тривожних станів, що проявлялося у частих і яскравих тривожних снах, а також у високих показниках тривожності в повсякденному житті. Така різноманітність у вибірці дозволила глибше проаналізувати зв'язки між рівнем тривожності та проявами тривожних маркерів у сновидіннях, а також виявити особливості поведінки і станів у різних групах досліджуваних.

Таким чином, сформована вибірка має статистично підтверджений рівень репрезентативності, що забезпечує можливість узагальнення отриманих результатів на більш широку популяцію. Це досягається завдяки ретельному відбору учасників, які відображають різноманітність

характеристик досліджуваної групи за віком, статтю, рівнем тривожності та іншими важливими ознаками.

Обрані методики дослідження були підібрані із урахуванням поставлених цілей і завдань роботи і чітко відповідали їхнім вимогам. Вони дозволяють точно та об'єктивно вимірювати ті показники, що передбачені дослідженням, зокрема рівень тривожності, прояви тривожних маркерів у сновидіннях, а також психологічний стан учасників у цілому. Таким чином, застосовані методики забезпечують достовірність і валідність отриманих даних.

Щодо статистичного аналізу, то він був ретельно підібраний відповідно до характеристик використовуваних шкал і досліджуваних явищ. Це дозволило застосувати найбільш релевантні та точні статистичні методи для аналізу отриманих даних, забезпечуючи коректність і обґрунтованість висновків дослідження. Вибірка та методики аналізу у сукупності сприяли отриманню достовірних та об'єктивних результатів, що є важливою передумовою для подальшого їхнього використання у теоретичних та практичних цілях.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТІКАННЯ СНУ ТА ТРИВОЖНОСТІ У МОЛОДИХ ДОРΟΣЛИХ

#### 2.1. Результати емпіричного дослідження психологічних показників якості сну у молодих дорослих

Для досягнення поставлених завдань дослідження та виявлення взаємозв'язку між рівнем тривожності та динамікою проявів тривожності у сновидіннях усіх учасників було здійснено їхню класифікацію на три окремі групи залежно від отриманих показників ситуативної та особистісної тривожності. Згідно з цими критеріями, до першої групи увійшли особи з низьким рівнем тривожності, визначеним за шкалою тривоги Спілбергера, з показником у межах від 0 до 30 балів. До другої групи були зараховані учасники з помірним рівнем тривожності – їхні показники знаходилися в діапазоні від 31 до 44 балів. Третя група складалася з осіб із високим рівнем тривожності, для яких показник за цією шкалою перевищував 45 балів.

Щодо показника ситуативної тривожності, то до групи з низьким рівнем увійшло 6 осіб (3 жінки та 3 чоловіка), що мали відповідний низький показник за шкалою тривожності Спілбергера. У групу з помірним рівнем потрапило 26 учасників (18 чоловіків та 8 жінок), а до групи з високим рівнем – 28 осіб (19 жінок та 9 чоловіків). Аналогічно, при класифікації за показником особистісної тривожності, до групи з низьким рівнем увійшло 6 осіб (3 жінки та 3 чоловіка), до помірної – 24 особи (17 чоловіків та 7 жінок), а до високої – 30 осіб (20 жінок та 10 чоловіків). Такий розподіл дозволив отримати репрезентативні групи для подальшого порівняльного аналізу.

Отримані дані дослідження свідчать про статистично значущі різниці між групами з низьким і високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності, що підтверджується значеннями  $p < 0,05$ . Це свідчить про те, що

рівень тривожності у сновидіннях суттєво залежить від загального рівня тривожності особистості та ситуативних чинників.

Зокрема, у групах із високим рівнем тривожності виявлено більше проявів таких симптомів, як часті нічні кошмари та погані сни, труднощі з засинанням через передчуття поганих снів, часті пробудження, інсомнія, нічні панічні атаки, страх смерті, а також соматично-вегетативні симптоми під час сну, включаючи підвищене потовиділення, респіраторні розлади, прискорене серцебиття та головний біль.

Крім того, у таких осіб спостерігаються порушення концентрації уваги, підвищений рівень соціального та робочого стресу, що є наслідком нічних кошмарів і поганих снів. Вказані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, викладеними у теоретичній частині роботи, що підтверджує існування зв'язку між рівнем тривожності та проявами тривожних симптомів у сновидіннях.

Для порівняльної оцінки рівнів тривожності у сновидіннях було відібрано лише дві групи — учасників із низьким та високим рівнем особистісної і ситуативної тривожності. Аналіз проводився на основі даних із шкали тривоги та шкали тривожності у сновидіннях. Для статистичної обробки використовувався однофакторний дисперсійний аналіз. Оскільки розподіл даних за шкалою тривожності у сновидіннях не відповідав нормальності, для визначення статистично значущих відмінностей було застосовано непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Для дослідження впливу різних чинників на виникнення тривожних маркерів у сновидіннях було проведено дискримінантний аналіз із використанням кількох психологічних шкал і інструментів. Мета цього аналізу полягала у визначенні того, які з чинників або їх комбінації відіграють найважливішу роль у формуванні та появі тривожних маркерів у сновидіннях.

При побудові дискримінантної моделі отримані такі показники: лямбда Уїлкса – 0,9567, F-загальне – 2,72, рівень значущості  $p < 0,05$ . Ці результати свідчать про достатню якість моделі, оскільки значення лямбда Уїлкса перевищує 0,5, а  $p$ -значення є нижчим за 0,05. Це підтверджує, що обраний набір змінних суттєво відрізняє групи досліджуваних за наявністю тривожних маркерів у сновидіннях і є досить надійним для класифікаційного аналізу. Іншими словами, отримані дані свідчать про вагомий внесок зазначених чинників у формування класифікаційної моделі та допомагають ідентифікувати особи, більш схильні до проявів тривожних маркерів уві сні.

Аналіз також показав, що найбільш значущим і єдиним статистично підтвердженим чинником, який сприяє появі тривожних маркерів у сновидіннях, є ситуативна тривожність. Значення F-статистики для цієї змінної склало 3,76, що перевищує відповідний показник для всієї моделі, а її лямбда Уїлкса була вищою за показник для загальної моделі, з рівнем значущості  $p < 0,05$ . Це свідчить про те, що ситуативна тривожність відіграє ключову роль у формуванні тривожних маркерів у сновидіннях і є визначальним фактором у цій динаміці.

Що стосується якості сну, то вона, хоча й має певну загальну важливість для досліджуваної вибірки, не проявляє статистично значущого впливу самотійно. Значення F-статистики для цієї змінної становить 1,33, а показник лямбда Уїлкса нижчий за відповідний для всієї моделі, однак рівень  $p$  у цьому випадку все одно залишається меншим за 0,05 ( $p = 0,037$ ). Це означає, що хоча якість сну може мати певний вплив у контексті сукупності чинників, самотійно він не виступає визначальним фактором для появи тривожних маркерів у сновидіннях.

Щодо інших досліджуваних чинників, зокрема особистісної тривожності, депресивності, самотності та рівня задоволеності життям, їх показники F-статистики були значно нижчими за відповідний показник для всієї моделі, а  $p$ -значення перевищували 0,05. Це свідчить про їхню низьку статистичну значущість у прогнозуванні появи тривожних маркерів у снах і

вказує на те, що включення цих змінних до моделі не додає додаткової інформативності. Таким чином, основним і найважливішим чинником, що визначає прояв тривожних маркерів у сновидіннях, є ситуативна тривожність, тоді як інші досліджувані фактори відіграють другорядну роль або не мають статистично значущого впливу у цьому процесі.

Для визначення залежності рівня депресивності від частоти появи тривожних маркерів у сновидіннях був застосований однофакторний дисперсійний аналіз із використанням тесту Шеффе. Цей метод дозволяє виявити, чи існують статистично значущі різниці між групами за рівнем депресії. За результатами аналізу не було виявлено суттєвих відмінностей у рівнях депресивності між трьома групами, що різнилися за частотою появи тривожних маркерів у снах. Це свідчить про те, що рівень депресії не має значущого впливу на прояви тривожних сценаріїв уві сні. Виходячи з отриманих результатів, можна зробити висновок, що депресивність не відіграє визначальної ролі у виникненні або збільшенні кількості тривожних маркерів у сновидіннях у досліджуваній вибірці.

## **2.2. Аналіз зв'язку між рівнем тривожності та якістю сну осіб молодшої дорослості**

Для дослідження взаємозв'язку між рівнями ситуативної та особистісної тривожності та показниками тривожності у сновидіннях був проведений кореляційний аналіз. Оскільки шкали ситуативної і особистісної тривожності відповідали нормальному розподілу даних, для аналізу їхнього зв'язку з показниками тривожності у сновидіннях, що не відповідали нормальності, був застосований непараметричний критерій Спірмена. Цей метод дозволив більш точно оцінити ступінь кореляції між змінними без необхідності робити припущення щодо нормальності їх розподілу.

Після аналізу було встановлено, що існує статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнями ситуативної та особистісної тривожності і

показниками тривожності у сновидіннях при рівні статистичної значущості  $p < 0,05$ . Це свідчить про те, що з підвищенням рівня ситуативної і особистісної тривожності у осіб зростає й рівень тривожності, яка проявляється у сновидіннях, зокрема у вигляді нічних кошмарів, поганих снів, труднощів із засинанням, частих пробуджень, інсомнії та інших симптомів (рис. 2.1.).

$r=0.3$

Рис. 2.1. Аналіз кореляційних зв'язків між рівнем ситуативної та особистісної тривожності та показниками тривожності у сновидіннях

$r=0.3$

Таким чином, отримані дані підтверджують існування позитивного зв'язку між рівнем тривожності та проявами тривожних симптомів у сновидіннях. Зокрема, у осіб із високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності спостерігається тенденція до більш частого виникнення тривожних проявів у сновидіннях.

Наступним етапом дослідження було вивчення взаємозв'язку між рівнями особистісної та ситуативної тривожності та частотою проявів тривожних маркерів у сновидіннях у трьох окремих групах досліджуваних. Для цього було застосовано шкалу тривоги Спілбергера, яка дозволяє кількісно оцінити рівень тривожності, а також розроблено спеціальне групування на основі якісного аналізу, що враховує частоту появи тривожних ознак у сновидіннях. Це групування дало змогу виділити учасників із низьким, середнім і високим рівнем прояву тривожних елементів у сновидіннях.

Для статистичного аналізу було застосовано метод однофакторного дисперсійного аналізу, який дозволяє визначити наявність істотних різниць між групами за рівнями тривожності. Перед проведенням аналізу було перевірено однорідність дисперсій за допомогою тесту Лівена, що



підтвердило гомогенність даних. Крім того, використовувався тест Шеффе для коректного визначення рівнів статистичних відмінностей між групами.

Результати дослідження засвідчили наявність статистично значущих різниць між досліджуваними групами за показниками ситуативної та особистісної тривожності. Це підтверджує висновок про те, що з підвищенням рівня тривожності зростає і кількість тривожних маркерів у сновидіннях. Зокрема, група учасників, у сновидіннях яких було зафіксовано два і більше тривожних маркерів, демонструвала високі рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності. Ці результати свідчать про тісний зв'язок між рівнем тривожності та частотою проявів тривожних елементів у сновидіннях, підтверджуючи їх взаємозалежність і важливість для подальшого аналізу впливу тривожних станів на підсвідомі процеси.

Оскільки ця дослідницька робота зосереджена на вивченні особливостей змісту сновидінь, було проведено додаткове дослідження, спрямоване на встановлення можливого зв'язку між рівнями ситуативної та особистісної тривожності і певними образами та подіями, що з'являються у сновидіннях. Для цього використовувалася шкала тривоги Спілбергера, яка дозволяє кількісно оцінити рівень ситуативної тривожності, а також створено систему класифікації сновидінь на основі якісного групування за їхнім змістом. Це дало змогу дослідити, які саме образи і сценарії найчастіше зустрічаються у сновидіннях і як вони співвідносяться з рівнем тривожності досліджуваних. Для статистичного аналізу отриманих даних застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз у поєднанні з непараметричним тестом Манна-Уїтні, що дозволяє визначити статистично значущі різниці між групами досліджуваних.

За результатами порівняльного аналізу встановлено, що між групами досліджуваних існують статистично значущі різниці у рівні ситуативної тривожності. Зокрема, у тих, у чийх сновидіннях були зафіксовані образи гніву, страху та занепокоєння щодо сновидця, рівень ситуативної

тривожності був значно вищим у порівнянні з учасниками, у чиїх снах відповідних сценаріїв не спостерігалось (рис. 2.2.).

Рис. 2.2. Порівняння показників гніву, страху та стурбованості у сновидіннях досліджуваних з різним рівнем ситуативної тривожності

Це свідчить про те, що ці елементи є характерними для сновидінь людей із високим рівнем ситуативної тривожності, і їх присутність може слугувати ознакою підвищеного рівня тривожності у реальному житті. Водночас, аналіз відмінностей за рівнем ситуативної тривожності у зв'язку з наявністю або відсутністю у сновидіннях таких образів, як материнський або батьківський, тварини, незнайомці, зміни локацій, а також емоційних станів — смутку, спантеличення, щастя, агресії чи привітності з боку інших персонажів сну, наявності хвороб, частин тіла, смерті, померлих родичів або знайомих — не виявив статистично значущих результатів. Це свідчить про відсутність прямого зв'язку між цими сценами або образами у сновидіннях і рівнем ситуативної тривожності досліджуваних.

Що стосується рівня особистісної тривожності, було виявлено статистично значущі різниці між двома групами: у учасників, чиї сновидіння містили сексуальні сцени, та у тих, у чиїх снах такого елементу не спостерігалось (рис. 2.3.).

Рис. 2.3. Порівняння прояву сексуального стосунку у сновидіннях досліджуваних з різним рівнем ситуативної тривожності

Це свідчить про існування зв'язку між наявністю сексуальних образів у сновидіннях і рівнем особистісної тривожності. Водночас, аналіз не виявив статистично значущих різниць між групами щодо присутності або відсутності у сновидіннях материнських або батьківських образів, тварин, незнайомців, змін локацій, а також емоційних станів — гніву, страху,

тривоги, смутку, спантеличеності або щастя, агресії чи привітності з боку інших персонажів, присутності померлих, фактів смерті або хвороб, а також появи у снах частин тіла — за показниками рівня особистісної тривожності. Це свідчить про відсутність прямого зв'язку між цими сценами або образами і рівнем особистісної тривожності досліджуваних.

Оскільки багато дослідників вважають, що зв'язок між рівнем тривожності у снах та якістю сну є досить очевидним і підтверджується численними науковими роботами, у цій роботі також було проведено спеціальне дослідження для визначення характеру та ступеня цього взаємозв'язку. Метою було з'ясувати, наскільки рівень тривожності, що виявляється у снах, впливає на якість самого сну. Для аналізу застосовувалися два основних інструменти: Пітсбурзький індекс якості сну, який дозволяє об'єктивно оцінити стан сну за різними параметрами, та шкала тривожності у сновидіннях, що вимірює рівень тривожності, яка проявляється під час сновидінь.

Результати дослідження були проаналізовані за допомогою кореляційного методу, зокрема, за допомогою непараметричного критерію Спірмена, оскільки обидві шкали не відповідали нормальному розподілу даних. Це дозволило більш точно визначити характер взаємозв'язку між показниками. Аналіз показав існування чіткого прямого зв'язку між рівнем тривожності у сновидіннях та якістю сну: зі зростанням показника тривожності спостерігається погіршення якості нічного відпочинку, що проявляється у збільшенні частоти поганих снів, нічних кошмарів і вегетативних симптомів, таких як прискорене серцебиття, пітливість або проблеми з диханням. Це підтверджує, що високий рівень тривожності у снах негативно впливає на якість нічного сну (рис. 2.4.).

Рис. 2.4. Взаємозв'язок між рівнем тривожності у сновидіннях і якістю сну  
 $r = -0,42$

Крім того, результати кореляційного аналізу вказують на існування зворотного зв'язку: погіршення якості сну також сприяє підвищенню рівня тривожності, яка проявляється у сновидіннях. Таким чином, між цими двома показниками існує динамічний і взаємозалежний зв'язок: поганий стан сну посилює тривожність у сновидіннях, а підвищена тривожність, у свою чергу, погіршує якість сну. Це відкриває додаткові можливості для подальших досліджень і розробки заходів щодо покращення сну та зниження тривожності шляхом корекції відповідних психологічних та поведінкових факторів.

Після аналізу ролі ситуативної та особистісної тривожності, рівня депресії, ступеня самотності, задоволеності життям і якості сну у частоті виникнення тривожних маркерів у сновидіннях було проведено додаткове дослідження, спрямоване на визначення впливу цих чинників на зростання рівня тривожності у сновидіннях. Метою цього аналізу було встановлення причинно-наслідкових зв'язків між якістю сну та рівнем тривожності, що проявляється у сновидіннях. Для досягнення цієї мети застосовувався метод множинного регресійного аналізу, який дозволив оцінити ступінь впливу кожного з досліджуваних факторів на рівень тривожності у сновидіннях. Результати моделі показали досить вагомий зв'язок: коефіцієнт кореляції  $R$  становив 0,57, що вказує на досить сильну залежність між змінними. Значення статистичного показника  $p$  було значно меншим за 0,05, що підтверджує статистичну значущість отриманих результатів (рис. 2.5.).

Рис. 2.5. Вплив якості сну, рівня особистісної тривожності та ступеня задоволеності життям на виникнення тривожних симптомів у сновидіннях

Також, коефіцієнт детермінації становив 0,52, що свідчить про здатність наведеної моделі пояснити понад 50% варіації рівня тривожності у сновидіннях. Це вказує на високий рівень інформативності досліджуваних чинників у контексті їхнього впливу на зміни рівня тривожності.

Дослідження виявило, що найбільший вплив на виникнення та посилення тривожності у сновидіннях мають три ключові змінні: якість сну, особистісна тривожність і рівень задоволеності життям. Саме ці чинники здатні пояснити найбільший відсоток варіацій у показниках тривожності у сновидіннях і є основними в визначенні механізмів їхнього формування. Крім того, було проведено додатковий аналіз взаємозв'язку між якістю сну та рівнем тривожності, для чого використовували шкали тривоги Спілбергера та Пітсбурзький індекс якості сну. Аналіз здійснювався за допомогою кореляційного методу з застосуванням критерію Спірмена, оскільки розподіл даних за шкалою якості сну не відповідав нормальному розподілу, що дозволило більш точно визначити характер їхнього зв'язку (рис. 2.6).

Рис. 2.6. Взаємозв'язок  $r = -0.38$  ситуативної і особистісної тривожності із якістю сну

Це дослідження, подібно до інших наукових праць у цій галузі, виявило значущий зв'язок між рівнями ситуативної та особистісної тривожності і характеристиками сновидінь, зокрема їх змістом та емоційною наповненістю. Результати свідчать про важливу роль ситуативної тривожності у виникненні тривожних образів у сновидіннях, таких як сцени страху, небезпеки або загрози. Крім того, було встановлено, що особистісна тривожність суттєво впливає на підвищення рівня тривожних елементів у сновидіннях, сприяючи їх частішому наповненню емоціями тривоги, страху, неспокою та напруженості.

Особливо цінним у цьому дослідженні є висновок про те, що якість сну відіграє вирішальну роль у формуванні рівня тривожності в сновидіннях. Зниження якості сну, зокрема часті пробудження, труднощі з засинанням або порушення цілісності структури сну, здатне суттєво провокувати появу негативних образів уві сні, таких як нічні жахи або кошмари. Таким чином, погіршення якості сну створює сприятливе середовище для формування і закріплення тривожних сценаріїв у сновидіннях. Крім того, було виявлено

високий ступінь кореляції між рівнем тривожності у реальному житті та характеристиками сновидінь. Це підкреслює важливість сну як потенційного механізму для регуляції або, навпаки, поглиблення рівня тривожності. Зокрема, дослідження підтвердило, що високий рівень особистісної та ситуативної тривожності сприяє створенню у снах сценаріїв, що відображають страх перед нещасними випадками, загрозами, нападами, крадіжками, втратою близьких або власного здоров'я, а також образів, пов'язаних із хворобами, смертю, запізненнями або несподіваними життєвими ситуаціями. Ці сценарії супроводжувалися емоціями страху, тривоги, гніву, провини, сорому та каяття.

Особливий інтерес викликає той факт, що у сновидіннях осіб із високим рівнем ситуативної тривожності часто спостерігалися прояви агресії з боку персонажів сну, а також образи наклепу, несправедливості, ігнорування та засудження. Це співвідноситься з сучасними теоріями сновидінь, зокрема теорією протосвідомості, теорією вирішення проблем і креативності, теорією зцілення та зниження стресу, а також імітаційною моделлю сну. Вони розглядають сон як еволюційний механізм репетиції реальності або як спосіб підготовки до неспання, що сприяє обробці викликів і стресових ситуацій у безпечному середовищі. Оскільки ситуативна тривожність є реактивною, її підвищення може активізувати цю "репетиційну" функцію сновидінь, допомагаючи особистості готуватися до можливих несприятливих ситуацій у реальному житті.

В цілому, результати дослідження підтверджують важливість розуміння взаємозв'язку між рівнем тривожності та особливостями сновидінь, а також значення якості сну у формуванні та регуляції емоційного стану. Це має ключове значення для розробки ефективних психологічних втручань, спрямованих на зниження рівня тривожності та покращення якості сну, з метою зменшення проявів тривожних сновидінь і підвищення загального психічного благополуччя.

Однак слід зазначити, що не всі отримані результати співпадали з висновками попередніх наукових досліджень у цій галузі. Зокрема, у даному дослідженні не було виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем ситуативної тривожності та рядом характеристик змісту сновидінь, таких як частота та переважаючі образи незнайомих персонажів, наявність тварин, зображення частин тіла, образи померлих або сцени смерті, зміна локацій у сні, а також відображення батьківських або материнських образів. Це свідчить про те, що рівень ситуативної тривожності не обов'язково визначає конкретний сюжет або образи, які виникають у сновидіннях досліджуваних осіб.

Крім того, у цьому дослідженні не було зафіксовано проявів емоцій, таких як сум, спантеличеність або розгубленість, які часто відзначаються у попередніх роботах і вважаються характерними для сновидінь осіб із високим рівнем тривожності. Також не було встановлено зв'язку між рівнем тривожності та проявами агресії з боку персонажів сновидінь або сексуальними аспектами, що широко описуються у літературі як характерні риси таких снів. Крім того, не підтвердилося зниження емоційного тону сновидінь, рівня радості, почуття спокою або привітності персонажів, що суперечить попереднім дослідженням, які свідчили про більш негативну емоційну тональність сновидінь у людей із високим рівнем тривожності.

З іншого боку, згідно з теорією перервності сновидінь, яка передбачає, що зміст сновидінь у осіб із високим рівнем тривожності суттєво відрізняється від їхнього щоденного досвіду, емоцій і почуттів, існує ймовірність, що такі сновидіння не міститимуть тривожних сценаріїв і подій. Це означає, що у них можуть переважати нейтральні або позитивні образи, і вони не обов'язково відображають внутрішній стан або переживання досліджуваної особи. Цю ідею підтверджує отриманий результат, згідно з яким у частини учасників із високим рівнем ситуативної тривожності не було виявлено явних ознак тривожних або напружених сценаріїв у сновидіннях. Це свідчить про те, що зміст сновидінь у таких людей може бути досить

нейтральним або навіть позитивним, незалежно від високого рівня тривожності у реальному житті.

Це дослідження не виявило статистично значущого зв'язку між рівнем особистісної тривожності та жодним із запропонованих у дослідженні тривожних образів у сновидіннях, за винятком сцени сексуального характеру. Це може свідчити про те, що сексуальні сни мають особливий статус і більш тісно пов'язані саме з особистісною тривожністю. Такий висновок підтверджує теорію Зигмунда Фрейда, яка стверджує, що сни виконують функцію реалізації несвідомих бажань і часто відображають внутрішні конфлікти дитячого або інфантильного рівня, а не безпосередню реальну ситуацію. Іншими словами, сни сексуального змісту, швидше за все, є проекцією внутрішніх бажань, страхів або конфліктів, притаманних саме особистісній тривожності, і не є прямим відображенням ситуативних або зовнішніх чинників.

З огляду на ці результати, можна зробити висновок, що система кодування і категоризації сновидінь, яку використовували у цьому дослідженні, можливо, була недостатньо точною або не зовсім адекватною для виявлення всього спектру їх змісту та емоційної наповненості. Можливо, слід було врахувати додаткові нюанси або застосувати більш комплексний підхід для аналізу сновидінь, особливо з урахуванням того, що деякі образи або теми можуть бути прихованими або складними для класифікації за стандартними категоріями. Це підкреслює важливість подальших досліджень для більш глибокого розуміння ролі особистісної тривожності у формуванні сновидінь та їхнього змісту.



### **2.3. Практичні рекомендації щодо напрямів і характеру психотерапевтичної роботи з покращення якості сну у молодих дорослих із підвищеною тривожністю**

Для вирішення останнього завдання дослідження були розроблені практичні рекомендації щодо напрямів і характеру психотерапевтичної роботи для покращення якості сну у молодих дорослих із підвищеною тривожністю потребують системного та індивідуалізованого підходу, що ґрунтується на сучасних наукових даних і рекомендаціях провідних фахівців. Рекомендується застосовувати наступне:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для зменшення тривожності та покращення сну може сприяти зменшенню рівня тривожних думок, розвитку навичок управління стресом і формування позитивних асоціацій із сном; когнітивна реструктуризація для ідентифікації та зміни негативних автоматичних думок, що сприяють тривозі та безсонню; навчання технік релаксації та медитації. КПТ є доказовою методикою для корегування хронічних безсонь і тривожних розладів, зокрема у молодих дорослих, що дозволяє зменшити рівень тривожності і покращити якість сну.

2. Впровадження гігієни сну та поведінкових стратегій полягає у тому, щоб налагодити регулярний режим сну і пробудження, уникнення стимулюючих речовин (кава, енергетики), обмеження часу, проведеного перед екранами перед сном. Правильна гігієна сну має важливе значення для стабілізації біоритмів і зменшення тривожності, що сприяє покращенню якості сну.

3. Метою використання технік релаксації та майндфулнес є зниження рівня фізіологічної та психологічної напруги, що сприяє виникненню тривожних думок і порушень сну. Для цього можемо застосувати дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, медитація, техніки усвідомленості. Ці техніки довели свою ефективність у зменшенні тривожності і поліпшенні сну у молодих дорослих.

4. Психотерапевтична та корегувальна діяльність полягає у тому, що слід провести інформування про природу тривожності, механізми її формування і впливу на сон. Клієнт має усвідомлювати власний психологічний стан та намагатися зменшити страх перед симптомами, так як підвищення рівня саморегуляції і мотивації до змін сприяє ефективності терапії.

5. Психоедукація щодо фізичної активності та режиму дня полягає у регулярній фізичній активності (не пізніше ніж за 2-3 години до сну), збалансованому харчуванні, так як фізична активність сприяє зниженню рівня тривожності і покращенню якості сну через регуляцію вегетативної нервової системи.

6. Індивідуалізація терапевтичних підходів має на меті врахування особливостей особистості, рівня тривожності та супутніх факторів (стрес, життєві події). Можливе застосування додаткових методик, таких як біологічна зворотній зв'язок (біофідбек), медикаментозна підтримка у випадках високої тривожності за призначенням фахівця.

Таким чином, комплексний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові методики, поведінкові зміни, техніки релаксації і психоосвітню роботу, є найбільш ефективним для покращення якості сну у молодих дорослих із підвищеною тривожністю. Важливо враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта і забезпечувати систематичний супровід у процесі терапії для досягнення стійких позитивних результатів.

## ВИСНОВКИ

1. Основні теоретичні концепції, що пояснюють природу та функції сну і сновидінь, полягають у тому, що сон виконує важливі біологічні, психологічні та когнітивні функції, забезпечуючи фізіологічний відпочинок, відновлення нервової системи, а також сприяючи обробці та збереженню інформації, емоційній регуляції та психічній рівновазі. Ці теорії підкреслюють багатогранність ролі сну та сновидінь у підтримці життєдіяльності та психічного здоров'я людини.

2. У дослідженні були використані психодіагностичні методи та інструменти, придатні для вивчення якості сну та проявів тривожності у молодих дорослих, а саме шкала тривоги Спілбергера (STAI); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); шкала задоволеності життям (SWLS); триетапна шкала самотності (TILS); шкала Van Dream Anxiety Scale (VDAS); Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI); анкета для опису сновидіння Домгофа. Застосовані у проведеному дослідженні методики мають високий рівень валідності, надійності та підтверджену ефективність у контексті психодіагностичних досліджень.

3. В результаті проведеного дослідження було встановлено зв'язок між якістю сну та рівнем ситуативної й особистісної тривожності у молодих дорослих. З'ясовано, що високий рівень тривожності, як ситуативної, так і особистісної, сприяє погіршенню якості сну, чому сприяють такі прояви, як ускладнення з засинанням, часті пробудження та зниження загального відпочинку. Це підкреслює важливість враховувати рівень тривожності при оцінці стану сну у молодих дорослих і акцентує на необхідності застосування профілактичних і корекційних заходів для покращення їхнього фізичного і психологічного здоров'я.

Було виявлено значущий зв'язок між рівнями ситуативної та особистісної тривожності і характеристиками сновидінь, зокрема їх змістом та емоційною складовою. Результати дослідження свідчать про важливу роль

ситуативної тривожності у виникненні тривожних образів у снах, таких як сцени страху, небезпеки або загрози. Також встановлено, що рівень особистісної тривожності суттєво впливає на збільшення кількості тривожних елементів у сновидіннях, роблячи їх частіше наповненими емоціями тривоги, страху, неспокою та напруженості. Виявлено високий рівень кореляції між ступенем тривожності, що проявляється у реальному житті, і характеристиками сновидінь.

Особливу цінність дослідження становить висновок про те, що якість сну має вирішальне значення у формуванні рівня тривожності у сновидіннях. Зниження якості сну, зокрема часті пробудження, труднощі з засинанням або порушення структурованості сну, може значною мірою сприяти виникненню негативних сновидінь, таких як нічні жахи або кошмари. Таким чином, погіршення якості сну створює сприятливі умови для формування та закріплення тривожних образів у сновидіннях.

4. Розроблені практичні рекомендації щодо напрямів і характеру психотерапевтичної роботи з покращення якості сну у осіб молодшої дорослості із підвищеною тривожністю містять у собі пропозиції із застосування когнітивно-поведінкової терапії для зменшення тривожності та покращення сну; впровадження гігієни сну та поведінкових стратегій; використання технік релаксації та майндфулнес для зниження рівня фізіологічної та психологічної напруги; психотерапевтична та корегувальна діяльність; психоедукація щодо фізичної активності та режиму дня; індивідуалізації терапевтичних підходів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Виноградова-Аник О. О., Лук'яненко І. А. Порушення сну та їхній зв'язок з академічною успішністю здобувачів медичної освіти в умовах воєнного стану. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. Випуск 1. 2025. С. 20-24. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-1-4>
2. Горбаль І. Методи дослідження змісту сновидінь у психології. *Psychology of Personality*. 2017. Випуск 8. <https://doi.org/10.15330/ps.8.1.184-190>
3. Дєдова Т. В. Сон та життєві реалії. *Вісник ОНУ*. Том 7. Випуск 3. 2002. С. 24-19. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/05ea602a-2188-44c4-9b73-87b51fc44064/content> (дата звернення: 14.10.2025)
4. Дімітрова С. Антисонник. Психологічні техніки тлумачення сновидінь. Київ, 2023. 240 с.
5. Животовська А.І. Вплив якості сну на якість життя пацієнтів з тривожними розладами. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2022. Випуск 22(3-4). С. 53-58. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.22.3.4.53>
6. Іванова Я. О., Федорін І. В., Вдовиченко О. В. Огляд сучасних технологій для діагностики якості сну. *Біомедична інженерія і технологія*. Випуск 6. 2021. 10 с. <https://doi.org/10.20535/2617-8974.2021.6.230253>
7. Каратник М. В. Особливості сновидінь у осіб з високим рівнем тривожності : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра під науковим керівництвом Пилан Н. І. Львів : Вищий навчальний заклад «Український католицький університет». 2021. 86 с. URL: <https://er.ucu.edu.ua/bitstreams/c49bda0c-491f-4465-9c98-390a88f84db4/download> (дата звернення: 14.10.2025)

8. Кузьо Л. І. Психологічний аналіз підходів та технік роботи зі сновидіннями. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Випуск 2. 2023. С. 58-65.
9. Лященко Ю., Огоренко В. Порівняльна клініко-феноменологічна характеристика тривожно-депресивних розладів невротичного та органічного генезу з порушеннями сну. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 9. № 3. 2024. 8 с. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/download/516/1082/5084> (дата звернення: 14.10.2025)
10. Нестеренко П. О. Психологічна концепція сновидінь М. Грота: історико-психологічний аналіз. *Габітус*. Випуск 24. Т. 1. 2021. С. 115-118. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.24.1.20>
11. Перевязко Л. П. Сновидіння як психологічний феномен: саноцентричний підхід. *Габітус*. Випуск 35. 2022. С. 56-61. <https://doi.org/10.32843/>
12. Фройд З. Тлумачення сновидінь. Харків : Фоліо, 2019. 608 с.
13. Breger L. Function of Dreams. *Journal of Abnormal Psychology Monograph*. 1967. 72. P. 1- 28. <https://doi.org/10.1037/11361-006>
14. Brown D.M.Y., Lerner I., Cairney J., Kwan M.Y. Independent and Joint Associations of Physical Activity and Sleep on Mental Health Among a Global Sample of 200,743 Adults. *Int J Behav Med*. 2025. Vol. 32(2). P. 180-194. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38532194/> (дата звернення: 23.09.2025)
15. Chaput J.P., Dutil C., Featherstone R., Ross R., Giangregorio L., Saunders T.J., Janssen I., Poitras V.J., Kho M.E., Ross-White A., Zankar S., Carrier J. Sleep timing, sleep consistency, and health in adults: a systematic review. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2020. Vol. 45(10(Suppl.2)). P. 232-247. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054339/> (дата звернення: 23.09.2025)
16. Cooper J.R.H., Turner R.S., Conner T.S. From surviving to thriving: How sleep, physical activity, and diet shape well-being in young adults. *PLoS One*.

2025. Vol. 20(8). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40864613/> (дата звернення: 23.09.2025)

17. Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985. Vol. 49. P. 71-75.

18. Domhoff G. W., Schneider A. Similarities and differences in dream content at the cross-cultural, gender, and individual levels. *Consciousness and Cognition*. 2008. Vol. 17. P. 1257-1265. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.08.005>

19. Domhoff G.W. The Hall/Van de Castle System of Content Analysis. In: Finding Meaning in Dreams. Emotions, Personality, and Psychotherapy. Springer, Boston, MA. 1996. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0298-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0298-6_2)

20. Hobson J.A., Schredl M. The continuity and discontinuity between waking and dreaming: A Dialogue between Michael Schredl and Allan Hobson concerning the adequacy and completeness of these notions. *International Journal of Dream Research*. 2011. Vol. 4. P. 3-7. <https://doi.org/10.11588/ijodr.2011.1.9087>

21. Jung C.G. The associations of normal subjects. Collected Works of C.G. Jung. Princeton, NJ : Princeton University Press, 1902. Vol. 2. C. 3–99.

22. King D. B., DeCicco T. L. The relationships between dream content and physical health, mood, and self-construal. *Dreaming*. 2007. Vol. 17(3). P. 127–139. <https://doi.org/10.1037/1053-0797.17.3.127>

23. Lavie P., Hobson J. A. Origin of dreams: Anticipation of modern theories in the philosophy and physiology of the eighteenth and nineteenth centuries. *Psychological Bulletin*. 1986. Vol. 100(2). P. 229–240. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.100.2.229>

24. Levin R., Nielsen T. Nightmares, Bad Dreams, and Emotion Dysregulation. *Current Directions in Psychological Science*. 2009. Vol. 18(2). P. 84–88. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01614.x>

25. Mellman T. A. Sleep and Anxiety Disorders. *Sleep Medicine Clinics*. 2008. Vol. 3(2). P. 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2008.01.010>

26. Patel A.K., Reddy V., Shumway K.R., Araujo J.F. Physiology, Sleep Stages. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*. 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/> (дата звернення: 23.09.2025)
27. Rimsh A., Pietrowsky R. Dreams in anxiety disorders and anxiety. *International Journal of Dream Research*. 2020. Vol. 13(1). <https://doi.org/10.11588/ijodr.2020.1.60789>
28. Robbins P. R., Tanck R. H., Houshi F. Anxiety and dream symbolism. *Journal of Personality*. 1985. Vol. 53. P. 17-22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1985.tb00885.x>
29. Roesler C. Jungian theory of dreaming and contemporary dream research – findings from the research project ‘Structural Dream Analysis.’ *Journal of Analytical Psychology*. 2020. Vol. 65(1). P. 44–62. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12566>
30. Russell D. W. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996. Vol. 66(1). P. 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
31. Schredl M. Dream research: Integration of physiological and psychological models. *Behavioral and Brain Science*. 2000. Vol. 23(6). P. 1001–1003. <https://doi.org/10.1017/s0140525x00854023>
32. Schredl M., Doll E. Emotions in Diary Dreams. *Consciousness and Cognition*. 1998. Vol. 7(4). P. 634–646. <https://doi.org/10.1006/ccog.1998.0356>
33. Snyder F. Toward an evolutionary theory of dreaming. *American Journal of Psychiatry*/ 1966. №123. P. 121-136. <https://doi.org/10.1176/ajp.123.2.121>
34. Solis-Navarro L., Masot O., Torres-Castro R., Otto-Yáñez M., Fernández-Jané C., Solà-Madurell M., Coda A., Cyrus-Barker E., Sitjà-Rabert M., Pérez L.M. Effects on Sleep Quality of Physical Exercise Programs in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clocks Sleep*. 2023. Vol. 5(2). P. 152-166. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37092426/> (дата звернення: 23.09.2025)



35. Solms M. Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*. 2000. Vol. 23(6). P. 843–850. <https://doi.org/10.1017/s0140525x00003988>
36. Spielberger C. D. State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD) [Database record]. APA PsycTests. 1983. <https://doi.org/10.1037/t06496-000>
37. Stickgold R., Hobson J. A., Fosse R., Fosse M. Sleep, learning, and dreams: off-line memory reprocessing. *Science*. 2001. №294. P. 1052–1057. <https://doi.org/10.1126/science.1063530>
38. Valli K., Revonsuo A. Sleep: Dreaming data and theories. In W.P. Banks (Ed.), *Encyclopedia of Consciousness*, 2009. P. 341-355. San Diego, CA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-012373873-8.00073-6>
39. Winson J. The Meaning of Dreams. *Scientific American*. 1990. Vol. 263(5). P. 86–96. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1190-86>
40. Zhu C. Jung on the Nature and Interpretation of Dreams: A Developmental Delineation with Cognitive Neuroscientific Responses. *Behavioral Sciences*. 2013. Vol. 3(4). P. 662–675. <https://doi.org/10.3390/bs3040662>
41. Zink N., Pietrowsky R. Relationship between Lucid Dreaming, Creativity and Dream Characteristics. *International Journal of Dream Research*. 2013. Vol. 6(2). P. 98-103. <https://doi.org/10.11588/ijodr.2013.2.10640>

## ДОДАТКИ

Додаток А

**Тест оцінки ситуативної (реактивної) тривожності Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна або (Шкала Спілберга-Ханіна)**

[https://www.eztests.xyz/tests/personality\\_stai/](https://www.eztests.xyz/tests/personality_stai/)

Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і оберіть відповідну цифру, що відображає ваші почуття в даний момент. Не задумуйтеся над питаннями занадто довго. Зазвичай перша думка, яка приходить на думку, є найбільш точною і відповідає вашому стану.

Таблиця 1.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності

| №  | Позиція                                 | Ні, не так | Напевно що так | Вірно | Точно вірно |
|----|-----------------------------------------|------------|----------------|-------|-------------|
| 1  | Я спокійний                             | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 2  | Мені нічого не загрожує                 | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 3  | Я почуваю себе напружено                | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 4  | Я внутрішньо скований чи скована        | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 5  | Я почуваю себе вільно                   | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 6  | Я розчарований                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 7  | Мене хвилюють можливі невдачі           | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 8  | Я відчуваю душевний спокій              | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 9  | Я стурбований                           | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 10 | Я маю відчуття внутрішнього задоволення | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 11 | Я впевнений у собі                      | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 12 | Я нервую                                | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 13 | Я не знаходжу собі місця                | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 14 | Я напружений                            | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 15 | Я не відчуваю скованості                | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 16 | Я задоволений                           | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 17 | Я заклопотаний                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 18 | Я надто збуджений і мені не по собі     | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 19 | Мені радісно                            | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 20 | Мені приємно                            | 1          | 2              | 3     | 4           |

Індекс ситуативної (реактивної) тривожності визначається наступним чином:

СТ = Сума значень, відмічених у пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18  
 - Сума значень, відмічених у пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20  
 + коефіцієнт 35

Таблиця 2.

## Шкала самооцінки особистісної тривожності

| №  | Позиція                                                                         | Ні, не так | Напевно що так | Вірно | Точно вірно |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-------|-------------|
| 21 | Я відчуваю задоволення                                                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 22 | Я дуже швидко втомлююся                                                         | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 23 | Я легко можу заплакати                                                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 24 | Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші                                    | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 25 | Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути                  | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 26 | Звичайно я почуваю себе бадьорим                                                | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 27 | Я спокійний, холоднокровний і зібраний                                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 28 | Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене                                 | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 29 | Я занадто переживаю через дрібниці                                              | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 30 | Я цілком щасливий                                                               | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 31 | Я приймаю все занадто близько до серця                                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 32 | Мені не вистачає впевненості в собі                                             | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 33 | Я почуваюся беззахисним                                                         | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 34 | Я намагаюся уникати критичних ситуацій                                          | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 35 | У мене буває хандра                                                             | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 36 | Я буваю задоволений                                                             | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 37 | Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене                                     | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 38 | Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 39 | Я врівноважена людина                                                           | 1          | 2              | 3     | 4           |
| 40 | Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи        | 1          | 2              | 3     | 4           |

Індекси реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) обчислюються окремо за наступними формулами:

1.  $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$ , де  $\Sigma 1$  – сума значень, позначених на аркуші цифрами за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;  $\Sigma 2$  – сума інших позначених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2.  $ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$ , де  $\Sigma 1$  – сума позначених цифр на аркуші за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;  $\Sigma 2$  – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Якщо отриманий нами показник не перевищує 30, це свідчить про низький рівень тривожності в даний момент.

Значення у діапазоні від 31 до 45 вказує на помірний рівень тривожності.

Якщо СТ дорівнює 46 або більше, то тривожність вважається високою.

Дуже високий рівень тривожності ( $> 46$ ) може бути пов'язаний з наявністю невротичного конфлікту, емоційними розладами, психосоматичними захворюваннями.

Низький рівень тривожності ( $< 12$ ), навпаки, може вказувати на депресивний, ареагивний стан з низьким рівнем мотивації. Однак іноді дуже

низький рівень тривожності в тесті може бути результатом активного витіснення високого рівня тривожності з метою показати себе у кращому світлі, аніж це є насправді.

Додаток Б

### **Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)**

[https://www.eztests.xyz/tests/personality\\_hads/](https://www.eztests.xyz/tests/personality_hads/)

Надайте, будь ласка, відповідь за наступною шкалою:

- 1 – ніколи
- 2 – іноді
- 3 – часто
- 4 – весь час

### **Питання тесту**

1. Я почуваюся напруженим або знервованим
2. Те, що раніше приносило мені задоволення, і зараз подобається мені.
3. Я відчуваю якийсь страх, наче ось-ось станеться щось жахливе.
4. Я можу сміятися і бачити смішний бік речей.
5. Тривожні думки крутяться в мене в голові.
6. Я почуваюся бадьорим.
7. Я можу спокійно сидіти та почуватися розслабленим
8. Мені здається, що я почав все робити повільніше
9. Я відчуваю якийсь страх, внутрішнє напруження.
10. Я втратив інтерес до своєї зовнішності.
11. Я відчуваю неспокій, немов мені постійно потрібно рухатися.
12. Я з нетерпінням чекаю на свої справи (заняття, захоплення).
13. Мене раптово охоплює відчуття паніки.
14. Я можу насолоджуватися гарною книгою, радіо чи телепрограмою.

### **Шкала для аналізу результатів опитування**

0-7 балів – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище балів – клінічно виражена тривога/депресія.

**Шкала задоволеності життям (SWLS)**  
[https://www.eztests.xyz/tests/satisfaction\\_swls/](https://www.eztests.xyz/tests/satisfaction_swls/)

Оцінює суб'єктивне відчуття благополуччя, що виступає важливим психологічним індикатором. Задоволеність життям прямо чи опосередковано пов'язана зі сном і емоційними станами, а отже, ця шкала допомагає простежити загальний фон, у якому формуються сновидіння.

Шкала містить 5 питань про те, як Ви відчували себе протягом останнього тижня. За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (1-7): 1 - повністю не погоджуюся; 2 - не погоджуюся; 3 - скоріше не погоджуюся; 4 - дещо середнє; 5 - скоріше згоден/згодна; 6 - згоден/згодна; 7 - повною мірою згоден/згодна.

**Питання тесту**

1. В основному моє життя близько до ідеалу.
2. Обставини мого життя виключно сприятливі.
3. Я повністю задоволений своїм життям.
4. У мене є в житті те, що мені по-справжньому потрібно
5. Якщо я почав життя з початку - залишив би як є.

**Підрахунок балів та інтерпретація.**

Оцінки складаються з сирих балів (від 5 до 35). Чим вищі бали, тим вища задоволеність життям. Аналіз результатів відбувається за наступними шкалами:

- 30 - 35 Дуже задоволений
- 25 - 29 Задоволений
- 20 - 24 Дещо задоволені
- 15 - 19 Дещо незадоволені
- 10 - 14 Не задоволений
- 5 - 9 Вкрай незадоволені

Джерело: Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Шкала задоволеності життям: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 8 с.  
<https://doi.org/10.26697/sri.krpochn/stadnik.melnyk.3.2023>

**Триетапна шкала самотності (TILS)**  
[https://www.eztests.xyz/tests/loneliness\\_ucla/](https://www.eztests.xyz/tests/loneliness_ucla/)

TILS дозволяє врахувати соціально-психологічний контекст, що впливає на переживання у снах та їхній емоційний зміст.

Інструкція: будь ласка, зазначте, як часто ви переживаєте стан, описаний у кожному з наведених пунктів. Оберіть вашу оцінку: 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – іноді, 4 – часто.

**Питання тесту**

1. Я відчуваю гармонію з оточуючими людьми.
2. Мені бракує товариства.
3. Я не можу ні до кого звернутися.
4. Я не відчуваю себе самотнім.
5. Я відчуваю себе частиною групи.
6. У мене багато спільного з оточуючими людьми.
7. Я більше ні з ким не близький.
8. Мої інтереси та ідеї не поділяють оточуючі.
9. Я комунікабельна людина.
10. Я комунікабельна людина.
11. Я відчуваю себе покинутим.
12. Мої соціальні відносини поверхневі.
13. Насправді ніхто мене добре не знає.
14. Я відчуваю себе ізольованим від інших.
15. Я можу знайти товариство, коли захочу.
16. Є люди, які мене дійсно розуміють.
17. Я нещасливий, через те, що настільки замкнутий.
18. Люди поряд зі мною, але не зі мною.
19. Є люди, з якими я можу поговорити.
20. Є люди, до яких я можу звернутися.

**Обробка та інтерпретація результатів**

Загальний індекс самотності розраховується шляхом підсумовування відповідей на всі питання (з урахуванням зворотних). Максимальний можливий бал — 63. Класифікація ступеня самотності:

- високий — від 43 до 63 балів;
- середній — від 23 до 43;
- низький — від 5 до 23.

**Ключ**

Зворотні питання: 1, 5, 6, 10, 15, 16, 19, 21.

Прямі питання: 2-4, 7, 8, 9, 11-13, 14, 17, 18, 20.

### Шкала Van Dream Anxiety Scale (VDAS)

Призначена для оцінки тривожних сновидінь і нічних жахів. Вона дає змогу виявити інтенсивність і частоту проявів тривожності у сновидіннях. Містить у собі 17 запитань, які слід оцінити за шкалою від 0 до 4, де: 0 — ніколи; 1 — рідко; 2 — інколи; 3 — часто; 4 — дуже часто.

#### Питання тесту

1. Як часто протягом минулого місяця у Вас були страшні чи тривожні сни, після яких ви повністю прокидалися?
2. Як часто протягом минулого місяця Вам було складно знову заснути після страшного чи тривожного сну?
3. Як часто протягом минулого місяця Вам було лячно засинати через страшні сни?
4. Як часто протягом минулого місяця у Вас виникали труднощі зі сном через ваші страшні сни?
5. Як часто протягом останнього місяця у Вас виникали перелічені нижче симптоми через ваші страшні та тривожні сни?
  - 1) Задишка (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 2) Запаморочення (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 3) Виснаження (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 4) Прискорене серцебиття (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 5) Пітливість (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 6) Тремтіння (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 7) Нудота (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 8) Біль живота (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 9) Тиснення в грудях (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 10) Сухість в роті (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 11) Страх смерті (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
  - 12) Біль в горлі (Ніколи, рідко, інколи, переважно, часто)
6. Як часто протягом останнього місяця Ви могли детально пригадати зміст своїх страшних та тривожних сновидінь після прокидання?
7. О котрій годині протягом останнього місяця ви зазвичай лягали спати?
8. Скільки часу (у хвиликах) вам зазвичай потрібно, аби заснути?
9. О котрій годині ви зазвичай прокидалися протягом останнього місяця?
10. Скільки годин фактичного сну на добу у вас було протягом останнього місяця? (Не враховуючи часу, який ви просто проводите в ліжку засинаючи чи прокидаючись)
11. Як часто протягом останнього місяця Ви почувалися сонним впродовж дня через ваші страшні чи тривожні сни?

12. Як часто протягом останнього місяця Ви почувалися роздратованим та стривоженим вранці через ваші страшні сни?

13. Як часто протягом останнього місяця у Вас виникали труднощі з Вашою повсякденною діяльністю та рутинами через страшні сни?

14. Як часто протягом останнього місяця у Вас виникали труднощі в близьких стосунках через ваші страшні сни?

15. Як часто протягом останнього місяця у Вас виникали труднощі з різноманітними соціальними активностями та відносинами через ваші страшні сни?

16. Як часто протягом останнього місяця у Вас були порушення настрою або психологічного стану через ваші страшні сни?

17. Як часто протягом останнього місяця у Вас були проблеми з пам'яттю / концентрацією уваги через ваші страшні чи тривожні сни?

### **Інтерпретація результатів**

Загальна сума балів за шкалою коливається від 0 до 42, де вищі показники вказують на більш високий рівень тривожності, пов'язаний із сновидіннями.

Джерело: Agargun Mehmet, Kara H., Bilici Mustafa. The Van Dream Anxiety Scale: A subjective measure of dream anxiety in nightmare sufferers. *Sleep and Hypnosis*. 1999. Vol. 4. P. 204-211. URL: [https://www.researchgate.net/publication/293143213\\_The\\_Van\\_Dream\\_Anxiety\\_Scale\\_A\\_subjective\\_measure\\_of\\_dream\\_anxiety\\_in\\_nightmare\\_sufferers](https://www.researchgate.net/publication/293143213_The_Van_Dream_Anxiety_Scale_A_subjective_measure_of_dream_anxiety_in_nightmare_sufferers)



### Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)

Оцінюється тривалість, латентність, ефективність та переривчастість сну.

Інструкція: Наступні питання стосуються вашого сну протягом останнього місяця. Ваші відповіді мають відображати ситуацію, яка найкраще відповідає більшості днів і ночей цього періоду. Будь ласка, відповідайте на всі питання.

#### Питання тесту

1. О котрій годині протягом останнього місяця ви зазвичай лягали спати?
2. Скільки часу (у хвиликах) вам зазвичай потрібно, аби заснути?
3. О котрій годині ви зазвичай прокидалися протягом останнього місяця?
4. Скільки годин фактичного сну на добу у вас було протягом останнього місяця? (Не враховуючи часу, який ви просто проводите в ліжку засинаючи чи прокидаючись)
5. Як часто протягом останнього місяця у Вас були проблеми з засинанням через те, що ви:
  - 1) Не могли заснути протягом 30 хвилин (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 2) Пробуджувалися посеред ночі або рано вранці (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 3) Прокидалися для того, аби піти до вбиральні (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 4) Не могли вільно та комфортно дихати (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 5) Кашляли або гучно хропіли (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 6) Вам було надто холодно (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 7) Вам було надто гаряче (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 8) Мали погані сни (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 9) Відчували біль (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)
  - 10) Якщо у Вас були якісь інші труднощі під час засинання та сну, будь ласка, опишіть їх нижче і вкажіть частоту (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)

6. Як часто протягом останнього місяця Ви приймали снодійне чи інші ліки, які допомагали Вам заснути? (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)

7. Як часто протягом останнього місяця у Вас траплялися випадки засинання та сонливості за кермом, під час трапези та інших соціальних активностей? (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)

8. Чи були у Вас труднощі з виконанням перелічених вище справ протягом останнього місяця? (Жодного разу, менше ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, три і більше разів на тиждень)

9. Оцініть, будь ласка, якість Вашого сну протягом останнього місяця (дуже добре, досить добре, доволі погано, дуже погано)

10. Чи є у Вас сусід по кімнаті чи партнер, з яким Ви спите в одному ліжку? (немає, є сусід в іншій кімнаті, є сусід у тій же кімнаті, але на окремому ліжку, є партнер у тому ж ліжку)

11. Якщо у Вас є сусід по кімнаті або партнер по ліжку, будь ласка, запитайте його/її як часто протягом останнього місяця у вас були:

- Голосне хрюпіння (Не було, менше, ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, тричі і більше на тиждень)

- Довгі паузи в диханні під час сну (Не було, менше, ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, тричі і більше на тиждень)

- Посмикування ніч під час сну (Не було, менше, ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, тричі і більше на тиждень)

- Випадки дезорієнтації та спантеличення під час сну (Не було, менше, ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, тричі і більше на тиждень)

12. Якщо були якісь інші симптоми чи проблеми, будь ласка, перерахуйте їх нижче та оцініть частоту (Не було, менше, ніж раз на тиждень, один чи два рази на тиждень, тричі і більше на тиждень)

### **Оцінка та інтерпретація результатів**

Кожен компонент оцінюється за чотирибальною системою від 0 до 3, де «0» та «1» – це норма, оцінка «2» сигналізує про певні труднощі, тоді як оцінка «3» вказує на серйозні порушення сну. Якщо для відповіді задано певний діапазон, наприклад, як у випадку відповіді на друге питання (від 30 до 60 хвилин, щоб заснути), виводиться середнє значення (в даному випадку – 45).

Результат за шкалою «суб'єктивної якості сну» відповідає значенням відповіді на дев'яте питання.

Результат за шкалою «затримки сну» складається з суми нарахованих балів на питання 2 та 5а, якщо визначена сума дорівнює 0, відповідно і значення даної шкали 0 балів; 1 або 2 – нараховується 1 бал; 3 або 4 – 2 бали; якщо 5 або 6 – 3 бали. При цьому оцінка 2-го питання проводиться наступним чином: якщо відповідь знаходиться у діапазоні від 0 до 15 хвилин нараховується 0 балів; від 15 до 30 хвилин – 1 бал; від 30 до 60 хвилин – 2

бали; якщо більше однієї години, то нараховується 3 бали, а кількість балів, які нараховуються за 5-те питання відповідає значенню обраного варіанту відповіді.

Результат за шкалою «тривалість сну» визначається відповіддю на 4-те питання: якщо тривалість сну понад 7 годин — 0 балів; менше 7, але більше 6 годин — 1 бал; менше 6, але більше 5 годин — 2 бали; менше 5 годин — 3 бали.

Шкала «ефективність сну» обчислюється у кілька кроків: спочатку визначається «загальний час, проведений у ліжку» шляхом віднімання значення питання 1 від питання 3. Потім кількість годин, зазначених у 4-му питанні («загальний час сну»), діляться на цей «загальний час, проведений у ліжку», і результат множиться на 100. Якщо отримане значення становить 85 або більше — 0 балів; менше 85, але не менше 75 — 1 бал; менше 75, але не менше 65 — 2 бали; менше 65 — 3 бали.

Щоб визначити результат за шкалою «причин порушення сну», потрібно підсумувати відповіді на питання 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i та 5j. Якщо сума дорівнює 0 — 0 балів; від 1 до 9 — 1 бал; від 10 до 18 — 2 бали; 19 і більше — 3 бали.

Кількість балів за шкалою «використання снодійних препаратів» відповідає значенню відповіді на 7-ме питання.

Для визначення балів за шкалою «денної дисфункції» слід підсумувати відповіді на 8-ме та 9-те питання. Якщо їх сума дорівнює 0 — значення цієї шкали становить 0 балів; якщо сума становить 1 або 2 — нараховується 1 бал; 3 або 4 — 2 бали; 5 або 6 — 3 бали.

Загальний індекс якості сну обчислюється шляхом додавання балів за всі сім шкал. Вищі значення індексу свідчать про гіршу якість сну. Респонденти з індексом якості сну, що перевищує 5 балів, класифікуються як «погано сплячі», тоді як ті, у кого індекс становить 5 балів або менше — як «добре сплячі».

Джерело: Українська версія опитувальника Pittsburgh Sleep Quality Index. Інформаційний лист Міністерства охорони здоров'я України про нововведення в системі охорони здоров'я від 24 червня 2024. Київ: Національна академія медичних наук України. 7 с. URL:

[https://nrcrm.gov.ua/downloads/2024/infolist\\_2024\\_01.pdf](https://nrcrm.gov.ua/downloads/2024/infolist_2024_01.pdf)

**Анкета для опису сновидіння Домгофа**

Ваш недавній сон

*У цьому розділі просимо Вас описати ваш найбільш недавній сон, який Ви можете пригадати. Не важливо, коли саме він був: минулої ночі, місяця чи року.*

Спершу просимо Вас пригадати, коли Ви бачили цей сон (приблизна дата): \_\_\_\_\_

Тепер розкажіть, будь ласка, де Ви були, коли Вам приснився цей сон?

\_\_\_\_\_

Будь ласка, опишіть ваш сон настільки детально, наскільки Ви можете його пригадати. Якщо це можливо, то ваш опис повинен містити: опис локацій і місця подій, та чи були ці локації знайомі Вам; опис усіх дійових осіб сну: їх вік, стать, ідентичність та відношення до Вас; тварин та інших вигаданих персонажів, якщо такі були. Опишіть, будь ласка, свої відчуття під час сну, був він приємний чи навпаки - неприємний. Розкажіть, що відбувалося під час сну з Вами та іншими персонажами. Опишіть свої відчуття після пробудження.

\_\_\_\_\_

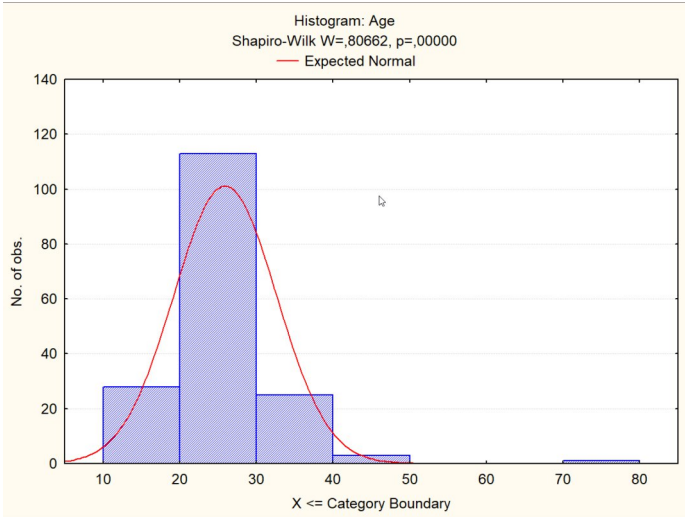


Рис. 1. Розподіл досліджуваних за віковим критерієм

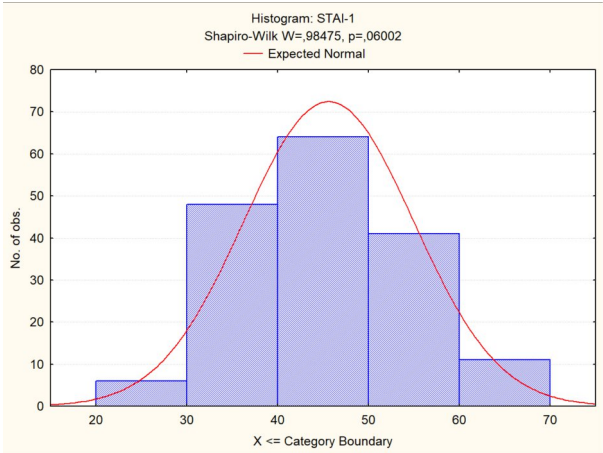


Рис. 2. Розподіл досліджуваних за показником ситуативної тривожності

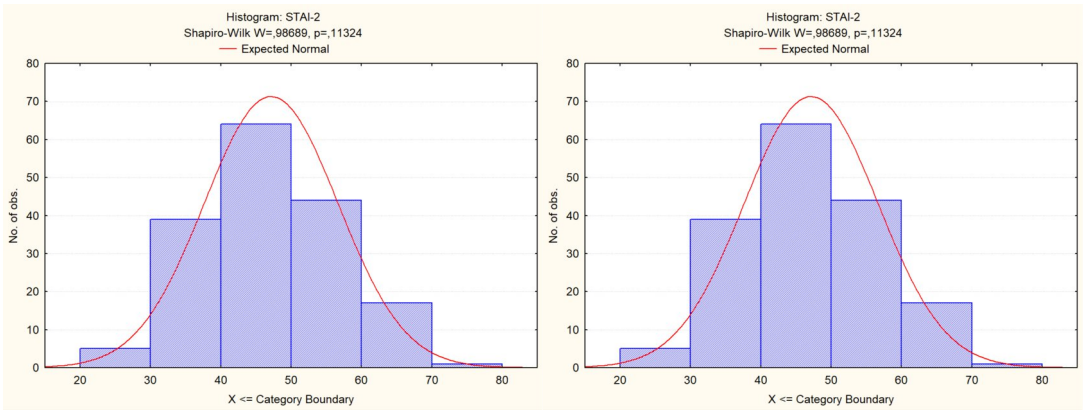


Рис. 3. Розподіл досліджуваних за показником особистісної тривожності