

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Гаврищук Вікторія Анатоліївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Когнітивно – поведінкова терапія при порушеннях сну
(інсомніях)»**

Керівник:

Костюк Олена Іванівна,

Кандидат психологічних наук,
старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та
фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Латиш Наталія Михайлівна,

кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник лабораторії психології творчості Інституту
психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки
інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ В.А. Гаврищук
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ СНУ (ІНСОМНІЯХ).....	8
1.1. Порухення сну: визначення, класифікація, епідеміологія.....	8
1.2. Фактори ризику та діагностика порушень сну.....	19
1.3. Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну (інсомніях).....	24
1.4. Дослідження ефективності групової когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну.....	35
1.5. Особливості застосування дистанційної когнітивно- поведінкової терапії.....	40
Висновки до першого розділу	44
РОЗДІЛ ІІ ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ СНУ (ІНСОМНІЯХ).....	45
2.1. Комплекс методів, які застосовувались.....	45
2.1.1. Афінська шкала безсоння.....	48
2.1.2. Шкала сонливості Епворта.....	49
2.1.3. Індекс тяжкості безсоння.....	50
2.2. Характеристика та обсяг вибірки.....	52
2.3. Дизайн дослідження.....	63
Висновки до другого розділу.....	65
РОЗДІЛ ІІІ ПРОГРАМА ГРУПОВОГО ТРЕНІНГУ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ СНУ (ІНСОМНІЯХ).....	66

3.1. Зміст та структура програми «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців».....	66
3.2. Аналіз результатів апробації програми.....	78
Висновки до третього розділу.....	87
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ.....	102

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

AIS	Афінська шкала безсоння
ISI	Індекс тяжкості інсомнії
ESS	Шкала сонливості Епворта
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія

ВСТУП

Актуальність теми.

Проблема дослідження когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну актуальна з огляду на те, що порушення сну є однією з найчастіших скарг у хворих в загальномедичній практиці [43]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно кожен другий дорослий у світі сьогодні страждає від тієї чи іншої форми розладу сну [35].

Інсомнія, безсоння (лат. *insomnia*) – це найпоширеніший розлад сну, що може розвинутися як у наслідок соматичних або психічних захворювань, так і за умов відносного благополуччя [50, 51, 75].

Виділяють клінічні форми інсомнії: хронічна, гостра, ідіопатична. Гостра інсомнія триває менше трьох місяців, зазвичай пов'язана з короточасними стресовими подіями та лікується переважно за допомогою снодійних препаратів. Хронічна інсомнія, тривалість якої перевищує три місяці, потребує комплексного підходу, основою якого є когнітивно-поведінкова терапія. Снодійні засоби використовуються як допоміжний інструмент. Ідіопатична інсомнія з'являється ще в дитинстві й супроводжує пацієнта протягом усього життя. Вона важко піддається лікуванню через свою стійку природу [75].

Серед нефармакологічних методів лікування інсомнії саме когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнана як ефективний метод лікування порушень сну, що вирізняється здатністю покращувати якість сну та не викликає побічних ефектів або звикання [83]. Вона охоплює психоосвіту, методи обмеження сну та контроль стимулів, а також рекомендації щодо гігієни сну і фізичної активності. До її компонентів також входять навчання технікам релаксації та робота з негативними думками [9, 29, 65].

Обрана тема дослідження є надзвичайно актуальною на тлі зростання випадків безсоння, викликаних глибокими потрясіннями в умовах російсько-української війни. Порушення сну стають дедалі поширенішими в Україні. Постійні обстріли, повітряні тривоги та гучні звуки сирен значно посилюють

щоденні стресові фактори, що суттєво погіршує якість сну та негативно позначається на фізичному і психічному здоров'ї [6, 10, 30, 80].

Війна в Україні докорінно змінила функціонування всіх сфер суспільного життя. Зокрема, органи публічної влади перейшли на особливий режим роботи, але не припинили виконання своїх функцій. Публічна служба, основним призначенням якої є реалізація завдань і функцій держави, змушена оперативно реагувати на численні виклики, що виникають у нових реаліях [73].

Специфіка професійної діяльності публічних службовців пов'язана з високим рівнем стресу та відповідальності, що часто призводить до порушень сну. Це негативно впливає на психічне здоров'я та продуктивність праці працівників, збільшуючи ризик професійного вигорання і знижуючи ефективність їхньої роботи. Недостатній відпочинок підсилює стрес і втому, що додатково ускладнює виконання професійних обов'язків. З огляду на це, актуальним є застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців, зокрема через організацію групових тренінгів.

Мета роботи – розробити комплексну програму групового тренінгу когнітивно – поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців з оцінкою її ефективності.

Обрана мета обумовила такі завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми порушень сну (інсомній), зосереджуючись на класифікації, епідеміології, факторах ризику, діагностиці.
2. Дослідити ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для лікування порушень сну (інсомній).
3. Проаналізувати особливості проведення групової КПТ для осіб із порушеннями сну та можливості застосування дистанційної форми терапії.
4. Розробити та здійснити апробацію комплексної програми групового тренінгу когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців, з подальшою оцінкою її ефективності.

Об'єкт дослідження – когнітивно-поведінкова терапія при порушеннях сну (інсомніях).

Предмет дослідження – програма групового тренінгу когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що учасники групи, які пройшли програму тренінгу когнітивно-поведінкової терапії, демонструватимуть значно кращі показники якості сну порівняно з контрольною групою.

Методи дослідження. Теоретичні методи: аналіз і узагальнення наукової літератури за обраною темою дослідження, систематизація наукових джерел, порівняльний аналіз отриманих даних. Емпіричні методи: анкетування, тестування, індивідуальні бесіди, використання опитувальників та шкал, а також проведення констатувального та формувального експериментів.

Емпіричне дослідження проводили за допомогою комплексу методик: Афінська шкала безсоння (AIS), Індекс тяжкості інсомнії (ISI), Шкала сонливості Епворта (ESS).

Апробація результатів роботи. Результати кваліфікаційної роботи оприлюднені в матеріалах наступних конференцій: IV Міжнародна наукова конференція «Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень» (18 жовтня 2024 року, м. Вінниця, Україна) (додаток А); VIII Міжнародна студентська конференція «Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки» (08 листопада 2024 року, м. Вінниця, Україна) (додаток Б).

Публікації. За матеріалами кваліфікаційної роботи опубліковано 2 тези доповідей у матеріалах всеукраїнських і міжнародних науково-практичних конференціях [13, 14].

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 122 сторінки та складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 101 найменування. Робота містить 17 рисунків та 8 таблиць.

РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО - ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯ СНУ (ІНСОМНІЯХ)

1.1. Порухення сну: визначення, класифікація, епідеміологія

Сон – це фізіологічний стан, що характеризується зміненою свідомістю, зниженою м'язовою активністю та ослабленою реакцією на навколишнє середовище [10, 39, 47]. Він відіграє ключову роль у життєдіяльності людини, займаючи близько третини її життя [17]. Сон виконує низку важливих функцій, серед яких синхронізація організму з навколишнім середовищем, збереження енергії, синтез і накопичення білка та глікогену, консолідація пам'яті, а також видалення метаболітів, що накопичуються протягом дня в міжклітинному просторі головного мозку [47, 75]. Розлади сну належать до найпоширеніших проблем серед населення [17], а серед усіх порушень сну найчастіше зустрічається інсомнія [75].

Медики та науковці вважають, що для повного відновлення організму необхідно спати 7–8 годин на добу. Водночас історично тривалість сну людей становила 9–10 годин, оскільки вона узгоджувалася зі світловим днем. Незважаючи на те, що біоритми людини залишаються незмінними, сучасні економічні та соціальні умови вносять суттєві корективи. Нічні зміни, позмінні графіки роботи, тривалі перельоти, нічні розваги, навчання чи читання скорочують тривалість сну в середньому на 2–2,5 години, порушуючи природний ритм організму.

Дослідження, проведені в США, підтверджують, що для повноцінного відновлення організму людині потрібно не менше 10 годин сну. Короткотривалі порушення сну можуть викликати певні захворювання, тоді як тривалий і хронічний недосип стає причиною системних і хронічних хвороб [27]. Тривалість сну 7 – 8 годин прямо або опосередковано знижує ризик хронічних захворювань [62].

Доктор медичних наук, професор Купновицька І.Г. зазначає, що сон є фізіологічним станом, який зазвичай виникає в темний час доби й

характеризується зниженням активної взаємодії з навколишнім середовищем. Цей стан проявляється стереотипним положенням тіла, мінімальною руховою активністю, зниженою реакцією на зовнішні подразники, оборотністю й циклічними змінами мозкових функцій. Сон складається з циклів, кожен із яких включає дві фази: повільний і швидкий (парадоксальний) сон. Індивідуальна потреба у сні варіюється від 4–6 до 8–10 годин і більше, встановлюється в ранньому підлітковому віці та залишається стабільною протягом життя. Розлади сну класифікуються на гіперсомнії та інсомнії. На думку Купновицької І.Г., гіперсомнія проявляється як денна сонливість, тоді як інсомнія (безсоння) характеризується порушеннями самого процесу сну [37].

Психолог, психотерапевт та гіпнотерапевт Глива Є.Л. підкреслює, що інсомнія, як і біль, є частим супутником людини, що має фізіологічний та психологічний вплив на її функціонування та ментальний стан [16].

Доктор медичних наук, професор Орос М.М. розглядає інсомнію як клінічний синдром, що включає порушення засинання, часті нічні пробудження, тривалі періоди неспання вночі або зниження якості сну, який не забезпечує відчуття відновлення. Ці розлади проявляються за умов достатнього часу для сну й супроводжуються порушеннями денної діяльності [21].

Інсомнію, безсоння визначають як розлад сну, який характеризується недостатньою подовженістю сну або його незадовільною якістю, а також комплексною наявністю цих явищ на протязі довгого часу і яка може негативно впливати на фізичну та психічну працездатність [50, 51].

Інсомнія – клінічний синдром, що поєднує кілька видів порушень сну. Вона є найпоширенішим розладом сну, що може розвинутиися як у наслідок соматичних або психічних захворювань, так і за умов відносного благополуччя [75].

Існують три основні системи класифікації розладів сну.

Упродовж багатьох років для фахівців в галузі медицини сну основними були Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів

Американської асоціації психіатрії та Міжнародна класифікація хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я незважаючи на те, що існує окрема Міжнародна класифікація розладів сну. На жаль, ці конкуруючі системи досить довгий час суттєво відрізнялися за структурою і змістом [40, 55].

Розлади сну Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) належать до захворювань нервової системи, рубрика «епізодичні та пароксизмальні стани» – G 47 «Розлади сну». До них належать: розлади ініціації та підтримки сну (безсоння); розлади надмірної сонливості (гіперсомнії); порушення графіка сну-непання; апное сну; нарколепсія і катаплексія; інші порушення сну; розлад сну неуточнений.

За Міжнародною класифікацією хвороб 11 перегляду (МКХ-11) розлади сну винесено в окрему рубрику під № 7: розлади сну та неспання і поділяють на [55, 101]:

1. Безсоння – характеризується скаргами на постійні труднощі з ініціацією, тривалістю, закріпленням або якістю сну, які виникають, незважаючи на адекватні можливості та обставини для сну, і призводять до певної форми денних порушень. Денні симптоми, як правило – це втома, пригнічений настрій або дратівливість, загальне нездужання та когнітивні порушення. Люди, які повідомляють про симптоми, пов'язані зі сном, за відсутності денних розладів, не вважаються такими, що мають розлад безсоння.

Виділяють хронічне безсоння, яке характеризується регулярними та тривалими труднощами із засинанням або підтриманням сну, які виникають навіть за наявності належних умов для сну. Це призводить до незадоволеності якістю сну та появи денних розладів. Для діагностики хронічного безсоння симптоми порушення сну разом із денними проявами мають повторюватися щонайменше кілька разів на тиждень протягом трьох місяців або більше. У деяких випадках хронічне безсоння може мати періодичний перебіг, з повторюваними епізодами порушень сну, які тривають кілька тижнів і можуть повторюватися роками. Особи, у яких є симптоми порушення сну без супутніх

денних розладів, не вважаються такими, що мають розлад безсоння. Якщо безсоння пов'язане з іншим розладом сну, психічним захворюванням, медичним станом, прийомом речовин чи ліків, хронічне безсоння діагностується лише тоді, коли воно є самостійною клінічно значущою проблемою.

Короткочасне безсоння визначається як труднощі із засинанням або підтриманням сну, що тривають менше трьох місяців, попри наявність сприятливих умов для сну. Це стан супроводжується незадоволенням якістю сну та проявами денних розладів. Особи, які повідомляють про порушення сну без денних наслідків, не вважаються такими, що мають розлад безсоння. У випадках, коли безсоння пов'язане з іншим розладом сну, психічним станом, медичними проблемами, вживанням речовин чи медикаментів, короткочасне безсоння діагностується лише тоді, коли воно є окремим предметом клінічної уваги.

Розлади безсоння, неуточнені.

2. Розлади гіперсомноленції характеризуються скаргами на денну сонливість, яка не обумовлена іншими порушеннями сну чи неспання (наприклад, порушенням нічного сну, зсувом циркадного ритму або розладами дихання під час сну). Особи з надмірною сонливістю часто стикаються з такими симптомами, як дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, зниження пильності, відволікання, слабка мотивація, втома, неспокій і порушення координації рухів.

3. Розлади дихання, пов'язані зі сном включають порушення дихальної функції, які виникають під час сну. У деяких випадках ці порушення можуть спостерігатися і під час неспання. Вони поділяються на три основні категорії: центральне апное сну, обструктивне апное сну та порушення, пов'язані з гіповентиляцією або гіпоксемією під час сну.

4. Розлади циркадного ритму сну-неспання [28, 55, 77] – порушення циклу сну і неспання, що зазвичай проявляється безсонням, надмірною сонливістю або їх комбінацією. Причиною є зміни циркадного хронометражу,

порушення його регулювання або невідповідність між ендogenousним циркадним ритмом і зовнішнім середовищем. Для діагностики конкретних порушень слід використовувати журнали сну та, за можливості, актіграфію протягом щонайменше одного тижня.

5. Рухові розлади, пов'язані зі сном. Ці розлади характеризуються простими, переважно стереотипними рухами, які заважають сну або ускладнюють його початок. До них належать синдром неспокійних ніг, періодичні рухи кінцівок, судоми ніг, бруксизм тощо. Винятком є синдром неспокійних ніг, який є сенсомоторним розладом неспання, але класифікується як розлад сну, оскільки часто супроводжується періодичними рухами кінцівок у стані сну.

6. Парасомнії – це проблемні поведінкові або фізіологічні явища, що виникають під час засинання, у процесі сну або в період пробудження.

У 2014 році вийшло третє видання Міжнародної класифікації порушень сну (ICSD-3). Це основна довідкова робота для діагностики розладів сну. Сім основних категорій, на які поділяються розлади сну згідно з ICSD-3, дозволяють більш точно встановлювати діагноз та підбирати індивідуальне лікування.

Відповідно до ICSD-3 виділяють [40, 55]:

– безсоння (інсомнія) – характеризується труднощами засинання, підтриманням сну, пробудженням рано вранці, і пов'язані зі значними наслідками в денний час. Приклади цих наслідків в денний час включають втому, труднощі з концентрацією уваги або пам'яті, розлади настрою, дратівливість, денну сонливість, поведінкові проблеми, схильність до помилок, побоювання щодо порушень сну у майбутньому [4, 55];

– хронічне, що виникає щонайменше тричі на тиждень, щонайменше три місяці; короткотривале, що існує менше трьох місяців; інше безсоння);

– розлади дихання, пов'язані зі сном;

– центральні розлади гіперсомноленції;

– розлади циркадного ритму сну та неспання;

- рухові розлади, пов'язані зі сном;
- парасомнія;
- інші розлади сну.

У своїй публікації доктор медичних наук, професор Міщенко Т.С. описує розроблені рекомендації щодо визначення інсомнії, які увійшли до Міжнародної класифікації розладів сну третього перегляду.

Виділяють клінічні форми інсомнії: хронічна, гостра або ідіопатична (неуточнена).

Гостра інсомнія триває менше трьох місяців і зазвичай виникає внаслідок стресової події. У таких випадках лікар може використовувати снодійні препарати для полегшення стану пацієнта.

Хронічна інсомнія триває понад три місяці й зазвичай потребує когнітивно-поведінкової терапії. Снодійні препарати в цьому разі слугують допоміжним засобом [90].

Ідіопатична інсомнія є постійним станом, який супроводжує пацієнта протягом усього життя і погано піддається лікуванню.

Кожна з цих форм потребує ретельної уваги фахівців, які мають доступ до широкого спектра психофармакотерапевтичних засобів і працюють у співпраці з психологами [75].

Науковці Одеського національного медичного університету Аймедов К.В., Михайлова К. Л. виділяють епізодичну, короткочасну та хронічну інсомнію.

Епізодична інсомнія триває до одного тижня і зазвичай виникає як реакція на емоційний стрес, надзвичайні ситуації або зміну часових поясів.

Короткочасна інсомнія, тривалістю до трьох тижнів, часто розвивається після важких і тривалих стресових подій. Вона може стати тригером для інших непсихотичних психічних розладів, що проявляються дратівливістю, підвищеною стомлюваністю, денною сонливістю та зниженням працездатності, пов'язаними з цими станами.

Хронічна інсомнія, яка триває понад три тижні, зазвичай не є самостійним захворюванням, а радше симптомом інших розладів, таких як депресія, тривожні стани або алкоголізм. Для її ефективного лікування необхідна консультація психіатра[2].

Епізодична інсомнія є найбільш поширеним видом безсоння, з яким стикаються лікарі в своїй практиці. Її своєчасне діагностування та ефективне лікування відіграють ключову роль у зниженні рівня захворюваності, смертності та економічного тягаря, що пов'язаний із цим розладом [92].

Короткотривалі порушення сну зазвичай виникають унаслідок стресу або гострих захворювань. Однак безсоння часто має багатофакторну природу, тому для ефективного лікування лікарям слід враховувати психологічні, медичні та поведінкові чинники. Зокрема, важливо оцінювати наявність тривожних станів [7, 31, 79], депресії [21, 39, 71], хронічного болю, обструктивного апное сну, а також поведінкові фактори, такі як зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами.

Зокрема, зловживання психоактивними речовинами є причиною 10–15% випадків хронічного безсоння [69].

У своїх публікаціях доктор медичних наук, професор Купновицька І.Г. зазначає, що інсомнія класифікується на гостру, періодичну та хронічну форми [37].

Гостра інсомнія (транзиторна) зазвичай викликана психічною травмою чи фізичним стресом і триває від двох ночей до кількох тижнів.

Періодична інсомнія проявляється у певні життєві чи сезонні цикли, коли сон порушується через зовнішні чи внутрішні обставини.

Хронічна інсомнія діагностується, якщо порушення сну тривають понад місяць.

Інсомнія може проявлятися як у нічний, так і в денний час, часто поєднуючи обидва типи симптомів.

Нічні ознаки інсомнії включають труднощі із засинанням, часті пробудження протягом ночі, раннє пробудження, після якого немає відчуття

відпочинку, а також апное сну — короткочасні зупинки дихання, які часто спостерігаються у пацієнтів із артеріальною гіпертензією.

Денні прояви інсомнії зазвичай виражаються втому, підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, зниженням пам'яті, концентрації уваги та сонливістю протягом дня. У багатьох випадках ці симптоми можуть проявлятися одночасно, створюючи значний дискомфорт і впливаючи на якість життя пацієнта.

У своїй публікації кандидат психологічних наук Клименко І. зазначає, що інсомнію можна поділити на гостру та хронічну форми [30].

Протягом тривалого часу гостра форма безсоння не мала чіткого визначення, хоча як розлад вона була включена до класифікацій ще наприкінці 1970-х років. У той період безсоння охоплювало такі підкатегорії, як адаптаційне безсоння, стрес-індукована інсомнія, транзиторне психофізіологічне безсоння, симптоматичне, підгостре та субхронічне безсоння. Така широка варіативність у клінічних характеристиках ускладнювала точну діагностику та вибір оптимальної терапії, яка б впливала на етіологічні чинники. Тому в минулому столітті лікування безсоння переважно мало симптоматичний характер.

Щодо часових меж гострого безсоння, то раніше їх визначали в діапазоні від 1 до 6 місяців. При цьому кількісні показники, такі як тривалість пробудження, латентність сну чи порушення його безперервності, рідко враховувалися у діагностичних дослідженнях. Згодом було сформульоване більш чітке визначення: безсоння — це розлад, для якого характерні труднощі із засинанням або підтримкою сну, що виникають щонайменше три рази на тиждень і тривають від 1 тижня до 3 місяців.

Гостре безсоння тривалістю до одного тижня часто вважається непатологічною формою, яка може бути пов'язана з порушенням гігієни сну або зовнішніми чинниками. Безсоння, що триває від 1 до 2 тижнів, класифікується як гостре, а симптоматика протягом 2–4 тижнів визначається

як транзиторне безсоння. Порушення сну, які зберігаються від 1 до 3 місяців, отримали назву субхронічного безсоння.

Не обов'язково гостра форма безсоння переходить в хронічну, адже в більшості клінічних випадків хронічна та гостра інсомнії мають різні етіологічні причини [30].

Доктор медичних наук, професор Свиридова Н.К. та доктор медичних наук Чуприна Г.М. у своїх публікаціях пропонують класифікацію інсомнії за походженням, тривалістю перебігу та ступенем вираженості [63].

Класифікація за походженням:

Первинні інсомнії – зумовлені індивідуальними психофізіологічними особливостями (психофізіологічна інсомнія) або, рідше, мають ідіопатичну форму.

Психофізіологічна інсомнія найчастіше пов'язана із особливостями нервової системи.

Ідіопатична інсомнія зазвичай розвивається в дитинстві та зберігається протягом усього життя. Вона проявляється коротким, фрагментованим сном, денною стомлюваністю, дратівливістю й депресією. Перебіг захворювання може мати періоди загострення або ремісії, іноді спостерігається позитивний сімейний анамнез.

Вторинні інсомнії – виникають внаслідок: первинних психічних, неврологічних або соматичних захворювань; вживання психоактивних речовин чи медикаментів; впливу несприятливих зовнішніх умов.

Класифікація за тривалістю перебігу:

Транзиторна (гостра) інсомнія – триває до 1 тижня.

Короткострокова (підгостра) інсомнія – триває від 1 до 6 місяців.

Хронічна інсомнія – триває понад 6 місяців.

Класифікація за ступенем вираженості:

Слабо виражена інсомнія – скарги виникають майже щочі, але соціальні та професійні функції погіршуються незначно.

Помірно виражена інсомнія – скарги спостерігаються щодня, супроводжуються помірним погіршенням соціальних і професійних функцій.

Виражена інсомнія – скарги мають постійний характер і спричиняють значне порушення соціальної та професійної діяльності.

Розлади сну є надзвичайно поширеною медичною проблемою. Зокрема, у дослідженні Medical Outcomes Study, яке охопило понад 20 тисяч осіб, 16% учасників повідомили про тяжке безсоння протягом останніх 4 тижнів, 34% — про легке, а 50% повідомили про ті чи інші прояви порушеного сну. Через два роки спостережень у 59% осіб із легким безсонням та у 83% із тяжким безсонням проблеми зі сном залишалися. Безсоння тісно пов'язане з підвищеним ризиком розвитку соматичних і психічних розладів, значним погіршенням якості життя та навіть підвищенням рівня смертності [69].

Інсомнія може проявлятися як самостійний стан або як супутній симптом інших захворювань. Найчастіше вона виникає на тлі тривожних розладів, депресії, хронічного стресу або соматичних порушень, таких як апное уві сні. У таких випадках інсомнія не лише знижує якість життя пацієнтів, але й ускладнює перебіг основного захворювання, створюючи замкнене коло, в якому симптоми взаємно посилюються [33, 54, 70, 84].

Хронічна інсомнія також може призводити до суттєвих когнітивних порушень. Зокрема, вона впливає на пам'ять, увагу, здатність до концентрації та прийняття рішень, що ще більше погіршує функціонування пацієнта у повсякденному житті [20, 27]. Це, в свою чергу, призводить до зниження продуктивності праці, підвищення ризику професійного вигорання та погіршення загального самопочуття [42, 45].

На основі низки досліджень доведено, що хронічне безсоння або нестача сну стають вагомими факторами ризику артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності та діабету 2-го типу; асоційована з вищим ризиком розвитку ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності, зокрема з летальним наслідком та інсультом [20, 24, 25, 27, 66, 70, 71]. Розлади сну можуть сприяти підвищенню ризику хвороби Альцгеймера та пов'язаної з нею деменції [72].

Встановлено залежність між недосипанням і підвищенням артеріального тиску. Хронічне обмеження сну і погана його якість підвищують ризик розвитку метаболічних ускладнень [62]. Зменшення тривалості сну (менше 6 годин на добу) є значущим чинником ризику ожиріння [27, 39, 71]. Дослідження виявили зв'язок між тривалістю та якістю сну з масою тіла [62].

Споживання їжі з високим вмістом вуглеводів і надлишку солі часто призводить до проблем зі сном. У пацієнтів із надмірною вагою часто виявляють епізоди нічного переїдання, які вони приховують навіть під час медичного обстеження. Це формує порочне коло, у якому недосипання, спричинене переїданням, стає фактором ризику розвитку ожиріння [54].

Хронічна інсомнія призводить до розвитку психічних розладів, частих мігрень, зниження імунітету [17, 18, 39, 51, 58, 75].

Науковці стверджують, що недостатність сну спричиняє погіршення здоров'я, викликаючи виснаження, зниження стійкості до хвороб [27], а патологічний режим сну може призводити до зниження тривалості життя [46].

У багатьох пацієнтів із розладами сну трапляються тривожні сновидіння. Такі сни часто відображають несвідомі переживання, які викликають у людини сильний дискомфорт. Прокидаючись після кошмару, людина може відчувати страх перед повторним засинанням [16].

Недостатність сну є невід'ємною частиною сучасного способу життя в усіх вікових групах [62]. Проте, симптоми безсоння зазвичай загострюються з віком. Якщо сон у молодому віці був повноцінним, а в зрілому з'явилися проблеми, основними причинами можуть бути шкідливі харчові звички, ожиріння або низька фізична активність.

На сьогодні існують переконливі докази того, що інсомнія може мати спадковий характер. Зокрема, у людей із спадковістю першого ступеня ризик розвитку інсомнії становить від 35 до 55 % випадків, що значно перевищує середній показник у загальній популяції. Цікаво, що ці асоціації є виразнішими при передачі спадковості по материнській лінії [75].

1.2. Фактори ризику та діагностика порушень сну

Формування інсомнії обумовлене впливом чотирьох основних груп факторів: біологічних, психологічних, соціальних і поведінкових [75, 93].

Біологічні фактори включають зниження активності гальмівних систем, підвищення тону симпатичної нервової системи, рівнів катехоламінів і кортизолу, а також посилення метаболізму [75]. Інсомнія може бути симптомом психічних розладів, таких як депресія, тривожний або посттравматичний стресовий розлад, а також наслідком гострого стресу [6, 24, 25, 75, 80, 89].

Психологічні фактори охоплюють підвищену емоційність, тривожність [7, 31, 54, 79], іпохондричність, психологічні травми, а також афективні та депресивні розлади [7, 24, 25, 43, 75, 89]. Ці чинники часто впливають на здатність до розслаблення й сприяють хронічним порушенням сну.

Соціальні фактори включають змінну або нічну роботу, низький соціоекономічний статус і сімейну схильність до інсомнії. Нестабільність соціального середовища або соціальний тиск можуть погіршувати якість сну та сприяти його розладам.

Поведінкові фактори пов'язані з порушенням правил гігієни сну, такими як неправильний режим сну, куріння, зловживання алкоголем і малорухливий спосіб життя. Нехтування основними принципами здорового способу життя може значно ускладнювати адаптацію організму до нормального ритму сну [15]. Інсомнія часто виникає внаслідок формування певних звичок

Провокувати інсомнію можуть загострення хронічних захворювань, травма, стрес, переїзд до іншої країни, тривалий переліт, висока напруга, епідемії, стихійні лиха, психологічна травма тощо.

Підтримують інсомнію дисбаланс гальмівних і активуючих систем, переважання тону симпатичної нервової системи, кіркова гіперактивація, безсистемне застосування снодійних, транквілізаторів, зловживання кавою, тютюном, алкоголем, перегляд телевізійних передач, некомфортні умови для сну, надлишок освітленості.

У клінічній практиці широко застосовують модель «трьох П», розроблену А. Шпільманом у 1987 році, яка визначає три групи факторів, що спричиняють інсомнію. Сприятливі фактори створюють основу, на якій поступово розвивається розлад сну; провокуючі фактори викликають гострий стрес, що запускає інсомнію; підтримуючі фактори заважають пацієнтові адаптуватися до стресу, через що інсомнія переходить у хронічну форму. Аналізуючи сукупність цих факторів у конкретного пацієнта, лікар може індивідуалізувати підхід до терапії та спрогнозувати її ефективність [75].

Основними причинами інсомнії є [35, 37, 54, 78]:

стрес та психотравмувальні ситуації, які часто супроводжуються труднощами із засинанням;

порушення гігієни сну, зокрема пізній відхід до сну, раннє пробудження, недостатня тривалість сну чи його нерегулярність;

зміни навколишнього середовища, наприклад, зміна часового поясу або робота зі змінним графіком, що порушує циркадні ритми сну та неспання;

захворювання, які викликають фізичний дискомфорт та супроводжуються больовим синдромом і провокують емоційне занепокоєння через стан здоров'я. Зокрема, біль, кашель, нічна поліурія або гіпертиреоз негативно впливають на сон. Хронічний біль, характерний для артритів або онкологічних захворювань, часто перешкоджає як засинанню, так і спокійному сну;

синдром неспокійних ніг – ще одна поширена причина інсомнії. Це розлад, що викликає сильне бажання рухати ногами через неприємні відчуття, які послаблюються під час руху;

психічні та неврологічні захворювання, зокрема пухлини мозку у ділянках, що регулюють цикл «сон-безсоння», неврози, депресія;

активація мозкових структур, що відповідають за імунітет. У станах захворювань, тривожних розладів, емоційного вигорання чи виснаження людина стає більш сонливою, потребує тривалішого відпочинку. Це пояснюється тим, що сон є ключовим елементом захисної стратегії організму: він сприяє відновленню імунної системи, яка, у свою чергу, підсилює сонливість [27].

зловживання психоактивними речовинами, такими як алкоголь, кофеїн та харчові добавки; алкоголь нерідко використовується як засіб для полегшення засинання. У людей з алкогольними проблемами, такими як залежність або запійний алкоголізм, алкоголь може створювати ілюзію покращення сну. Насправді ж такий сон є поверхневим, з частими пробудженнями та труднощами у підтриманні тривалості сну [44, 69, 85].

прийом деяких медикаментів, зокрема психостимуляторів, антидепресантів, протинабрякових та протикашльових засобів, можуть сприяти розвитку інсомнії, особливо у разі самолікування або необґрунтованого призначення препаратів [54]. Відміна таких ліків, включно зі снодійними, також може провокувати порушення сну через синдром відміни;

нікотин, як стимулятор, негативно впливає на якість сну;

Марихуана негативно впливає на якість сну, оскільки, хоча й сприяє швидкому засинанню, часто порушує його безперервність і зменшує тривалість глибоких стадій [54, 69];

гострі розлади сну, як-от раптові пробудження, можуть бути пов'язані з пароксизмом тахікардії, приступами серцевої або бронхіальної астми, апное уві сні, гіпертензивним кризом, а також гострими станами, такими як гастрит, холецистит, панкреатит чи гіпоглікемія у пацієнтів із цукровим діабетом.

Науковці Одеського національного медичного університету Аймедов К.В. та Михайлова К.Л. визначають інсомнію як повторювані розлади засинання, тривалості, консолідації або якості сну, які виникають навіть за відповідних умов і достатнього часу для відпочинку. Вони зазначають, що основними причинами інсомнії є психоемоційні й фізичні перевантаження, стреси, хвороби та інші фактори. Ступінь порушення сну залежить від тяжкості, тривалості й індивідуальної значущості стресових подій, що може варіювати від легких епізодів до тяжких хронічних форм. Пацієнти з хронічною інсомнією часто уникають звернення за медичною допомогою, обмежуючись скаргами на погану якість сну. Внаслідок цього

багато хто вдається до самолікування, використання народних засобів або алкоголю [2].

Факторами, що сприяють порушенням сну, є похилий вік, гормональні зміни в організмі жінок під час менопаузи (цей період часто супроводжується такими симптомами, як припливи що заважають засинанню), куріння, систематичне вживання алкоголю, наркотичних засобів недостатня фізична активність, ожиріння, переїдання у вечірні години (особливо жирної їжі) та порушення звичного ритму життя, наприклад, перехід на нічну роботу [37, 54].

Значну увагу приділяють взаємозв'язку сну та ендокринної системи, особливо у контексті циркадної регуляції гормональної активності. Початок сну супроводжується підвищенням рівня пролактину, який характеризується низькою концентрацією вдень і високою вночі. Циркадні ритми також визначають секрецію соматотропіну, що тісно пов'язана з фазами сну. Тиреотропний гормон демонструє низьку активність у період неспання та високу під час сну. Гормональні коливання корелюють із метаболічними змінами, зокрема з варіаціями рівня глюкози в крові.

Окрім цього, є група гормонів, активність яких визначається переважно добовим ритмом, а не фазою сну чи неспання. До них належать адренокортикотропний гормон, кортизол і мелатонін. Останній відіграє ключову роль у регуляції сну завдяки своїй взаємодії з мелатоніновими рецепторами супрахіазматичного ядра гіпоталамуса. Цей механізм забезпечує синхронізацію циркадних ритмів, впливаючи на початок сну, його тривалість, фазову структуру, амплітуду й ритмічність.

Мелатонін є багатофункціональною молекулою, яка виконує не лише регуляторну роль у процесах сну, а й бере участь в антиоксидантному захисті, підтримує циркадну ритмічність, сприяє виживанню нейронів, регулює активність прозапальної та антикоагулянтної систем, а також має ендотеліопротекторні властивості [5].

Існують суб'єктивні та об'єктивні методи оцінювання сну для діагностики його порушень [72].

Оцінка проблем зі сном у пацієнтів потребує ретельного збору анамнезу, включаючи як особистий (починаючи з раннього дитинства), так і сімейний психіатричний анамнез. Пацієнти часто згадують про труднощі зі сном і тривожність, що проявлялися ще в дитячому віці. Це вимагає додаткових уточнень щодо таких аспектів регуляції настрою, як концентрація уваги, рівень енергії, мотивація, апетит та успішність у навчанні з ранніх років.

У випадках, коли пацієнт скаржиться на труднощі із засинанням або підтриманням сну, але не впевнений у стійкості цих симптомів, доцільно рекомендувати ведення щоденника сну[54].

Найбільш ефективним та об'єктивним інструментом для діагностики порушень сну є метод полісомнографії (ПСГ) [78], що дозволяє якісно й кількісно оцінити порушення сну та наручна актіографія, відеосомнографія; моніторинг на основі мозкової активності; безпосередні спостереження і множинний тест латентності сну [55, 72, 75, 83].

Порушення сну, які не мають органічного походження, потребують окремого протоколу діагностики та вибору терапій [27].

Для діагностики інсомній використовують різноманітні інструменти самозвітів, опитувальники (Індекс тяжкості безсоння (ISI), Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI) [37, 42, 57, 59, 60, 81], Афінська шкала безсоння (ISI), щоденник сну, який пацієнт заповнює упродовж 1-2 тижнів, та ін.) й шкали сонливості (Епворта, Стендфордська, Каролінська та ін.). У клінічній практиці найбільш поширеним є опитувальник Епворта [55, 59, 60, 67, 75, 81, 83].

У низці досліджень для суб'єктивної оцінки якості сну за попередній місяць застосовували PSQI [57, 59, 60, 67]. Однак, оскільки PSQI не є діагностичною шкалою, його використання рекомендується поєднувати з іншими інструментами для отримання більш точних результатів. Зокрема, ISI вважається достатньо надійним і чутливим інструментом для оцінки ступеня тяжкості безсоння [44, 85].

1.3. Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну (інсомніях)

Порушення сну є однією з найпоширеніших причин звернень за медичною допомогою. Інсомнія визначається як розлад сну, що характеризується порушенням процесу засинання, тривалості та якості сну [27].

Для лікування інсомнії виділяють два основні підходи – психотерапію та фармакотерапію або їх комбінацію [32, 75]. Немедикаментозний підхід може використовуватися як самостійний метод, але він є обов’язковою складовою лікування незалежно від використання фармакологічних засобів [63].

Проблема фармакотерапії порушень сну в сучасному підході зводиться до вирішення двох ключових завдань. Перше – вибір препарату, який забезпечує швидке засинання при мінімально ефективній дозі та зменшує кількість нічних пробуджень. Друге – забезпечення якості сну за допомогою засобу, що сприяє його ініціації без втручання в природну структуру сну, не погіршує денного самопочуття та загальної якості життя.

Психотерапія підходить для будь-якого типу інсомнії, особливо хронічної та охоплює три ключові напрямки: навчання пацієнта правилам гігієни сну [36], поведінкову терапію, яка спрямована на створення оптимальних умов для засинання, та когнітивну терапію, метою якої є зміна хибних уявлень і переконань пацієнта про власний сон.[12, 65, 75].

Психологічні втручання порушень сну охоплюють різні методи, включаючи сомноєдукацію [11], рефлексотерапію [53, 63], когнітивну терапію, гігієну сну, стратегії релаксації, контроль стимулів, обмеження сну, а також багатокомпонентне лікування [68, 75, 80].

Як правило, при наявності гострої інсомнії вдаються до фармакологічного лікування, а при наявності хронічного безсоння застосовують когнітивно-поведінку терапію (КПТ) [32].

Сучасні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у профілактиці, корекції та лікуванні різних порушень [22]. За оцінками провідних фахівців, цей метод має науково доведену результативність у боротьбі з порушеннями сну [78, 82]. Когнітивно-поведінкова терапія включає такі техніки, як обмеження сну, контроль стимулів, дотримання рекомендацій з гігієни сну і фізичної активності, а також навчання методам релаксації та опрацювання негативних думок [32, 78, 80, 82].

Важливим етапом терапії розладів сну є визначення можливих причин цих порушень, що охоплює не лише діагностичні процедури, а й активну участь пацієнта у виявленні та усвідомленні психологічних чинників, які викликають або поглиблюють порушення сну.

Доктор медичних наук, професор О. Фільц у своєму інтерв'ю, присвяченому сучасному стану української психотерапії, наголошує, що ефективність психотерапії визначається не обраною технікою (наприклад, психоаналізом, когнітивно-поведінковою терапією чи гештальттерапією). Згідно з сучасними дослідженнями, 40% успіху залежить від самого клієнта, 30% – від особистості терапевта, лише 5% – від використаної техніки, а решта 25% припадає на інші фактори [34].

Однією з перешкод у лікуванні є високий відсоток пацієнтів від 10 до 39%, які відмовляються від лікування або ж припиняють терапію. Адже, когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на співпраці між терапевтом і клієнтом, де кожен має свою зону відповідальності: терапевт застосовує свої знання та ефективні методи вирішення проблем, а клієнт є експертом у власному досвіді та наявних труднощах. Такий акцент на партнерстві може бути несподіваним для клієнта, тому важливо на початку терапії виявити його очікування та сформувати спільне бачення процесу. Терапевт разом із клієнтом розробляє індивідуальний план лікування на основі методів КПТ. Успіх терапії значною мірою залежить від того, наскільки відповідально клієнт виконуватиме узгоджені стратегії.

Саме через це, за даними різних досліджень, лише 60–80% пацієнтів, які завершили курс КПТ, відзначають суттєве клінічне покращення [91].

Когнітивно-поведінкова терапія – це потужний інструмент у боротьбі з безсонням, однак її ефективність може бути обмежена певними медичними факторами, зокрема: порушення дихання уві сні (синдром обструктивного апное середнього та тяжкого ступеня, центральний апное-синдром, хронічна нічна гіпоксемія); синдром неспокійних ніг та періодичні рухи кінцівок уві сні; циркадні розлади сну: змінний графік роботи, часті перельоти зі зміною трьох і більше часових поясів (у випадках, коли нормалізувати графік сну неможливо); нарколепсія; порушення функції щитовидної залози (гіпертиреоз або гіпотиреоз); значний дефіцит мікроелементів та вітамінів; органічні ураження головного мозку (черепно-мозкова травма, пухлини, наслідки інсультів, хвороба Альцгеймера тощо); хвороби, що супроводжуються деменцією та когнітивними порушеннями (значні проблеми з пам'яттю, концентрацією та увагою); тяжкі хронічні соматичні захворювання (серцево-судинні, легеневі, неврологічні, ендокринні, шлунково-кишкові та інші); гострі захворювання та загострення хронічних соматичних хвороб; гострі інфекційні захворювання; тяжкі психічні розлади (депресія середнього та тяжкого ступеня, генералізований тривожний розлад [21, 64, 71, 72], панічні розлади, шизофренія, біполярні розлади та інші психічні захворювання, що потребують нагляду психіатра або медикаментозного лікування); епілепсія; алкоголізм; наркоманія.

У випадках, коли безсоння пов'язане з хронічними захворюваннями, травмами або тривалим стресом, ефективність КПТ може бути обмеженою. Крім того, при порушеннях циркадних ритмів, викликаних частою зміною часових поясів, застосування стандартних протоколів КПТ може бути менш ефективним.

Як було зазначено, відповідно до більшості рекомендацій, когнітивно-поведінкова терапія визнана ефективним методом для подолання безсоння. Крім того, аналіз досліджень показав, що КПТ не поступається за

ефективністю фармакотерапії, а в деяких випадках навіть перевершує її, особливо в довгостроковій перспективі. З огляду на ці результати, Американська академія медицини сну рекомендує когнітивно-поведінкову терапію як основний метод лікування безсоння [83]. На відміну від фармакотерапії, КПТ забезпечує триваліший ефект після завершення курсу.

До інших переваг КПТ можна віднести меншу кількість побічних дій і протипоказань.

Когнітивно-поведінкова терапія інсомнії складається з комплексу технік, які можна розділити на три складові: психоосвіта, поведінкові техніки, когнітивні техніки.

Психоосвіта (гігієна сну, правила здорового сну, гігієна спальні).

Важливим є проведення базової психоосвіти, яка включає ознайомлення з фізіологією сну, фазами сну, циркадними ритмами [28, 77], наслідками депривації сну, індивідуальними потребами у сні та принципами гігієни сну та гігієни спальні. Така інформація допомагає пацієнту краще зрозуміти процеси, які впливають на якість його сну.

Ключовою та невід'ємною передумовою успішності будь-якого терапевтичного втручання при інсомнії є дотримання правил гігієни сну [15]. Під гігієною сну розуміється комплекс гігієнічних (профілактичних) заходів і правил, спрямованих на забезпечення повноцінного здорового сну, а також гігієнічна якість сну, яка визначається як наявність необхідних гігієнічних умов для його забезпечення [50].

Методика навчання гігієні сну найчастіше використовується як складова когнітивно-поведінкової психотерапії, що значно підвищує ефективність немедикаментозної терапії інсомнії. Сучасні рекомендації Американської академії медицини сну щодо гігієни сну та лікування безсоння рекомендують дотримуватися таких принципів [52]:

- режим сну. Важливо дотримуватися стабільного графіка сну, засинати та прокидатися в однакові години щодня. Особливу увагу слід приділити засинанню до 23:00, адже саме в цей час починається активне вироблення

мелатоніну, яке триває протягом 2–3 годин за умови відсутності штучного освітлення.

- пріоритетність сну. Сон повинен займати ключове місце серед щоденних пріоритетів. Намагання скоротити його тривалість на користь роботи, навчання, спорту чи соціальних активностей може мати негативні наслідки для здоров'я.

- місце для сну. Щоб сформувати чітку асоціацію між місцем і процесом сну, необхідно уникати виконання інших завдань (читання, перегляду телевізора, роботи, їжі) у ліжку.

- вечірня рутина. Регулярні ритуали перед сном, як-от вдягання піжами, чищення зубів, прийняття душу чи застосування релаксаційних технік, допомагають організму налаштуватися на сон.

- розвиток здорових звичок. Якісний сон залежить від кількох ключових чинників: отримання достатньої кількості денного світла, регулярної фізичної активності (але не перед сном), обмеження вживання алкоголю, відмова від нікотину та скорочення споживання кофеїну у другій половині дня [28, 54, 77, 80].

- оптимальні умови в кімнаті. Ідеальний мікроклімат для сну включає температуру повітря 18–21°C, вологість 30–60%, темне приміщення, комфортний інтер'єр, зручний матрац і подушку.

- харчування перед сном. Щоб забезпечити якісний сон, варто відмовитися від їжі за 2-4 години до сну, щоб уникнути перевантаження травної системи, яка передає сигнали метасимпатичній нервовій системі про закінчення процесу травлення.

- обмеження використання гаджетів. За годину до сну слід уникати використання пристроїв, що генерують синє світло, яке пригнічує вироблення мелатоніну, а також утримуватися від контенту, що може викликати емоційне збудження.

Впровадження цих рекомендацій дозволяє оптимізувати якість сну, підтримувати циркадні ритми та покращувати загальний стан здоров'я, що особливо важливо при лікуванні інсомнії.

У низці досліджень доведено, що пояснення пацієнту лише правил гігієни сну, яке часто є єдиним немедикаментозним методом лікування безсоння на прийомі у лікаря, має вкрай незначний ефект і суттєво поступається КПТ інсомнії та окремим технікам поведінкової терапії [87, 91].

Поведінкові техніки займають важливе місце у лікуванні інсомнії, зокрема техніки скорочення часу перебування в ліжку (*sleep restriction*) та терапія контролю стимулів (*stimulus control therapy*), які підтвердили свою ефективність у численних наукових дослідженнях. Проте, рівень дотримання цих методик пацієнтами залишається низьким, що спонукає до пошуку альтернативних підходів або їх комбінування. Одним із таких альтернативних методів є поступове скорочення часу сну (*sleep compression*), яке менш стресове для пацієнтів і простіше у виконанні.

Метод обмеження сну, який полягає у скороченні часу, проведеного в ліжку, є ефективним засобом посилення природної потреби у сні. Ця техніка передбачає адаптацію організму до нових умов шляхом обмеження часу перебування в ліжку лише до фактичного часу сну. Це формує чітку асоціацію між ліжком і сном, сприяючи швидшому засинанню. Однак, під час початкових етапів використання методу можливе виникнення тимчасової денної сонливості, яка зменшується із часом при регулярному застосуванні техніки.

Ще одним методом терапії інсомнії є поведінкові психотерапевтичні корекції. R.R. Bootzin розробив серію методів поведінкової корекції порушень сну, відомих під назвою «метод контролю стимулів». Цей підхід ґрунтується на припущенні, що інсомнія виникає через формування неправильного умовного рефлексу на параметри часу та фактори оточення, які зазвичай повинні сприяти засинанню. Метою методу є навчання людини швидкому засинанню у визначений час і збереженню сну протягом ночі. Метод контролю

стимулів показує ефективність навіть при використанні як самостійний метод терапії [86].

Також у цьому контексті широко застосовуються техніки релаксації, такі як прогресивна м'язова релаксація за Якобсоном, позитивна візуалізація та діафрагмальне дихання [61]. Вони спрямовані на зниження фізичного і психоемоційного напруження, що позитивно впливає на процес засинання [80]. Ще одним ефективним підходом є парадоксальна інтенція – методика, яка інтегрує поведінкові та когнітивні компоненти, спонукаючи пацієнта відмовитися від надмірної боротьби зі спробами заснути, що, парадоксально, знижує тривогу та полегшує сон.

Когнітивні техніки відіграють ключову роль у терапії інсомнії, зокрема завдяки застосуванню когнітивної психотерапії. Цей підхід спрямований на формування адекватного ставлення до розладів сну, корекцію ірраціональних переконань і думок пацієнтів, а також на заміну тривожних думок більш спокійними. У когнітивній моделі інсомнії, розробленій Аароном Беком [3], особливе місце займають страх перед безсонням, нав'язливі думки перед сном і дисфункціональні переконання щодо сну, які сприяють хронічності розладу.

Одним із найважливіших компонентів когнітивної терапії є когнітивна реструктуризація, що має на меті розривати цикли занепокоєння, замінюючи неадаптивні когніції конструктивними. Наприклад, попередній досвід безсоння може провокувати тривогу щодо засинання, що змушує пацієнтів залишатися в ліжку надмірно довго, намагаючись змусити себе заснути. Це, у свою чергу, підсилює фрустрацію і поглиблює замкнене коло безсоння. Реструктуризація допомагає ідентифікувати такі думки і переконання, як тривога через попередній досвід безсоння. Неточні або перебільшені думки виявляються та змінюються за підтримки кваліфікованого фахівця, який допомагає об'єктивніше оцінити ситуацію і зменшити вплив негативних переконань [54].

У рамках когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) також застосовуються такі когнітивні техніки, як поведінкові експерименти (наприклад, навмисне

відкладання сну для перевірки переконання про неможливість заснути) та «сократівський діалог», у межах якого терапевт ставить питання, що допомагають пацієнту самостійно виявити нелогічність своїх думок. Ці підходи спрямовані на корекцію дисфункціональних переконань щодо сну та інсомнії, зменшення катастрофізації наслідків безсоння та заміну захисної поведінки, такої як тривале лежання в ліжку, на більш адаптивні стратегії подолання. Поєднання когнітивної реструктуризації з іншими компонентами КПТ забезпечує комплексне та ефективне лікування інсомнії.

Метод парадоксальної інтенції має на меті усунути страх безсоння у пацієнта. Цей підхід допомагає зменшити занепокоєння щодо наслідків нестачі сну, що в результаті знижує тривогу перед засинанням. Хоча використання цього методу когнітивної терапії не завжди призводить до покращення об'єктивних показників сну, він підвищує задоволеність пацієнта якістю та структурою його сну.

Когнітивна частина КПТ зосереджена на роботі з думками та переконаннями, які перешкоджають засинанню, тоді як поведінкова – на формуванні здорових звичок для якісного сну. У пацієнтів з інсомнією часто спостерігається дисбаланс між часом сну та неспанню, що вимагає впровадження чіткого графіка. Такий підхід формує умовний рефлекс, при якому ліжка асоціюється виключно зі сном. Техніка контролю стимулів допомагає виявити та змінити звички, що заважають сну, наприклад, використання спальні тільки для сну, дотримання постійного режиму сну навіть у вихідні [54, 80].

Дослідження A.G. Harvey (2021) вказують на те, що гостра інсомнія часто асоціюється із стресовими ситуаціями, субхронічну провокує тривога щодо засинання, тоді як хронічна інсомнія підтримується за рахунок таких процесів, як вибіркова увага, спотворене сприйняття денного функціонування і самообмежувальна поведінка. Пацієнти, які страждають на хронічну інсомнію, мають тенденцію фокусувати увагу на аспектах, які загрожують сну, що формує «порочне коло» тривоги: відчуття втрати контролю над сном

призводить до зростання тривожності і надмірної уваги до всього, що пов'язане зі сном [65, 91].

Таким чином, когнітивна терапія дозволяє розірвати це «порочне коло», сприяючи зменшенню тривоги, покращенню ставлення до сну та усуненню дисфункціональних переконань, що, зрештою, забезпечує стабілізацію сну та покращення загального психоемоційного стану.

Щоденник сну є важливим інструментом у КПТ, дозволяючи пацієнтам і терапевтам відстежувати звички, виявляти тригери порушень сну та коригувати терапевтичні стратегії. Це сприяє підвищенню ефективності терапії та досягненню довготривалих результатів.

У своїх дослідженнях кандидат медичних наук, лікар-психіатр вищої категорії, дитячий психіатр, психотерапевт Смашна О.Є. зазначає, що когнітивно-поведінкова терапія інсомнії зазвичай проводиться протягом 4-8 сеансів. Основними інструментами цього підходу є виявлення та робота з провокуючими і закріплюючими факторами, що впливають на розвиток і підтримку порушень сну [65].

Ефективність застосування скорочених варіантів КПТ (у порівнянні з оригінальною версією, що включає 8 сеансів з інтервалом в 1 тиждень), а також різних форматів, таких як групова терапія, онлайнтерапія не достатньо вивчена. Проте, з огляду на високу вартість та обмежену кількість кваліфікованих фахівців для проведення КПТ по всьому світу, використання альтернативних підходів вважається доцільним [83].

Більшість експертів сходяться на думці, що для ефективного лікування інсомнії доцільно використовувати всі основні компоненти КПТ: когнітивні техніки, які спрямовані на корекцію дисфункціональних переконань щодо сну, поведінкові підходи, що включають техніки релаксації, контроль стимулів та обмеження сну, а також навчання гігієні сну. Такий комплексний підхід, особливо в гострій фазі інсомнії забезпечує стійкість лікувальних результатів.

Порівняння ефективності застосування лише поведінкових технік і КПТ є більш складним. Короткострокове застосування окремих технік, таких як

скорочення часу перебування в ліжку, терапія контролю стимулів, парадоксальна інтенція та КПТ, не виявило суттєвих переваг жодної з них [91, 94].

Водночас перевага використання комбінації поведінкових технік і когнітивної терапії проявляється при оцінці довгострокових результатів лікування.

У дослідженні А. Harvey та співавт. [91] порівнювалась ефективність цих трьох наборів методик при їх використанні у форматі 8 щотижневих консультацій. Позитивним результатом терапії вважали зниження балів за шкалою тяжкості інсомнії на 8 балів. Ефективність КПТ інсомнії одразу після терапії склала 67,3% і залишалася на приблизно тому ж рівні через 6 місяців (67,6%). Поведінкові методики також показали ефективність, і після їх застосування було досягнуто позитивної відповіді на терапію, порівняної з КПТ інсомнії (67,4%). Проте через 6 місяців кількість пацієнтів, у яких зберігався позитивний результат після поведінкових методик, знизилася до 44,4%. У той час як когнітивні методики мали протилежну динаміку: одразу після курсу терапії лише 42,4% пацієнтів показали позитивний результат, але через 6 місяців у 62,3% пацієнтів, які пройшли когнітивну терапію, спостерігалось зниження на 8 балів за шкалою тяжкості інсомнії [91].

Дослідження показали, що КПТ інсомнії, як комбінація когнітивної та поведінкової терапії, забезпечує більш стійкий результат у порівнянні з використанням лише поведінкових технік і є більш ефективною під час проведення курсу терапії, ніж застосування лише когнітивних методик.

Таким чином, проведення у пацієнтів із гострим безсонням одноразової сесії КПТ інсомнії (60–70 хвилин) з подальшою корекцією поведінки та мислення дало змогу усунути безсоння у 60% випадків. Серед тих, хто нічого не робив для відновлення сну, здоровий сон повернувся лише у 15% випадків.

У разі рецидиву інсомнії після завершення курсу КПТ рекомендується діяти за наступним планом: скоротити час перебування в ліжку на 30 хвилин, встановити чіткий режим сну для буднів і вихідних, збільшити фізичну

активність до 40–50 хвилин на день, уникати вживання кофеїну, щодня виконувати техніки релаксації та вправи, а також працювати з негативними думками, що виникають [54, 80]. Дотримання цих рекомендацій сприяє нормалізації сну вже через кілька днів або 2-3 тижні.

На сьогодні не існує однозначної наукової відповіді щодо оптимального підходу до лікування порушень сну — використання лише когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) чи її комбінації з фармакотерапією. КПТ має значні переваги в довгостроковій перспективі, оскільки є менш ризикованою через відсутність серйозних побічних ефектів. Вона сприяє формуванню у пацієнтів навичок самостійного подолання проблем зі сном, що дозволяє забезпечити тривалий терапевтичний ефект [65].

Водночас, за результатами наукової конференції з питань безсоння, організованої Національним інститутом охорони здоров'я США у 2005 році, було встановлено, що комбіноване застосування КПТ і фармакотерапії у випадках хронічного безсоння є ефективнішим, ніж лише КПТ [32]. Однак деякі дослідження вказують, що самостійне використання КПТ може мати переваги у покращенні якості життя та денного функціонування пацієнтів з безсонням порівняно з комбінованим підходом [96]. Ці суперечливі дані підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до вибору терапевтичної стратегії, що враховує як клінічні особливості пацієнта, так і його уподобання та готовність до участі в немедикаментозному лікуванні.

1.4. Дослідження ефективності групової когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну

Низкою досліджень продемонстровано, що когнітивно-поведінкова терапія при порушеннях сну (інсомніях) демонструє ефективність, що не поступається традиційній фармакотерапії, показує кращі результати в короткостроковій перспективі та характеризується багатообіцяючими результатами в довгостроковій. При цьому когнітивно-поведінкова терапія має незначну кількість побічних ефектів і сприяє тривалому покращенню сну.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є дієвим методом для скорочення латентного періоду сну, запобігання раннім ранковим пробудженням і підвищення загальної ефективності сну.

Ґрунтуючись на таких висновках, Американська академія медицини сну рекомендувала когнітивно-поведінкову терапію як метод лікування першої лінії при безсонні [83].

Когнітивно-поведінкова терапія або когнітивно-поведінковий підхід — поєднання течій і підходів, які постійно розвиваються, вдосконалюються та збагачуються завдяки науковим дослідженням. ЦентRALЬНОЮ ІДЕЄЮ КПТ є переконання, що емоційні реакції та поведінка людини залежать від її когніцій — упереджень, думок, інтерпретацій подій та явищ у житті, а також уявлень про саму себе. Іншими словами, не сама подія, а її сприйняття та пояснення людиною є визначальним чинником, що спричиняє певні емоції або поведінкові реакції.

Кожна людина унікально реагує на події та інтерпретує їх залежно від власного життєвого досвіду, який формує її переконання, уявлення та думки. Ця індивідуальність обумовлює відмінності в емоційних і поведінкових реакціях на схожі ситуації, що робить розуміння когніцій ключовим елементом у роботі психолога в рамках когнітивно-поведінкової терапії [48].

Прибічники когнітивно-поведінкового підходу вважають, що змінивши свої думки, можна змінити свої відчуття.

Можливе проведення як індивідуальних, так і групових занять когнітивно-поведінкової терапії [88].

Індивідуальна КПТ встановлює тісну взаємодію між психотерапевтом і пацієнтом, даючи змогу розробити індивідуальний план лікування та приділити увагу специфічним потребам кожного пацієнта. Групова КПТ, хоча і не надає такого ж рівня індивідуалізації, може бути більш ефективною для розвитку соціальних навичок та отримання підтримки від інших учасників групи. Також індивідуальна КПТ дуже затратна, а коло фахівців, які володіють методиками, досить невелике.

У вивченій літературі наявні декілька досліджень, результати яких демонструють, що груповий формат когнітивно-поведінкової терапії є дієвим методом психологічної допомоги, що об'єднує принципи когнітивної та поведінкової терапії для роботи з групою людей. Цей підхід широко застосовується для вирішення різних психологічних проблем, включаючи тривожні розлади, депресію, стресові стани, залежності та порушення сну. У рамках групової КПТ учасники мають змогу спільно працювати над подоланням схожих труднощів, обмінюватися досвідом і надавати взаємну підтримку, що часто сприяє швидшому й ефективнішому досягненню терапевтичних результатів. [26, 48].

Групові сеанси когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну, як правило, проводять сесіями від чотирьох до восьми зустрічей [65].

Люди, які страждають від порушень сну, відчувають втому, зниження концентрації, уваги, пам'яті, настрої, зниження розумової, психічної та фізичної працездатності, відчувають сонливість упродовж дня та зниження продуктивності праці. [15, 72].

Як правило, при безсонні групова когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для лікування безсоння зазвичай поєднує кілька ключових компонентів, включаючи психологічну освіту, техніки гігієни сну, когнітивні та поведінкові

інтервенції, зокрема тренінги з релаксації, контроль стимулів, обмеження сну та когнітивну реструктуризацію.

Психологічна освіта в рамках КПТ охоплює ознайомлення пацієнтів із правилами гігієни сну, які стосуються як індивідуальних практик (регуляція часу сну, фізична активність, обмеження вживання психоактивних речовин), так і зовнішніх чинників (освітлення, рівень шуму, температура в кімнаті), що можуть як сприяти поліпшенню сну, так і призводити до його порушень.

Релаксаційна терапія в груповій КПТ спрямована на зменшення фізіологічного збудження та управління нав'язливими думками, які можуть ускладнювати процес засинання. Вона включає методи м'язової релаксації, аутогенне тренування, медитації та уявні тренування, які допомагають пацієнтам навчитися знижувати напругу та створювати сприятливі умови для відновлення нормального сну.

Контроль стимулів, як інструмент поведінкової терапії, спрямований на відновлення позитивних асоціацій між ліжком або спальнею та процесом сну, а також на формування стабільного графіка сну й неспання. Основні рекомендації включають: лягати в ліжко лише за наявності відчуття сонливості; вставати з ліжка, якщо заснути не вдається; використовувати спальну кімнату виключно для сну та сексуальної активності, уникаючи інших занять, як-от читання або перегляд телевізора; 4) дотримуватися постійного часу підйому щодня; 5) уникати денного сну.

Обмеження тривалості сну є одним із ефективних методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованим на оптимізацію часу, який пацієнт проводить у ліжку, шляхом узгодження його з фактичною тривалістю сну. Суть методу полягає у скороченні часу перебування в ліжку до періоду, що відповідає реальному часу сну. Наприклад, якщо пацієнт із безсонням зазначає, що в середньому спить 6,5 годин за ніч, то початкове «вікно сну» обмежують до цього часу (зазвичай не менше 4–6 годин, навіть якщо реальний сон коротший). Для точної оцінки тривалості сну та ефективності терапії фахівці

рекомендують вести щоденник сну як до початку втручання, так і протягом усього терапевтичного курсу.

Когнітивні стратегії доповнюють терапію шляхом корекції дисфункціональних переконань і хибних уявлень щодо сну, безсоння та його наслідків. Вони спрямовані на зменшення тривожності, пов'язаної з процесом сну, і уникнення надмірного фокусування на симптомах безсоння. Поєднання цих підходів дозволяє досягти не лише поліпшення якості сну, але й загального психоемоційного стану пацієнтів.

До інших емпірично підтверджених психотерапевтичних методик належать майндфулнес-техніки та гіпнотерапія. Майндфулнес, що перекладається як «усвідомленість», «уважність» або «зосередженість», є ключовим елементом третьої хвилі когнітивно-поведінкової психотерапії [1, 22, 74]. Цей підхід базується на адаптації медитативних практик східної філософії, що передбачають тренування уваги для безоціночного сприйняття дійсності в моменті «тут і зараз» [1, 74]. Майндфулнес допомагає зменшити рівень стресу, покращити емоційну регуляцію та розвинути здатність до прийняття внутрішніх і зовнішніх подій без критичного аналізу чи оцінки.

Гіпнотерапія також є ефективною інтервенційною стратегією, що працює на стику фізіології та свідомості. Вона має певні спільні риси з медитативними техніками, оскільки спрямована на створення стану розслаблення, фокусування уваги та підвищеної сприйнятливості до терапевтичного впливу. Гіпнотерапія може використовуватися для зменшення стресу, тривожності, хронічного болю та інших психологічних проблем, що дозволяє розглядати її як важливий інструмент у комплексному підході до лікування.

Низкою досліджень продемонстровано високу ефективність поведінкових методів лікування порушень сну наступних поколінь, зокрема тренінгу усвідомленості. Ці методи діють шляхом зміни ставлення до сну, зниження тривоги та покращення регуляції емоцій. Результати досліджень показують, що тренінг усвідомленості не поступається за ефективністю традиційній когнітивно-поведінковій терапії і може проводитися у груповому

форматі, що робить його більш доступним, як з точки зору ефективності, так і вартості. Комбіновані програми, які поєднують в собі тренінг усвідомленості та КПТ, можуть бути особливо ефективними для лікування різних типів порушень сну, включаючи безсоння. Дослідження демонструють, що такі програми сприяють не лише швидкому покращенню якості сну, але й забезпечують стійкий ефект на протязі тривалого часу [41].

Участь у груповій терапії [19], зокрема в межах когнітивно-поведінкової терапії дозволяє учасникам з порушеннями сну відчувати себе частиною спільноти, де вони можуть поділитися своїм досвідом, отримати емоційну підтримку. Така взаємодія зменшенню відчуття ізоляції, дозволяє учасникам усвідомити, що їхні думки та почуття щодо сну є поширеними, що, в свою чергу, сприяє зміні негативних установок та сприяє нормалізації сну.

1.5. Особливості застосування дистанційної когнітивно-поведінкової терапії

Серед психотерапевтичних підходів до лікування порушень сну згадується проведення як індивідуальних, так і групових сеансів когнітивно-поведінкової терапії дистанційно, за допомогою телефону або Інтернету [23, 83].

Порівняльний аналіз ефективності різних форматів психотерапевтичної допомоги виявив суттєві відмінності у результативності безпосередньої роботи психотерапевта чи психолога з пацієнтом, дистанційних втручань і самостійного опрацювання матеріалів. Найбільшу ефективність було зафіксовано під час прямого контакту пацієнта з фахівцем, що обумовлено можливістю індивідуалізації підходу, емоційної підтримки та оперативного коригування терапевтичних стратегій [38]. Разом із тим, втручання за допомогою телефону або Інтернету демонстрували майже аналогічну результативність, що підтверджує їхню доцільність у випадках, коли особистий контакт неможливий чи утруднений.

Однак самостійна робота пацієнта з наданими матеріалами, такими як листівки, посібники чи брошури, була визнана недостатньо ефективною. Це може бути пов'язано з відсутністю зворотного зв'язку, низькою мотивацією або недостатньою обізнаністю пацієнтів у застосуванні рекомендованих технік. Таким чином, найбільш ефективними є втручання, які передбачають активну взаємодію пацієнта з фахівцем, навіть якщо ця взаємодія здійснюється в дистанційному форматі.

Нині набирають популярності онлайн-курси КПТ, зокрема створено мобільні додатки. Онлайн-КПТ значно покращує стан пацієнтів, при цьому позитивні ефекти зберігаються понад 6 міс після завершення лікування.

Низкою досліджень продемонстровано, що застосування когнітивно-поведінкової терапії безсоння за допомогою телефону чи Інтернету вигіднішим з економічної точки зору порівняно з безпосередньою роботою

психотерапевта з пацієнтом [83]. Онлайн-КПТ економічно вигідна і користується популярністю серед користувачів мобільних додатків. Результати цих досліджень продемонстрували досить високу ефективність подібної методики. Проте більшість авторів зазначають, що високоефективне лікування безсоння неможливе без інтенсивної та персоналізованої когнітивно-поведінкової терапії, яка проводиться безпосередньо клінічними спеціалістами [41].

Враховуючи значні економічні витрати, високу вартість лікування, географічну ізоляцію, довгі очікування через нестачу підготовлених фахівців [13], обмеження часу та зростаючі страждання пацієнтів через хронічну інсомнію, важливо покращити доступ до психологічних методів лікування та розробити нові, гнучкі й ефективні терапії, які дозволять подолати існуючі бар'єри в лікуванні; постійне зростання використання інтернету й мобільних пристроїв відкрило нові можливості для отримання психологічної допомоги.

Незважаючи на зростаючу популярність надання психологічної допомоги в онлайн форматі, емпіричні дослідження, що вивчають її ефективність та потенційні ризики, залишаються обмеженими порівняно з обсягом досліджень, присвячених традиційним форматам психологічної допомоги, що передбачають виключно очні сеанси.

З кожним роком проведення сеансів когнітивно-поведінкової терапії в онлайн форматі стає все більш популярною та доступною. Вона пропонує ряд переваг, але також має свої обмеження.

Пропоную розглянути детальніше можливості, обмеження, переваги та недоліки застосування дистанційної когнітивно-поведінкової терапії.

Насамперед, онлайн формат дає можливість отримати допомогу тим, хто в інший спосіб не може або не бажає приходити на зустріч з психологом. Це можуть бути пацієнти, для яких дорога до кабінету психолога дуже довга або які не можуть самі прийти на прийом через фізичні вади. Або ж це ті, хто не може прийти через свій стан (наприклад, сильна тривога, соціофобія, агорафобія, розлади тривожно-фобічного спектру).

Онлайн-формат розширює можливості у виборі психолога. Очні консультації звужують коло можливих фахівців через географічні обмеження. Онлайн - формат дозволяє знайти саме того фахівця, який найбільше підходить, незважаючи на відстань. Оскільки надання психологічної допомоги онлайн стирає географічні бар'єри, це відкриває доступ до фахівців КПТ з вузькою спеціалізацією і дає можливість скористатися послугами кпт-терапевта, який спеціалізується на певних методиках (техніках), недоступних в безпосередньому оточенні.

Завдяки застосуванню дистанційної когнітивно-поведінкової терапії, є можливість отримати професійну допомогу, не виходячи з дому, а це сприяє створенню атмосфери довіри та відкритості. Перебування у своєму звичному оточенні дозволяє легше розкритися і обговорити те, що турбує. Онлайн-сеанси дозволяють відчувати себе більш розслаблено і безпечно. Відвідування сеансів когнітивно-поведінкової терапії в онлайн-форматі дозволяє заощадити час, уникнути необхідності поїздки та адаптувати графік сеансів під власні потреби.

Онлайн формат дозволяє проводити сімейну терапію доступною для всіх, незалежно від географічного розташування або зайнятості. Це особливо актуально для сімей, де члени живуть в різних містах або країнах.

Застосування дистанційної когнітивно-поведінкової терапії відкриває можливість для проведення групових сеансів, що сприяє підвищенню доступності лікування, створенню підтримуючого середовища для пацієнтів та зниженню витрат часу і ресурсів на терапію.

На відміну від традиційних форм КПТ, онлайн-зустрічі дають можливість зберегти повну анонімність, за умови забезпечення приватного простору для сеансів.

Також перевагою когнітивно-поведінкової терапії в онлайн форматі є оперативність за необхідності термінової допомоги.

Онлайн-формат когнітивно-поведінкової терапії може стати першим кроком для людини, яка шукає допомоги, наважитися звернутися до

психолога. Це дає можливість спробувати терапію в зручному середовищі, і, хоча онлайн-формат має певні обмеження, деякі пацієнти можуть вирішити продовжити роботу вже в рамках очних консультацій.

Часто ці труднощі пов'язані з браком навичок роботи з комп'ютером або телефоном, технічними проблемами підключення, відсутністю електроенергії, недостатньо стабільним інтернет-з'єднанням чи відсутністю приватного простору для спілкування. Крім того, дистанційний формат може ускладнювати створення емоційного зв'язку між пацієнтом і терапевтом, що іноді впливає на ефективність терапії.

Відсутність особистого контакту з психологом під час онлайн-консультації також може вплинути на користь вибору офлайн сеансу.

Очна КПТ може забезпечити більше відчуття безпеки та контролю над ситуацією.

Деякі люди віддають перевагу очним консультаціям, оскільки бажають зберегти конфіденційність своїх звернень до психолога, адже близькі можуть дізнатися про терапію, особливо, коли немає можливості усамітнитися вдома. Очний формат може бути більш прийнятним.

Вибір між онлайн і очним проведенням КПТ залежить від індивідуальних особливостей та потреб. Необхідно спробувати обидва варіанти або ж їх поєднання щоб визначити, який формат буде найбільш комфортним. Обидва варіанти можуть бути ефективними, головне – знайти кваліфікованого спеціаліста до якого є довіра.

Висновки до першого розділу

Інсомнію, безсоння визначають як розлад сну, який характеризується недостатньою подовженістю сну або його незадовільною якістю, а також комплексною наявністю цих явищ на протязі довгого часу і яка може негативно впливати на фізичну та психічну працездатність [50, 51].

Для лікування інсомнії виділяють два основні підходи – психотерапію та фармакотерапію або їх комбінацію [32, 75].

Виділяють клінічні форми інсомнії: хронічна, гостра, ідіопатична. Гостра інсомнія триває менше трьох місяців та лікується переважно за допомогою снодійних препаратів. Хронічна інсомнія, тривалість якої перевищує три місяці, потребує комплексного підходу, основою якого є когнітивно-поведінкова терапія. Снодійні засоби використовуються як допоміжний інструмент. Ідіопатична інсомнія супроводжує пацієнта усе життя. Вона важко піддається лікуванню [75].

Формування інсомнії обумовлене впливом чотирьох основних груп факторів: біологічних, психологічних, соціальних і поведінкових [75, 93].

Найбільш ефективним та об'єктивним інструментом для діагностики порушень сну є метод полісомнографії (ПСГ) [78]. Порушення сну неорганічного походження потребують окремого протоколу діагностики та терапії [27], зокрема із застосуванням самозвітів та спеціалізованих опитувальників та шкал.

Серед нефармакологічних методів лікування інсомнії когнітивно-поведінкова терапія вирізняється здатністю покращувати якість сну та не викликає побічних ефектів або звикання [83].

Можливе проведення індивідуальних та групових сесій когнітивно-поведінкової терапії з можливістю проведення як в очному, так і в онлайн-форматі, або ж поєднуючи обидва варіанти.

Вибір між онлайн та очною когнітивно-поведінковою терапією залежить від особистих переваг та потреб. Найкращий варіант можна визначити лише шляхом спроб різних форматів або їх комбінації.

РОЗДІЛ II ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ СНУ (ІНСОМНІЯХ)

2.1. Комплекс методів, які застосовувались

Актуальну редакцію європейських настанов щодо діагностики та лікування безсоння розробила робоча група Європейського товариства з вивчення сну. У цих рекомендаціях зазначено, що для діагностики інсомнії та оцінки її тяжкості доцільно використовувати низку спеціалізованих опитувальників [44]. На всі запитання необхідно відповісти самостійно, причому кожен сеанс триває від 5 до 10 хвилин. Використання цих інструментів у комплексі дає змогу виявити порушення сну, оцінити їх частоту, тривалість, характеристики та вплив на функціонування людини опитувальників. Доступно декілька опитувальників і шкал для суб'єктивної самооцінки важкості безсоння.

В чинному дослідженні застосовували Афінську шкалу безсоння – Athens Insomnia Scale (AIS), Індекс тяжкості безсоння (ITI) – Insomnia severity index (ISI), Шкалу сонливості Епворта – Epworth Sleepiness Scale (ESS).

Індекс тяжкості інсомнії (ITI) включає психологічні компоненти, такі як занепокоєння та задоволеність сном, тоді як Афінська шкала безсоння (AIS) зосереджена на фізіологічних аспектах, таких як сонливість і функціональність протягом дня. Шкала сонливості Епворта (ESS) оцінює денну сонливість [55, 59].

Ряд досліджень продемонстрували високу діагностичну точність цих шкал, які також містять пункти для оцінки як нічних порушень сну, так і денних дисфункцій.

У вивченій літературі описано дослідження, яке було проведено у місті Кока, Японія, присвячене вивченню порушень сну серед державних службовців [97, 98]. Для оцінки інсомнії використовували Індекс тяжкості інсомнії (ISI) та Афінську шкалу безсоння (AIS), адаптовані для японської вибірки.

Дослідження охопило 1666 державних службовців (649 чоловіків і 1017 жінок, середній вік — 45,3 роки). До вибірки включали лише співробітників, які не перебували у тривалих відпустках. Анкетування проводилося анонімно, що забезпечило об'єктивність відповідей.

Інструменти дослідження:

AIS – анкета з 8 пунктів, яка оцінює симптоми інсомнії за останній місяць. Загальний бал варіюється від 0 до 24, де вищі значення свідчать про більшу тяжкість симптомів.

ISI – шкала із 7 пунктів, що визначає тяжкість безсоння за останні два тижні. Сума балів варіюється від 0 до 28, де вищі значення вказують на серйозніші порушення сну.

Для оцінки супутніх симптомів використовували такі шкали:

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) для оцінки депресивних симптомів.

Шкала сонливості Епворта (ESS) для вимірювання денної сонливості.

Short Form Health Survey (SF-8) для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (QoL).

Це дослідження було частиною епідеміологічного проєкту Night in Japan Home Sleep Monitoring (NinJaSleep), спрямованого на вивчення сну та психічного здоров'я. Анкети роздавалися безпосередньо на робочих місцях, відповіді збиралися анонімно.

Основні результати:

Кореляційний аналіз виявив сильну позитивну залежність між AIS та ISI ($r = 0,80$, $p < 0,001$).

За допомогою ROC-аналізу визначено порогові значення AIS для класифікації тяжкості інсомнії: легкий-середній рівень: поріг 9,5 бала (чутливість 74%, специфічність 83%); середній-важкий рівень: поріг 15,5 бала (чутливість 88%, специфічність 91%).

Значення площі під кривою (AUC) для AIS склало 0,87 для легкого-середнього рівня та 0,94 для середнього-важкого рівня ($p < 0,001$).

Аналіз усіх пунктів AIS та ISI показав двофакторну структуру:

«Нічні порушення сну» – включає початкове, середнє та термінальне безсоння.

«Якість сну та денні функції» – охоплює загальну якість сну та задоволеність.

Погіршення показників AIS або ISI відповідало погіршенню депресивних симптомів (PHQ-9), зростанню денної сонливості (ESS) і зниженню якості життя (SF-8). Чітко простежувалася залежність від тяжкості інсомнії: зі зростанням її рівня посилювалися депресивні прояви, погіршувалася якість сну та знижувалися показники QoL.

Дослідження також наголошує на впливі сучасних технологій на сон. Тривале використання комп'ютерів, характерне для службовців, сприяє розвитку інсомнії через вплив синього світла, що порушує циркадні ритми, та спричиняє збудження нервової системи. Цей фактор слід враховувати при оцінці порушень сну серед публічних службовців.

Дослідження підтвердило високу кореляцію між AIS та ISI та визначило порогові значення AIS для оцінки рівня тяжкості інсомнії. Виявлено двофакторну структуру AIS та ISI, що відображає нічні порушення сну та денні функціональні зміни. Отримані результати також демонструють значний вплив тяжкості інсомнії на психічне здоров'я, денну активність і якість життя. AIS може бути ефективним інструментом для діагностики, класифікації та вивчення впливу інсомнії у клінічних та епідеміологічних дослідженнях.

Результати іншого дослідження описують експеримент, проведений у штаті Карнатака, Індія, який отримав схвалення етичного комітету Університету Єнепоя. Воно охопило 424 працівників, які активно використовують комп'ютери у професійній діяльності (вік: 20–65 років, індекс маси тіла: $21,6 \pm 3,5$ кг/м²). Учасниками були працівники освітніх закладів, лікарень та IT-сектору. Основним критерієм включення було використання робочого комп'ютера щонайменше 3 години на день або 20 годин на тиждень.

Для оцінки якості сну використовувалася Афінська шкала безсоння (AIS) та соціально-демографічна анкета. AIS складається з восьми пунктів, п'ять із

яких оцінюють нічні симптоми (труднощі із засинанням, підтримкою сну, ранні пробудження), а решта три – вплив на денне самопочуття та сонливість.

Серед учасників 202 особи (47,6%) – чоловіки, 222 (52,4%) — жінки, а більшість респондентів належала до вікової групи 20–29 років. Нормальна вага (за ІМТ) була характерною для 63,7% учасників.

Показники придатності даних дозволили провести експлораторний факторний аналіз (EFA) та конфірматорний факторний аналіз (CFA). У результаті було виділено три фактори AIS: 1. якість сну; 2. денні функції; 3. нічні симптоми.

Коефіцієнт альфа Кронбаха для вибірки склав 0,66, що свідчить про прийнятний рівень внутрішньої узгодженості шкали в цій популяції. Три факторна модель AIS продемонструвала достатню факторну валідність і високу дискримінаційну здатність окремих пунктів, що робить цю шкалу ефективним інструментом для оцінки якості сну серед професіоналів, які працюють з комп'ютерами.

Новизна дослідження полягає в тому, що це перша робота, яка вивчала психометричні властивості AIS серед індійських працівників, котрі мають підвищений ризик розвитку безсоння через тривалу роботу за комп'ютером.

Результати вказують на доцільність використання AIS у майбутніх клінічних та епідеміологічних дослідженнях для оцінки впливу безсоння на професійну активність і якість життя.

2.1.1. Афінська шкала безсоння

Наявність безсоння (інсомнії) оцінювали за допомогою Афінської шкали безсоння (AIS).

AIS – це стандартизований інструмент для оцінки симптомів безсоння та їх інтенсивності протягом останнього місяця. AIS складається з 8 питань, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 – їх високу вираженість. Загальний бал може коливатися від 0 до 24, причому вищі значення свідчать про сильніші прояви безсоння. Перші

п'ять пунктів оцінюють труднощі, пов'язані з засинанням, якістю та тривалістю сну, а інші три – вплив порушень сну на денне функціонування. AIS використовується як для клінічних досліджень, так і в медичній практиці для оцінки та моніторингу розладів сну (додаток В).

Перед початком опитування було проведено інструкцію: оцініть будь-ласка тип та тяжкість Ваших проблем зі сном щонайменше 3 ночі на тиждень впродовж останнього місяця [55].

2.1.2. Шкала сонливості Епворта

Ступінь денної сонливості оцінювали за допомогою Шкали сонливості Епворта (ESS).

ESS є надійним інструментом для виявлення денних порушень сну та оцінки рівня сонливості в різних ситуаціях. Розроблена у 1990 році доктором Мюрреєм Джонсом у Мельбурні (Австралія), ESS дозволяє об'єктивно виміряти схильність до засинання протягом дня. Шкала демонструє високу чутливість у діагностиці широкого спектра порушень сну, таких як інсомнія, обструктивне апное сну та нарколепсія.

Методика проведення тесту передбачає самооцінку пацієнтом ймовірності заснути у восьми повсякденних ситуаціях, використовуючи 4-бальну шкалу: 0 – ніколи не засну, 1 – невелика ймовірність заснути, 2 – помірна ймовірність, 3 – висока ймовірність заснути. Така структура дозволяє швидко (зазвичай від 2 до 5 хвилин) і просто отримати кількісну оцінку денної сонливості (табл. 2.3).

Ця проста й швидка процедура, яка зазвичай займає 2–5 хвилин, забезпечує кількісну оцінку денної сонливості, дозволяючи ефективно проводити скринінг.

ESS є не лише цінним інструментом для первинного виявлення пацієнтів із порушеннями сну, а й корисним засобом для моніторингу ефективності лікування в динаміці. Отримані оцінки допомагають клініцистам визначити

необхідність додаткових діагностичних процедур, а також розробити індивідуальну стратегію лікування, спрямовану на покращення якості життя пацієнта (додаток Г).

Перед початком опитування було проведено інструкцію: ознайомтеся з наведеними твердженнями та виберіть цифру, що відповідає ймовірності вашого засинання в зазначених ситуаціях. Питання стосуються вашого звичного стану останнім часом. [8, 55].

2.1.3. Індекс тяжкості інсомнії

Для оцінки характеру та ступеня тяжкості безсоння використовувався Індекс тяжкості інсомнії (ІТІ), розроблений Ch. Morin та його співавторами, який пройшов валідацію та дозволяє оцінити характер, тяжкість і вплив інсомнії. Опитувальник демонструє високу чутливість (86,1%) та специфічність (87,7%) [95].

ISI розроблений як короткий та ефективний інструмент для оцінки характеристик безсоння. Опитувальник включає сім пунктів, у яких респондент оцінює характер і симптоми своїх порушень сну за шкалою Лайкерта. Питання охоплюють суб'єктивні аспекти сну, зокрема:

- тяжкість симптомів;
- задоволення якістю та режимом сну;
- ступінь вираження інсомнії;
- вплив безсоння на щоденне функціонування;
- його вплив на оточуючих;
- загальний рівень дистресу, спричиненого порушеннями сну.

Респонденти відповідають на кожне запитання, використовуючи шкалу від 0 до 4 балів, де вищі бали вказують на більш виражені розлади сну. Загальний процес анкетування триває не більше 5 хвилин і виконується самостійно респондентом (табл. 2.2).

Цей опитувальник є зручним інструментом для швидкого скринінгу, діагностики та оцінки впливу безсоння, забезпечуючи об'єктивний підхід до вивчення його проявів і тяжкості (додаток Г).

Перед початком опитування було проведено інструкцію: оцініть, будь ласка, тип і тяжкість Ваших проблем зі сном за останні 2 тижні; для кожного питання обведіть цифру, яка краще описує Ваш стан [44, 55, 99].

2.2. Характеристика та обсяг вибірки

Для виконання поставлених завдань і досягнення мети, було проведено опитування публічних службовців міста Києва (далі – публічні службовці) для того, щоб з'ясувати, наскільки проблема порушення сну є для них актуальною.

Для оцінки труднощів зі сном використовували Афінську шкалу безсоння (AIS) – опитування, що складається з 8 запитань.

За допомогою цієї шкали оцінювали такі аспекти, як:

суб'єктивне сприйняття якості сну; труднощі з засинанням;

пробудження вночі;

ранні пробудження; загальну тривалість сну;

самопочуття протягом дня;

фізичне та психологічне функціонування протягом дня; сонливість протягом дня.

У дослідженні взяло участь 166 публічних службовців у віці від 19 до 63 років. Опитування було конфіденційним і анонімним для всіх учасників.

Гендерний розподіл: 147 (88,6%) жінок та 19 (11,4%) чоловіків (рис.2.1).



Рис. 2.1 Гендерний розподіл, % від загальної кількості опитаних

Аналіз даних щодо швидкості засинання після вимкнення світла представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Швидкість засинання після вимкнення світла, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, осіб (%)
швидко	51 (30,7)
з невеликою затримкою	68 (40,9)
з помітною затримкою	40 (24,1)
з тривалою затримкою або не сплю взагалі	7 (4,2)

Отримані дані свідчать про те, що більшість публічних службовців засинають з невеликою затримкою 68 (40,9%). Також значний відсоток засинають швидко 51 (30,7 %). Окрім того, досить велика кількість опитаних 40 (24,1%) засинають з помітною затримкою. З тривалою затримкою або не сплять взагалі – 7 (4,2%) опитаних (рис.2.2).



Рис. 2.2 Швидкість засинання після вимкнення світла, % від загальної кількості опитаних

Аналіз даних щодо пробудження вночі, представлено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Пробудження вночі, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, осіб (%)
ні	8 (4,8)
рідко	52 (31,3)
доволі часто	100 (60,2)
часто або не сплю взагалі	6 (3,6)

Отримані дані свідчать про те, що більшість публічних службовців прокидаються протягом ночі доволі часто 100 осіб (60,2%). Також значний відсоток прокидаються протягом ночі рідко 52 (31,3 %). Окрім того, 8 (4,8%) не прокидаються протягом ночі. Часто або не сплять взагалі – 6 (3,6 %) (рис.2.3).

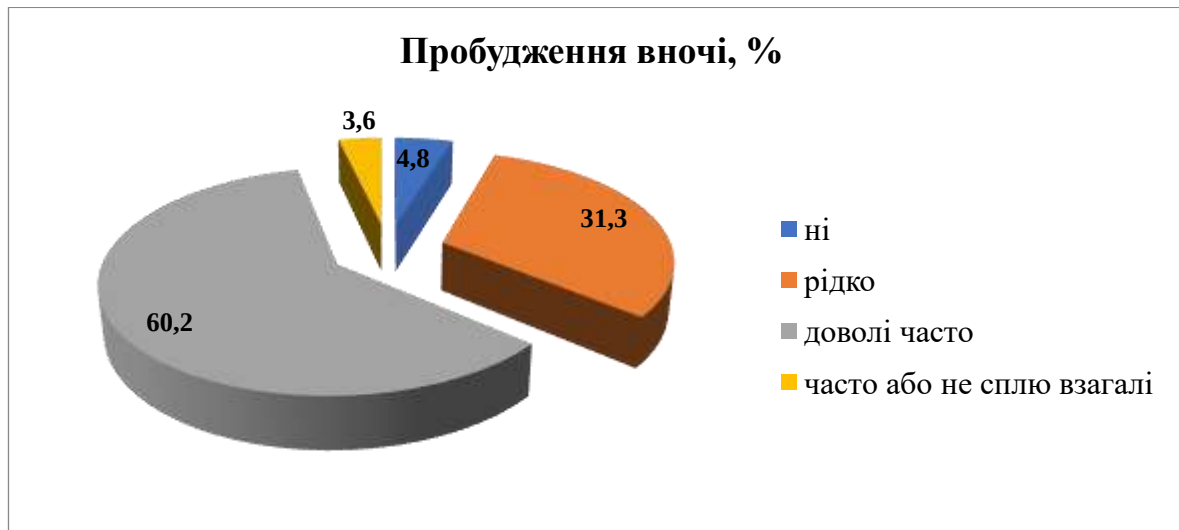


Рис. 2.3 Пробудження вночі, % від загальної кількості опитаних
Аналіз даних щодо пробудження вночі, представлено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Остаточне пробудження раніше ніж хотілося, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, чол.
ні	71 (42,8)
дещо раніше	63 (38,0)
істотно раніше	24 (14,5)
на багато раніше або не сплю взагалі	8 (4,8)

Результати проведеного дослідження показують, що більшість публічних службовців не прокидаються раніше, ніж хотіли б – 71 особа (42,8 %). Дещо раніше прокидаються 63 респонденти (38,0 %), істотно раніше – 24 особи (14,5 %), а значно раніше або взагалі не сплять взагалі – 8 осіб (4,8 %) (рис.2.4).



Рис. 2.4 Остаточне пробудження раніше ніж хотілося,
% від загальної кількості опитаних

Проаналізуємо дані щодо загальної тривалості сну, табл. 2.4

Таблиця 2.4

Загальна тривалість сну, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, чол.
достатня	40 (24,1)
недостатня	91 (54,8)
помітно недостатня	31 (18,7)
дуже недостатня або не сплю взагалі	4 (2,4)

Більшість публічних службовців оцінюють загальну тривалість сну, як недостатню – 91 (54,8 %). Також значний відсоток оцінюють загальну тривалість сну, як достатню 40 (24,1%). Окрім того, досить велика кількість опитаних 31 (18,7%) оцінюють загальну тривалість сну, як помітно недостатню. Дуже недостатня або не сплять взагалі – 4 (2,4 %) (рис.2.5).



Рис. 2.5 Загальна тривалість сну, % від загальної кількості опитаних
Аналіз даних щодо пробудження вночі, представлено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Загальна якість сну (незалежно від тривалості), осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, %
задовільна	48 (28,9)
трохи незадовільна	68 (41,0)
погана	47 (28,3)
дуже погана або не сплю взагалі	3 (1,8)

Аналіз даних свідчать про те, що більшість публічних службовців мають трохи незадовільну загальну якість сну 68 (41,0%). Задовільну загальну якість сну мають 48 осіб (28,9%), погану загальну якість сну мають 47 (28,3%) опитаних. Дуже погана якість сну або не сплять взагалі – 3 особи (1,8 %) (рис.2.6).



Рис. 2.6 Загальна якість сну (незалежно від тривалості),
% від загальної кількості опитаних

Проаналізуємо дані щодо самопочуття протягом дня, табл. 2.6

Таблиця 2.6

Самопочуття протягом дня, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, %
задовільно	60 (36,1)
трохи незадовільно	79 (47,6)
погано	24 (14,4)
дуже погано	(1,8)

Результати проведеного дослідження вказують на те, що більшість публічних службовців мають трохи незадовільний загальний стан самопочуття наступного дня 79 (47,6 %), задовільний загальний стан самопочуття наступного дня у 60 (36,1 %) осіб, поганий загальний стан самопочуття наступного дня мають 24 (14,4%), дуже погано почуваються наступного дня 8 (4,8 %) опитаних (рис.2.7).

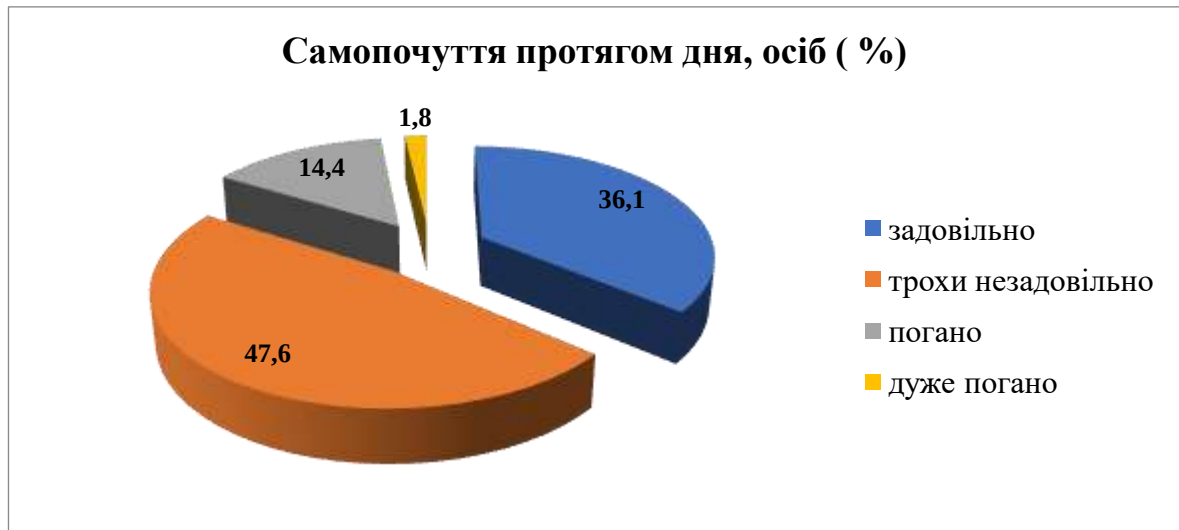


Рис. 2.7 Самопочуття протягом дня, % від загальної кількості опитаних

Аналіз даних щодо розумової та фізичної працездатності протягом дня, представлено у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Стан розумової та фізичної працездатності протягом дня, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, %
нормальна	80 (48,1)
трохи знижена	66 (39,8)
помітно знижена	18 (10,8)
дуже знижена	2 (1,2)

Аналіз даних свідчать про те, що більшість публічних службовців мають нормальну розумову та фізичну працездатність протягом дня – 80 (48,1%). Значний відсоток мають трохи знижену розумову та фізичну працездатність 66 (39,8%). Окрім того, у 18 (10,8 %) осіб помітно знижено стан розумової та фізичної працездатності. Дуже знижений стан розумової та фізичної працездатності протягом дня у 2 (1,2 %) осіб (рис.2.8).

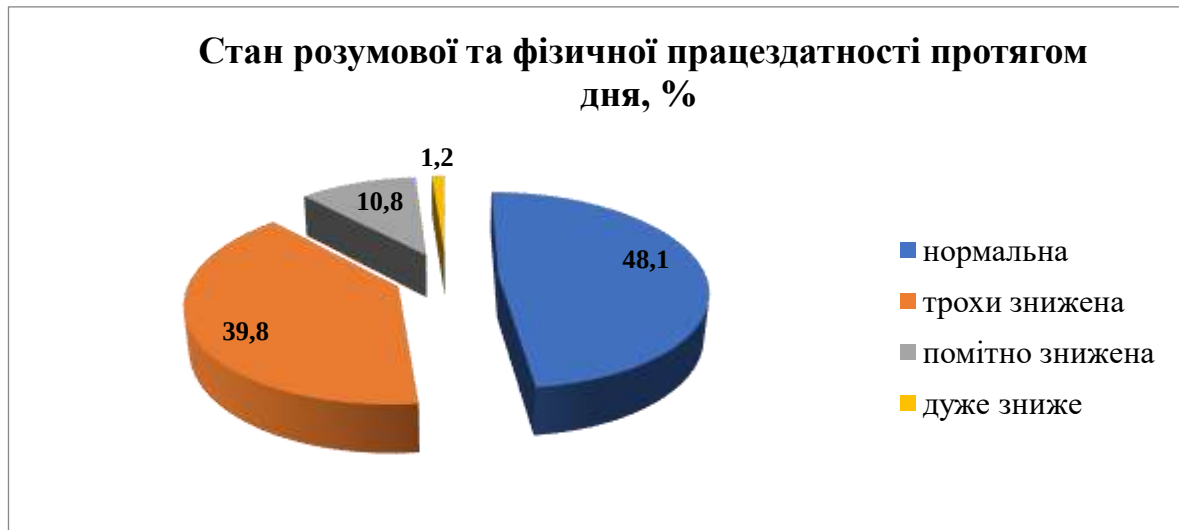


Рис. 2.8 Стан розумової та фізичної працездатності протягом дня, % від загальної кількості опитаних

Проаналізуємо наскільки відчувають сонливість публічні службовці протягом дня у табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Сонливість протягом дня, осіб (%)

Оцінка	Кількість опитаних, %
ні	24 (14,4)
мало виражена	91 (54,8)
суттєво виражена	47 (28,3)
дуже знижена	4 (2,4)

Результати проведеного дослідження вказують на те, що більшість публічних службовців мають мало виражену сонливість протягом дня – 91 (54,8 %), суттєво виражена сонливість протягом дня у 47 (28,3%) осіб, не мають сонливості протягом дня 24 (14,4 %), дуже знижена сонливість протягом дня у 4 (2,4 %) опитаних (рис.2.9).

Сонливість протягом дня, % від загальної кількості опитаних (рис.2.9).



Рис. 2.9 Сонливість протягом дня, % від загальної кількості опитаних

Результати оцінювали за наступними критеріями: 0–3 бали – відсутність порушень сну; 4–5 балів – можливі порушення сну; 6–24 бали – безсоння, що потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування.

За Афінською шкалою безсоння (AIS) переважна більшість публічних службовців, а саме 119 осіб (71,7%), мають безсоння, яке потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування. У 25 осіб (15,1%) виявлено можливі порушення сну, а 22 особи (13,2%) не мають ознак порушень сну (рис.2.10).



Рис.2.10 Результати опитування за Афінською шкалою безсоння,
% від загальної кількості опитаних

Лише 19 осіб (11,4%) повідомили про звернення до лікаря або психолога зі скаргами на порушення сну та перебувають на лікуванні або терапії. Більшість, а саме 147 осіб (88,6%), не зверталися за допомогою (рис.2.11).



Рис.2.11 Звернення за медичною допомогою,
% від загальної кількості опитаних

Бажання пройти групову когнітивно-поведінкову терапію для покращення якості сну висловили 60 осіб (36,1%). Решта 106 (63,9%) осіб не виявили зацікавленості в такій терапії (рис.2.12).



Рис.2.12 Інтерес до когнітивно-поведінкової терапії,
% від загальної кількості опитаних

Результати Афінської шкали безсоння (AIS) свідчать про високу поширеність проблем зі сном серед публічних службовців, що підкреслює важливість підвищення обізнаності щодо методів лікування та надання підтримки.

З'ясовано, що публічні службовці готові активно залучатися до власного лікування, що відкриває можливості для розробки та впровадження спеціалізованих програм психологічної підтримки.

Для діагностики безсоння та оцінки його тяжкості необхідно провести додаткові дослідження, результати яких мають бути враховані під час розробки тренінгових програм когнітивно-поведінкової терапії, адаптованих до потреб публічних службовців.

2.3. Дизайн дослідження

Загальна кількість обстежених склала 166 публічних службовців. За результатами Афінської шкали безсоння (AIS) переважна більшість публічних службовців, а саме 119 осіб (71,7%), мають безсоння, яке потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування. У 25 осіб (15,1%) виявлено можливі порушення сну, а 22 особи (13,2%) не мають ознак порушень сну.

Для проведення дослідження було сформовано 2 групи: експериментальну і контрольну. Кожна група складалася з 32 осіб.

Експериментальна група.

Критеріями включення в дослідження були:

за результатами AIS мають безсоння, яке потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування;

бажання пройти групову когнітивно-поведінкову терапію для покращення якості сну;

Критерії виключення: звернення до лікаря або психолога зі скаргами на порушення сну та перебування на лікуванні або терапії.

Контрольна група.

Критеріями включення в дослідження були:

за результатами AIS мають безсоння, яке потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування;

Критерії виключення: звернення до лікаря або психолога зі скаргами на порушення сну та перебування на лікуванні або терапії.

Експериментальна група отримувала 7-тижневу програму групового тренінгу когнітивно – поведінкової терапії. Рівень денної сонливості оцінювався за допомогою Шкали сонливості Епворта, а тяжкість та частота проявів безсоння – за Індексом тяжкості інсомнії. Обстеження проводилося двічі: перед початком тренінгу та через сім тижнів.

Контрольна група не отримувала жодного втручання. Учасники цієї групи також проходили обстеження на початку дослідження та через сім тижнів.

Для аналізу отриманих даних використані методи та прийоми: аналіз абсолютних і відносних змін, середні величини, кореляційний аналіз, аналіз структури, частотний аналіз в середовищі Microsoft Excel. Це дозволить порівняти зміни в рівні денної сонливості та симптомах безсоння між експериментальною та контрольною групами та оцінити ефективність програми КПТ.

Висновки до другого розділу

Актуальну редакцію європейських настанов щодо діагностики та лікування безсоння розробила робоча група Європейського товариства з вивчення сну. У цих рекомендаціях зазначено, що для діагностики інсомнії та оцінки її тяжкості доцільно використовувати низку спеціалізованих опитувальників [44]. Серед основних інструментів, які застосовуються, можна виділити Афінську шкалу безсоння (AIS), Індекс тяжкості інсомнії (ISI) та Шкалу сонливості Епворта (ESS) [55, 59].

Численні дослідження підтвердили високу діагностичну точність цих шкал, які охоплюють як оцінку нічних порушень сну, так і денних дисфункцій. Індекс тяжкості інсомнії (ISI) включає психологічні аспекти, такі як занепокоєння та задоволеність якістю сну, що дозволяє отримати повнішу картину стану пацієнта. AIS зосереджена переважно на фізіологічних аспектах, враховуючи сонливість та денну функціональність. ESS спеціально призначена для оцінки рівня денної сонливості, що допомагає у визначенні її впливу на повсякденну діяльність пацієнта.

Використання опитувальників у дослідженнях для діагностики безсоння є науково обґрунтованим та ефективним методом. Застосування комплексного підходу, що включає кілька опитувальників, дозволяє отримати всебічну оцінку розладів сну.

За результатами AIS переважна більшість публічних службовців, а саме 119 осіб (71,7%), мають безсоння, яке потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування. У 25 осіб (15,1%) виявлено можливі порушення сну, а 22 особи (13,2%) не мають ознак порушень сну. Для глибшого розуміння причин безсоння серед публічних службовців необхідно провести додаткові дослідження, результати яких мають бути враховані під час розробки тренінгових програм когнітивно-поведінкової терапії, адаптованих до потреб цієї групи.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ГРУПОВОГО ТРЕНІНГУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ СНУ (ІНСОМНІЇ)

3.1. Зміст та структура програми «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців»

Програму «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» розроблено з метою розвитку психологічної компетентності публічних службовців шляхом формування навичок саморегуляції за допомогою когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну, що дозволить їм підвищити ефективність виконання посадових обов'язків та забезпечити загальну продуктивність праці.

За результатами навчання публічні службовці повинні демонструвати:

1. Знання:

1.1 сутності психічного здоров'я і психологічного благополуччя;

1.2 основних причин порушень сну: розуміння фізіологічних, психологічних та соціальних факторів, що призводять до проблем зі сном;

1.3 впливу порушень сну на підвищення ризику професійного вигорання;

1.4 основних технік когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), її принципів та ефективності при порушеннях сну;

1.5 основних методів та технік регуляції психоемоційного стану;

1.6 основних технік самодопомоги при порушеннях сну

2. Уміння:

2.1 розпізнати проблеми зі сном;

2.2 аналізувати, як проблеми зі сном сприяють зниженню продуктивності праці, професійному вигоранню та взаємодії в професійному середовищі;

2.3 застосовувати техніки когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для покращення якості сну;

2.4 ведення щоденника сну для відстеження своїх звичок та прогресу;

2.5 аналізувати середні показники сну і визначення індексу його ефективності.

3. Навички:

3.1 самоспостереження за сном: систематичне відстеження якості сну, визначення факторів, що позитивно або негативно впливають на нього та продуктивність на робочому місці;

3.2 застосування опитувальників, тестів для виявлення симптомів порушення сну;

3.3 самодопомоги та саморегуляції за допомогою практичного використання набутих знань для самостійного впровадження різних технік когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у своє життя для покращення якості сну та запобігання професійного вигорання, покращення власної продуктивності та ефективності на робочому місці.

Під час проведення тренінгу проводяться мінілекції, тренінги, презентації, тематичні дискусії, майстер-класи, практичні завдання (практикуми), аналіз ситуацій, кейсів та розв'язання ситуаційних завдань, індивідуальна та групова робота, психологічні опитувальники, тестування, самоаналіз, самостійна робота.

Програма «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» розрахована на 30 академічних годин (із них 4 години самостійної роботи для психоедукації); розрахована на сім тижнів і включає сім групових занять 1 раз на тиждень. Тривалість занять на 1 тиждні – 6 академічних годин, 2-5 тиждні – 4 академічні години, 6-7 тиждні по 2 академічні години.

Після кожного заняття обов'язкове виконання практичних завдань (рекомендацій) і обговорення їх у групі на очному занятті, у чаті або, за потреби, індивідуально з тренером.

Структура програми «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» наведено у додатку Д.

Програма «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» складається зі вступу та 10 взаємопов'язаних тем. Перед початком усі учасники пройшли опитувальники «Індекс тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI) (за Ch. Morin)» та «Шкала сонливості Епворта».

Вступ. Діагностичний опитувальники: «Шкала сонливості Епворта», «Індекс тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI) (за Ch. Morin)».

Тема 1. Базова психоосвіта: фізіологія сну, фази сну, циркадні ритми, депривація сну, потреба у сні. Сон та гормони.

Тема 2. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) при порушеннях сну. Протипоказання до КПТ.

Тема 3. Ведення щоденника сну.

Тема 4. Обмеження сну та контроль стимулів. Речовини: вплив алкоголю, кофеїну, чаю та інших стимуляторів на сон.

Тема 5. Гігієна сну. Корисні та шкідливі звички. Рекомендації щодо здорового сну.

Тема 6. Робота з негативними переконаннями і переживаннями.

Тема 7. Релаксаційні техніки когнітивно-поведінкової терапії.

Тема 8. Гігієна спальні. Ароматерапія. Профілактика рецидиву безсоння.

Тема 9. Оцінка ефективності когнітивно-поведінкової терапії у подоланні порушень сну. Рекомендації щодо покращення та збереження результатів

Підведення підсумків.

Частина програми передбачала самостійну психоедукацію (4 академічні години).

Перший тиждень.

Вступ. Методика «Шкала сонливості Епворта». Методика «Індекс тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI) (за Ch. Morin)».

Завдання вступної частини:

- знайомство з учасниками; актуалізація теми програми; виявлення очікувань; прийняття правил групової роботи.
- отримання знань щодо діагностики розладів сну.
- проходження діагностичного опитувальника «Шкала сонливості Епворта», який спрямований на оцінку ступеня денної сонливості.
- проходження діагностичного обстеження за допомогою опитувальника Індекс тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI) (за Ch. Morin), який спрямований на оцінку характеру та ступеню тяжкості безсоння.

Структура вступної частини

Вступне слово. Озвучення мети і завдань програми. Виявлення очікувань учасників. Обговорення правил взаємодії під час групової роботи.

Мінілекція: Діагностика розладів сну: апаратні методи (полісомнографія, актіграфія) та опитувальники.

Практичне завдання:

- проходження опитувальника «Шкала сонливості Епворта», який спрямований на оцінку ступеня денної сонливості.
- проходження опитувальника «Індекс тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI) (за Ch. Morin)», який спрямований на оцінку характеру та ступеню тяжкості безсоння.

Тема 1. Базова психоосвіта: фізіологія сну, фази сну, циркадні ритми; депривація сну, потреба у сні; вплив гормонів на сон.

Завдання Теми 1:

- отримання знань щодо фізіології сну, фаз сну, факторів, що сприяють порушенню сну, циркадних ритмів; депривації сну, індивідуальних потреб у сні та міфів про сон.

Структура Теми 1

Мінілекція: основи фізіології сну; фази сну (повільний сон (NREM), швидкий сон (REM)).

Обговорення: Фактори, що сприяють порушенню сну.

Презентація: Циркадні ритми та деривація сну.

Групова робота: вправа «Індивідуальні потреби у сні».

Групова робота: вправа «Міфи про сон».

Тема 2. Доказова ефективність когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну. Когнітивні техніки. Поведінкові техніки.

Протипоказання до проведення когнітивно-поведінкової терапії.

Очікування по часу щодо ефекту.

Завдання Темі 2:

- отримання знань щодо методів корекції порушень сну;
- отримання знань щодо когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну (КПТ-I): психоосвіта, когнітивні техніки, поведінкові техніки;
- аналіз протипоказань до проведення когнітивно-поведінкової терапії та очікування по часу щодо ефекту.

Структура Темі 2

Мінілекція: Методи корекції порушень сну. Когнітивно-поведінкова терапія при порушеннях сну (КПТ-I): психоосвіта, когнітивні техніки, поведінкові техніки.

Презентація: Які існують обмеження та протипоказання до застосування КПТ.

Презентація: В яких випадках метод КПТ може бути неефективним.

Тема 3. Ведення щоденника сну.

Завдання Темі 3:

- отримання знань і практичних навичок щодо ведення щоденника сну;
- вияв та аналіз закономірностей, що призводять до порушення сну;
- отримання практичних навичок щодо розрахунку ефективності сну.

Структура Темі 3

Презентація: Ведення щоденника сну.

Обговорення: Вияв та аналіз закономірностей, що призводять до порушення сну.

Практичне завдання: Заповнення щоденника сну.

Практичне завдання: Розрахунок середнього часу сну (підрахуйте суму годин нічного сну (у хвиликах) і розділіть її на кількість ночей, для яких ви вели щоденник).

Практичне завдання: Розрахунок встановленого часу у ліжку (кількість часу, яку ви повинні проводити в ліжку щоночі від сьогодні до наступного запису в щоденнику. Ви розраховуєте свій встановлений час у ліжку, додаючи 30 хвилин до вашого середнього часу сну).

Практичне завдання: Розрахунок ефективності сну (загальна кількість годин сну / загальна кількість годин, проведених у ліжку).

Підведення підсумків. Рефлексія.

Завдання (рекомендації) для учасників на 1 тиждень: розпочніть заповнювати щоденник сну. Через сім днів проаналізуйте середні показники вашого сну за тиждень і визначте індекс його ефективності.

Другий тиждень.

Тема 4. Обмеження сну та контроль стимулів.

Завдання Тем 4:

- отримання знань щодо методики обмеження сну: скорочення часу, проведеного у ліжку для створення незначного дефіциту сну та підвищення його ефективності;
- знайомство з правилами обмеження сну;
- набуття знань щодо методики контролю стимулів, яка передбачає впровадження простих правил з метою створення умов, за яких ліжка асоціюється виключно зі сном.
- ознайомлення з правилами контролю стимулів;
- аналіз ведення щоденників сну.

Структура Тем 4

Вступ. Рефлексія 1 тижня.

Мінілекція: Обмеження сну. Як це працює?

Групова робота: вправа «Правила обмеження сну».

Кейс: Альберт Петрович до безсоння лягав близько 23:00, вставав о 7:00 – 7:30. Враховуючи його особливості, було визначено, що оптимальна тривалість сну 6 годин 45 хвилин. Якби ми дозволили йому лягати о 23:00, то йому б довелося вставати о 05:45, що не дуже зручно. Тому було встановлено графік: 00:15 – вкладання в ліжку, 07:00 – пробудження». Вже через 6 днів тривалість засинання скоротилася до 10 хвилин, Альберт Петрович зазначив, що сон став міцнішим і кращим за якістю.

Розв'язання ситуаційного завдання.

Практичне завдання: Я лягаю в ліжку о _____ годин _____ хвилин.

Я встаю вранці з ліжка о _____ годин _____ хвилин.

Мінілекція: Контроль стимулів.

Презентація: Правила контролю стимулів. Як замінити асоціацію «ліжка = безсоння» на «ліжка = сон».

Практичне завдання: Аналіз ведення щоденників сну.

Тема 5. Речовини: вплив алкоголю, кофеїну, чаю та інших стимуляторів на сон.

Завдання Темі 5:

– поглиблення знань щодо впливу речовин: алкоголю, кофеїну, чаю та інших стимуляторів на сон.

– формування природного циклу сну, що передбачає повну відмову від стимуляторів – кави, чаю, снотворних, алкоголю та енергетиків; створення умов для самостійного регулювання сну без штучного втручання.

Структура Темі 5

Презентація: вплив речовин: алкоголю, кофеїну, чаю та інших стимуляторів на сон.

Груповою робота: Які продукти, напої та лікарські засоби містять кофеїн.

Обговорення: Досвід учасників щодо впливу стимуляторів на їх сон.

Підведення підсумків. Рефлексія.

Завдання (рекомендації) для учасників на 2 тижень: продовження ведення щоденника сну, виконання методики обмеження сну, виконання

методики контроль стимулів, заповнення та аналіз аркушу «Зміни поведінки, які потрібно зробити», повна відмова від алкоголю, кофеїну, чаю та інших стимуляторів, аналіз середнього показника сну за тиждень і визначення індексу його ефективності.

Третій тиждень.

Тема 6. Гігієна сну. Корисні та шкідливі звички. Рекомендації щодо здорового сну.

Завдання Темі 6:

- отримання рекомендацій щодо гігієни сну;
- аналіз власних звичок пов'язаних зі сном;
- вироблення поведінки, як такої що сприяє сну;
- поглиблення знань щодо впливу фізичної активності на сон;
- отримання рекомендації по харчуванню для покращення якості сну.
- заповнення та аналіз опитувальника «Індекс гігієни сну Sleep hygiene index (SHI)» (додаток Е);
- аналіз ведення щоденників сну.

Структура Темі 6

Вступ. Рефлексія 2 тижня.

Мінілекція: Гігієна сну.

Індивідуальна робота: Аналіз власних звичок пов'язаних зі сном;

Розв'язання ситуаційних завдань: Поведінка, що сприяє здоровому сну;

Презентація: Вплив фізичної активності на сон;

Презентація: Як харчування впливає на сон.

Практичне завдання: заповнення та аналіз опитувальника «Індекс гігієни сну Sleep hygiene index (SHI)»;

Аналіз ведення щоденників сну;

Підведення підсумків. Рефлексія.

Завдання (рекомендації) для учасників на 3 тиждень: продовження ведення щоденника сну, створення сприятливого середовища для сну, обмеження використання гаджетів перед сном, коригування раціону

харчування (в разі необхідності), аналіз середнього показника сну за тиждень і визначення індексу його ефективності, продовження виконання рекомендацій 1-2 тижня.

Четвертий тиждень.

Тема 7. Робота з негативними переконаннями та переживаннями.

Завдання до 7:

- отримання знань і пояснення моделі «АВС-аналізу» [56] при порушеннях сну;
- виявлення автоматичних негативних думок;
- отримання практичних навичок щодо виявлення та заміни неадаптивних думок на більш конструктивні;
- застосування техніки дистанціювання від негативних думок;
- освоєння методу «Сократівський діалог» [61];
- аналіз ведення щоденників сну.

Структура Тем 7

Вступ. Рефлексія 3 тижня.

Презентація: Модель «АВС-аналізу» при порушеннях сну.

Кейс: Виявлення автоматичних негативних думок

Практичне завдання: виявлення та заміна неадаптивних думок на більш конструктивні;

Практичне завдання: техніки дистанціювання від негативних думок;

Аналіз ситуацій.

Практичне завдання: освоєння методу «Сократівський діалог» [61];

Аналіз ведення щоденників сну.

Підведення підсумків. Рефлексія.

Завдання (рекомендації) для учасників на 4 тиждень: продовження ведення щоденника сну, відслідковування (запис) негативних думок та їх переформулювання, аналіз середнього показника сну за тиждень і визначення індексу його ефективності, продовження виконання рекомендацій 1-3 тижня.

П'ятий тиждень.

Тема 8. Релаксаційні техніки когнітивно-поведінкової терапії.

Завдання Темі 8:

Антистресова гімнастика, прогресивна м'язова релаксація Джекобсона. Вправи на дихання. Діафрагмальне дихання. Аутогенне тренування за Шульцем. Імагінативні техніки, техніка «Час для тривоги», Візуалізація. Майндфулнес. Самонавіювання [61].

– отримання знань щодо релаксаційних технік та їх ефективності при порушеннях сну;

– оволодіння антистресовою гімнастикою, технікою прогресивної м'язової релаксації Джекобсона. Вправи на дихання. Діафрагмальне дихання.

Аутогенне тренування за Шульцем. Імагінативні техніки. Техніка «Час для тривоги». Візуалізація. Майндфулнес. Самонавіювання.

– аналіз ведення щоденників сну.

Структура Темі 8

Вступ. Рефлексія 4 тижня.

Презентація: Релаксаційні техніки та їх ефективність при порушеннях сну.

Практичне заняття: відпрацювання техніки «Час для тривоги» на прикладі ситуаційного завдання.

Практикум: антистресова гімнастика.

Практикум: прогресивна м'язова релаксація Джекобсона.

Практикум: вправи на дихання.

Практикум: аутогенне тренування за Шульцем.

Практикум: Діафрагмальне дихання.

Практикум: Імагінативні техніки.

Практикум: Час для тривоги.

Практикум: Візуалізація.

Практикум: Майндфулнес.

Практикум: Самонавіювання.

Розв'язання ситуаційних завдань.

Аналіз ведення щоденників сну.

Підведення підсумків. Рефлексія.

Завдання (рекомендації) для учасників на 5 тиждень: ведення щоденника сну, щоденна практика релаксаційних технік перед сном, аналіз середнього показника сну за тиждень і визначення індексу його ефективності, продовження виконання рекомендацій 1-4 тижня.

Шостий тиждень.

Тема 9. Гігієна спальні. Ароматерапія. Профілактика рецидиву безсоння.

Завдання Темі 9:

- отримання знань щодо гігієни спальні;
- отримання знань щодо впливу ароматерапії на сон;
- поглиблення знань щодо профілактики рецидиву безсоння;
- аналіз ведення щоденників сну.

Структура Темі 9

Вступ. Рефлексія 5 тижня.

Презентація: Гігієна спальні (інтер'єр і колір; освітлення; температура повітря; вплив сторонніх звуків; вологість і провітрюваність; чистота; ліжко; матрац, подушка, ковдра; одяг для сну).

Майстер-клас: Вплив ароматерапії на сон. Виготовлення свічок та сумішей для аромаламп.

Обговорення: Профілактика рецидиву безсоння

Аналіз ведення щоденників сну.

Підведення підсумків. Рефлексія.

Завдання (рекомендації) для учасників на 6 тиждень: ведення щоденника сну, поліпшення гігієни спальні (в разі необхідності), аналіз середнього показника сну за тиждень і визначення індексу його ефективності, продовження виконання рекомендацій 1-5 тижня.

Сьомий тиждень.

Тема 10. Оцінка ефективності когнітивно-поведінкової терапії у подоланні порушень сну. Рекомендації щодо покращення та збереження результатів.

Завдання Темі 10:

- проходження діагностичного опитувальника «Шкала сонливості Епворта», який спрямований на оцінку ступеня денної сонливості.
- проходження діагностичного обстеження за допомогою опитувальника Індекс тяжкості інсомнії (за Ch. Morin), який спрямований на оцінку характеру та ступеню тяжкості безсоння.
- обговорення результатів опитувальників;
- отримання рекомендацій щодо покращення та збереження результатів;
- підведення підсумків.

Структура Темі 10

Вступ. Рефлексія 6 тижня.

Практичне завдання:

- проходження опитувальника «Шкала сонливості Епворта», який спрямований на оцінку ступеня денної сонливості.
- проходження опитувальника «Індекс тяжкості інсомнії», який спрямований на оцінку характеру та ступеню тяжкості безсоння.

Обговорення результатів опитувальників.

Тематична дискусія: отримання рекомендацій щодо покращення та збереження результатів.

Підведення підсумків. Рефлексія.

3.2. Аналіз ефективності впровадження програми

На основі даних, наведених у підрозділі 2.4., проведено дослідження порушень сну в експериментальній та контрольній групах. Для аналізу отриманих результатів застосовані такі методи та прийоми, як аналіз абсолютних і відносних змін, середні величини, кореляційний аналіз, аналіз структури, частотний аналіз з використанням програми Microsoft Excel, що дозволило оцінити відмінності в рівні денної сонливості та виразності симптомів безсоння між групами, а також визначити ефективність групового тренінгу когнітивно-поведінкової терапії для корекції порушень сну.

З метою оцінки ступеня денної сонливості публічних службовців ми використовували Шкалу сонливості Епворта (ESS).

Дослідження базувалося на оцінюванні наступних ситуацій: 1) сиджу і читаю; 2) дивлюсь телевізор; 3) сиджу і не роблю активних дій в громадському місці (на засіданні, нараді); 4) їду в машині, в іншому транспорті, як пасажир протягом години; 5) лежу вдень і відпочиваю, якщо дозволяють обставини; 6) сиджу і розмовляю з кимось; 7) спокійно сиджу після прийому їжі (без алкоголю); 8) сиджу в машині, в іншому транспорті, який зупинився на кілька хвилин, та наступної шкали оцінювання ймовірності засинання: ніколи б не заснув/-ла або не задрімав/-ла – 0; невелика ймовірність – 1; існує ймовірність заснути чи задрімати – 2; висока ймовірність заснути чи задрімати – 3.

Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп на початковому етапі, перед участю експериментальної групи в програмі тренінгу когнітивно – поведінкової терапії (додаток Є).

Результати опитування ESS показали, що в експериментальній групі переважна більшість учасників має надмірну (імовірно патологічну) сонливість – 30 осіб (94%). Підвищену сонливість визначено у 2 осіб (6%), тоді як жоден з учасників не має нормального рівня сонливості (0%).

Середнє значення оцінки для цієї групи склало 12,81, що свідчить про загальний високий рівень денної сонливості.

Аналіз результатів ESS у контрольній групі показав схожий розподіл: більшість, а саме 31 особа (97%), мають надмірну (імовірно патологічну) сонливість, у 1 особи (3%) виявлено підвищену сонливість, нормального рівня сонливості також не має жоден з опитаних (0%).

Середнє значення оцінки для контрольної групи становить 12,75, що також вказує на високий рівень денної сонливості серед учасників.

Для оцінки характеру та ступеня тяжкості безсоння було використано Індекс тяжкості інсомнії (ISI).

Дослідження проведено на основі наступного розподілу запитань: 1) труднощі із засинанням; 2) часті та/або тривалі нічні пробудження; 3) дуже ранні вранішні пробудження; 4) рівень задоволеності сном за останній період; 5) оцінка впливу проблем зі сном на працездатність (втом, концентрація уваги, пам'ять, настрій); 6) вплив проблем зі сном на якість життя; 7) заклопотаність або постійні думки про проблеми зі сном. Шкала оцінювання: зовсім ні – 0 балів; трохи – 1 бал; середньо – 2 бали; значно – 3 бали; надзвичайно – 4 бали.

Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп на початковому етапі, перед участю експериментальної групи в програмі тренінгу когнітивно – поведінкової терапії (додаток Ж).

Результати опитування за ISI показали, що в експериментальній групі переважає підпорогове безсоння – 18 осіб (56%). Клінічне безсоння середньої тяжкості виявлено у 12 осіб (38%), тяжке клінічне безсоння спостерігається у 2 осіб (6%). Жоден учасник не продемонстрував відсутності клінічно значущого безсоння. Середнє значення оцінки для цієї групи склало 14,03.

Аналіз ISI у контрольній групі показав наступний розподіл: підпорогове безсоння також виявлено у 18 осіб (56%), клінічне безсоння середньої тяжкості — у 11 осіб (34%), тяжке клінічне безсоння спостерігається у 2 осіб (6%), клінічно значущого безсоння немає у 1 учасника (3%). Середнє значення оцінки для групи – 14,38.

На рисунку 3.1 представлено порівняльний аналіз розподілу учасників експериментальної та контрольної груп за ESS.

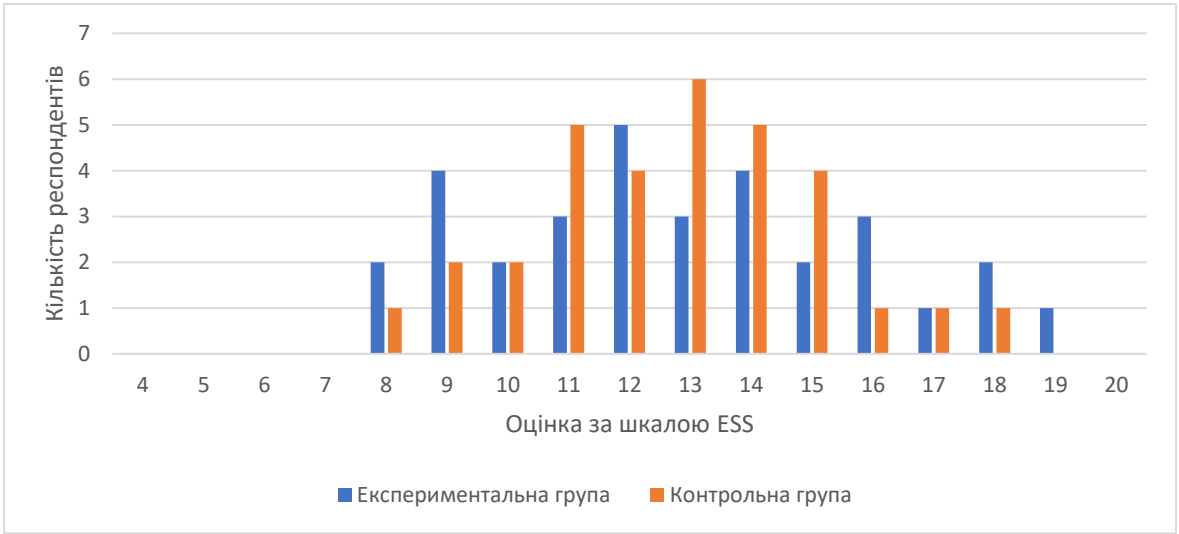


Рис.3.1 Аналіз розподілу учасників за ESS

Графік відображає кількість респондентів у кожній групі залежно від їхньої оцінки за ESS, що дозволяє візуально порівняти рівень денної сонливості між експериментальною та контрольною групами.

На рисунку 3.2 представлено порівняльний аналіз розподілу учасників експериментальної та контрольної груп за ISI.

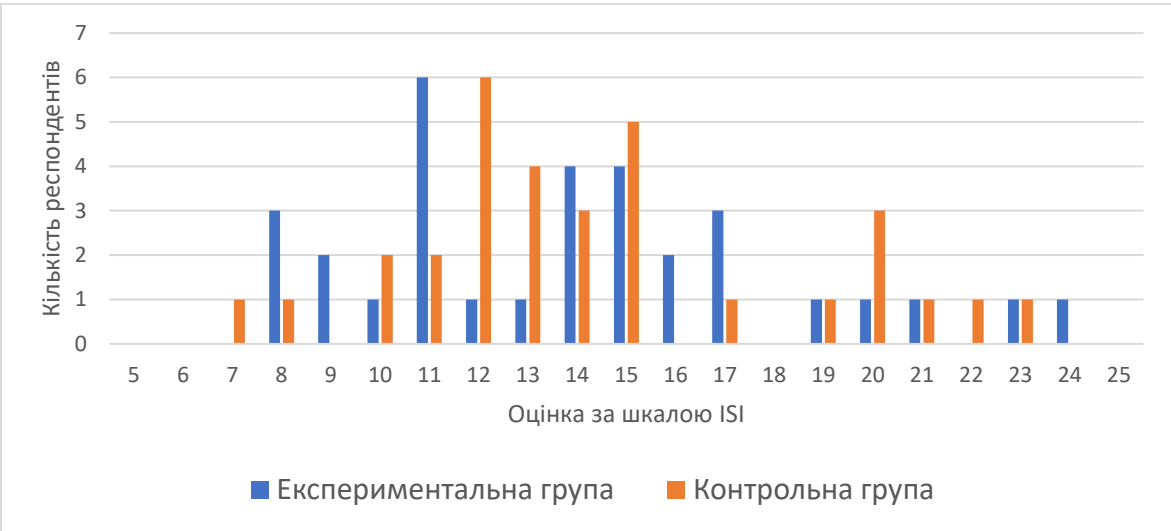


Рис.3.2 Аналіз розподілу учасників за ISI

Графік відображає кількість респондентів у кожній групі залежно від їхньої оцінки за ISI, що дозволяє візуально порівняти рівень тяжкості інсомнії між експериментальною та контрольною групами.

Отримані результати аналізу показників експериментальної та контрольної груп на початковому етапі дослідження підтверджують наступне:

1. Учасники як експериментальної, так і контрольної груп мають певні проблеми зі сном.

2. Кореляція між оцінками за ESS та ISI становить 0,65 для експериментальної групи та 0,55 для контрольної, що свідчить про наявність зв'язку між результатами обох методик у діагностиці проблем зі сном.

3. Експериментальна та контрольна групи демонструють схожі результати за обома методиками, що забезпечує надійну базу для подальшого експериментального аналізу. Такий розподіл учасників є обґрунтованим і доцільним для продовження дослідження.

За умовами нашого дослідження експериментальна група публічних службовців взяла участь у 7-тижневій програмі групового тренінгу «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців».

Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп за ESS через 7 тижнів, після участі експериментальної групи в програмі тренінгу когнітивно – поведінкової терапії (додаток 3).

Результати опитування за ESS через 7 тижнів показали, що в експериментальній групі нормальний сон мають 19 осіб (59%), що на 19 осіб більше порівняно з початковим значенням. Учасники з підвищеною сонливістю становили 12 осіб (38%), що на 10 осіб більше. Частка учасників з надмірною (імовірно патологічною) сонливістю знизилася до 1 особи (3%), що означає зменшення на 29 осіб. Середнє значення оцінки за ESS для експериментальної групи склало 6,13 балів, що свідчить про значне зменшення на 6,69 балів (52%) від початкового рівня.

У контрольній групі частка учасників із нормальним рівнем сонливості зросла до 3 осіб (9%), що на 3 особи більше, порівняно з початковим значенням. Учасники з підвищеною сонливістю – 4 особи (13%), що також на 3 особи більше. Водночас частка учасників із надмірною сонливістю знизилася

на 6 осіб і становить 25 осіб (78%), що свідчить про певне, хоча й менш значне, покращення порівняно з експериментальною групою. Середній показник за ESS у контрольній групі зменшився до 11,19 балів, що на 1,56 балів (12%) нижче від початкового рівня, відображаючи помірне покращення загального стану сонливості серед учасників.

На рисунку 3.3 представлено порівняльний аналіз розподілу учасників експериментальної та контрольної груп за ESS на початковому етапі дослідження і через 7 тижнів, після участі експериментальної групи в програмі тренінгу когнітивно – поведінкової терапії.

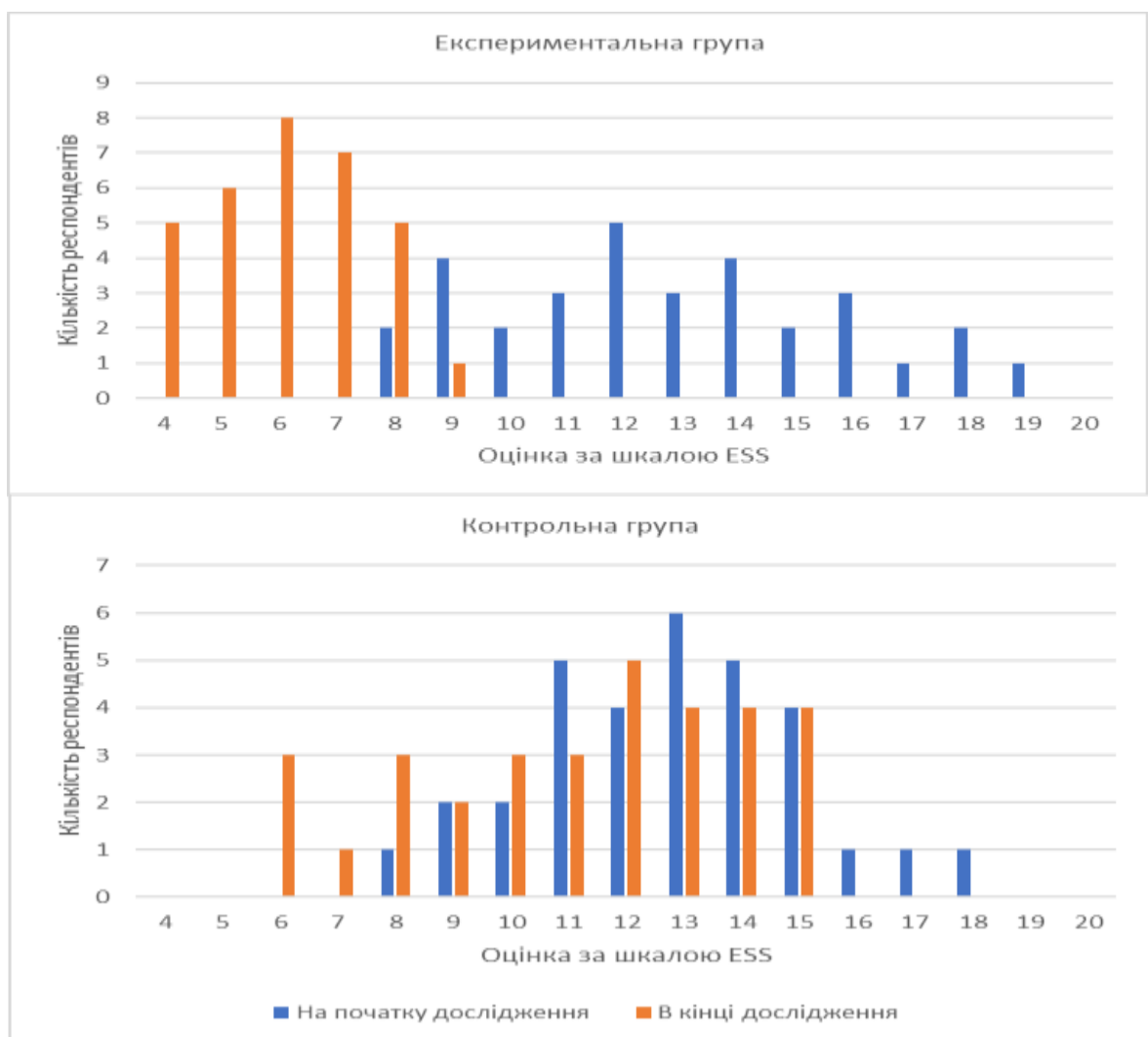


Рис.3.3 Порівняльний аналіз розподілу учасників за ESS на початковому етапі дослідження і через 7 тижнів

Таким чином, результати демонструють значніше покращення у зниженні рівня сонливості серед учасників експериментальної групи порівняно з контрольною групою, що може вказувати на ефективність проведеного втручання.

Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп за ISI через 7 тижнів, після участі експериментальної групи в програмі тренінгу когнітивно – поведінкової терапії (додаток Ж).

Результати опитування за ISI показали значні зміни в експериментальній групі. Кількість учасників, що не мають клінічно значущого безсоння зросла до 26 осіб (81%), що є збільшенням на 26 осіб порівняно з початковим рівнем. Підпорогове безсоння спостерігалось у 6 осіб (19%), що свідчить про зменшення на 12 осіб. Жоден із учасників експериментальної групи не продемонстрував клінічного безсоння середньої чи тяжкої тяжкості (зменшення на 12 та 2 особи відповідно). Середнє значення оцінки ISI в експериментальній групі становило 6,72, що на 7,31 балів (або на 52%) менше, ніж на початку дослідження.

У контрольній групі зміни були незначно вираженими. Кількість учасників без клінічно значущого безсоння залишилася незмінною — 1 особа (3%). Підпорогове безсоння виявлено у 21 учасника (66%), що на 3 особи більше, порівняно з початковими даними. Кількість учасників із клінічним безсонням середньої тяжкості знизилася на 2 особи, що становить 9 осіб (28%). Частка учасників із тяжким клінічним безсонням також зменшилася, тепер це 1 особа (3%), що на 1 особу менше від початкового рівня. Середнє значення ISI для контрольної групи знизилося до 13,22 балів, що є зменшенням на 1,16 балів (або 8%) від початкового значення.

На рисунку 3.4 представлено порівняльний аналіз розподілу учасників експериментальної та контрольної груп за ISI на початку дослідження і через 7 тижнів, після участі експериментальної групи в програмі тренінгу когнітивно – поведінкової терапії.

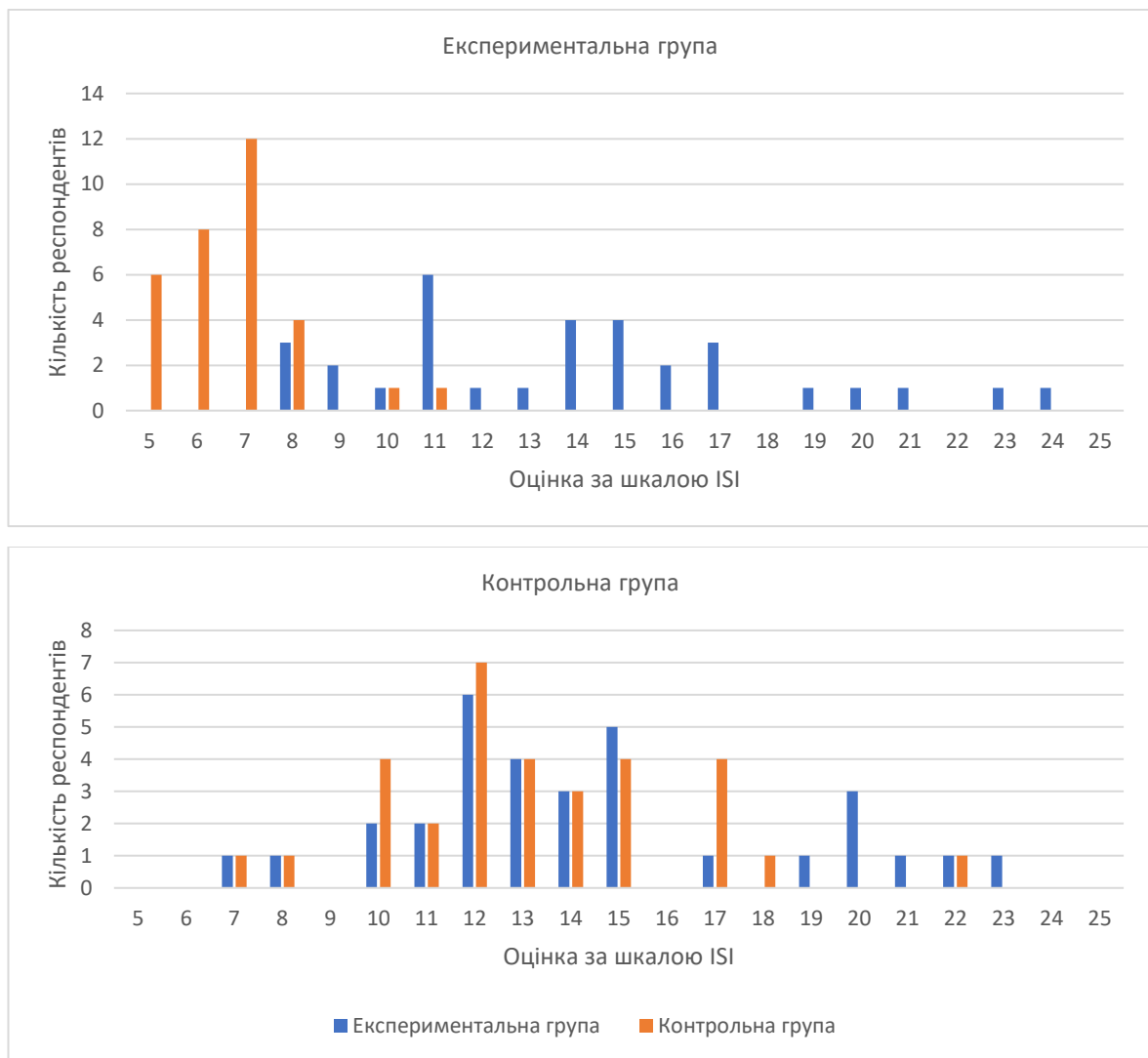


Рис.3.4 Порівняльний аналіз розподілу учасників за ISI на початковому етапі дослідження і через 7 тижнів

Отримані результати демонструють значне покращення стану учасників експериментальної групи, що значно перевищує незначні позитивні зміни, зафіксовані у контрольній групі.

Порівняння узагальнених результатів за ESS та ISI підтверджує наявність суттєвих позитивних змін в експериментальній групі. Незначні зміни в контрольній групі, ймовірно, є наслідком впливу зовнішніх невизначених та неконтрольованих факторів, таких як зміни у повсякденному режимі, тимчасові індивідуальні обставини (відпустки) чи ситуативні стресові події (відключення електроенергії чи зовнішні загрози).

З огляду на те, що можливий вплив цих факторів є незначним у порівнянні зі змінами в експериментальній групі, їх вплив на загальну картину результатів вважається несуттєвим і корекція результатів дослідження не здійснюється.

Зміни показників оцінювання експериментальної та контрольної груп за ESS та ISI на початку та в кінці експерименту для кожного учасника (додаток I).

Кореляція між абсолютними змінами оцінок за ESS та ISI у експериментальній групі становить 0,76, що вказує на досить тісний зв'язок між результатами оцінювання за різними методиками і підтверджує достовірність реєстрації позитивних змін.

Для оцінки рівня змін у кожного респондента встановлено шкалу, яка визначає значимість покращень. Порогом значних змін обрано 8 балів (що відповідає покращенню відповіді на кожне з 8 питань на 1 рівень), із таким розподілом: до 3 балів – **несуттєві зміни (відсутні)**; 4–7 балів – **незначні зміни**; 8–11 балів – **помірні зміни**; 12 балів і більше — **значні зміни**.

Серед респондентів експериментальної групи не виявлено учасників, у яких спостерігалось погіршення якості сну за ESS; у 7 осіб спостерігалися несуттєві позитивні зміни, у 14 – незначні, у 8 – помірні зміни, та у 3 – значні зміни. За шкалою ISI зміни розподілилися наступним чином: у 6 респондентів – несуттєві, у 12 – незначні, у 9 – помірні, та у 5 – значні.

Враховуючи найменший із двох показників змін як критерій впевненої результативності, розподіл виглядає наступним чином: 10 респондентів (31%) показали несуттєві зміни, 12 респондентів (38%) – незначні, 8 респондентів (25%) – помірні, а 2 респонденти (6%) – значні. Під критерієм впевненої результативності розуміємо найменший із двох показників змін, який розглядається як основа для визначення ефективності.

У контрольній групі результати показують переважно відсутність змін або незначне покращення. За ESS – 27 респондентів показали відсутність змін, 4 респонденти мали незначні покращення, 1 – помірне, та жоден не показав значних змін.

За ISI – 28 респондентів не мали змін, 4 показали незначні покращення, а помірних та значних змін не зафіксовано.

Враховуючи найбільшу з двох змін для кожного респондента, розподіл для контрольної групи був наступним: без змін – 24 респонденти (75%), незначні зміни – 7 респондентів (22%), помірні зміни – 1 респондент (3%).

Ці результати підтверджують ефективність втручання в експериментальній групі, оскільки серед них спостерігалися значно більші покращення порівняно з контрольною групою. Значні зміни в контрольній групі не зафіксовано, що підсилює аргументи про ефективність втручання.

На рисунку 3.5 представлено узагальнений розподіл рівнів позитивних змін у показниках якості сну в експериментальній та контрольній групах.



Рис.3.5 Узагальнений розподіл рівнів позитивних змін у показниках якості сну в експериментальній та контрольній групах

Отримані результати підтверджують суттєвий позитивний вплив програми групового тренінгу «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» на учасників експериментальної групи. Значне зниження показників сонливості за ESS та ISI у публічних службовців, які пройшли тренінг, свідчить про ефективність методики когнітивно-поведінкової терапії у вирішенні проблем зі сном у цієї категорії працівників.

Висновки до третього розділу

За умовами дослідження експериментальна група отримувала 7-тижневу програму групового тренінгу КПТ, під час якої рівень денної сонливості оцінювали за ESS, а тяжкість та частоту проявів безсоння – за ISI. Обстеження проводили двічі: на початку тренінгу та через сім тижнів. Контрольна група не отримувала втручання, але проходила аналогічні обстеження у ті самі терміни.

Програма тренінгу складалася з десяти основних тем, розрахованих на сім тижнів, і передбачала проведення щотижневих групових занять. Кожне заняття було присвячене розгляду конкретних аспектів порушень сну та технікам КПТ, а також розробці індивідуального плану дій на тиждень. Учасники отримували завдання, які передбачали ведення щоденника сну. На кожному наступному занятті аналізувався прогрес, коригувався план дій та формувалися нові завдання.

Порівняння загальних показників за ESS та ISI підтверджує наявність значних позитивних змін у експериментальній групі. Незначні зміни в контрольній групі можуть бути наслідком впливу зовнішніх, неконтрольованих факторів, таких як зміни режиму, тимчасові особисті обставини (наприклад, відпустка) або стресові події (наприклад, відключення електроенергії чи зовнішні загрози).

Кореляція між абсолютними змінами показників ESS та ISI в експериментальній групі склала 0,76, що свідчить про значний зв'язок між результатами оцінювання за цими методиками та підтверджує надійність реєстрації позитивних змін. Позитивні зміни були відзначені у 69% учасників експериментальної групи, із них у 31% спостерігалися помірні та значні покращення.

Отримані дані демонструють значний позитивний вплив програми групового тренінгу «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» на учасників експериментальної групи. Суттєве зниження показників сонливості за ESS та зменшення ISI серед публічних службовців, які пройшли тренінг, свідчить про ефективність методики КПТ у вирішенні проблем зі сном для цієї категорії працівників.

Висновки

У кваліфікаційній роботі представлено узагальнені результати проведеного дослідження, яке було спрямоване на розробку та оцінку ефективності програми групового тренінгу когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для покращення якості сну у публічних службовців. Виконання поставлених завдань дало можливість досягти визначеної мети та зробити такі висновки:

1. Теоретичний аналіз проблеми порушення сну, зокрема інсомнії, показав, що розлади сну є поширеною проблемою сучасного суспільства. Дефіцит якісного сну має значний негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я, що підтверджується численними науковими дослідженнями. Проведений аналіз класифікації, епідеміології, факторів ризику та методів діагностики порушення сну підтвердив доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну.

2. Вивчення ефективності когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) засвідчило, що цей метод є науково обґрунтованим та ефективним для лікування інсомній. КПТ дозволяє досягати стійких позитивних змін у якості сну, демонструючи ефективність, що не поступається традиційній фармакотерапії. Більше того, КПТ забезпечує кращі результати у короткостроковій перспективі та має багатообіцяючі довгострокові результати, сприяючи стійкому покращенню сну без істотних побічних ефектів. Однак, в Україні існує дефіцит кваліфікованих фахівців з КПТ, що призводить до тривалих черг на індивідуальні терапевтичні сесії.

3. Групова та дистанційна КПТ, як альтернатива індивідуальним сесіям, може частково вирішити проблему доступу до терапії. Групова КПТ не лише знижує навантаження на обмежену кількість фахівців, але й забезпечує підтримку серед учасників, що сприяє підвищенню мотивації та ефективності терапії. Дистанційний формат проведення, особливо актуальний в умовах

війни в Україні, дозволяє уникати поїздки, що підвищує безпеку та знижує стрес, пов'язаний із фізичною присутністю на заняттях.

4. Розроблена та апробована програма групового тренінгу «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців» включає десять тем. Програма розрахована на сім тижнів по сім групових занять один раз на тиждень. Основою програми є принципи когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на зміну дисфункціональних думок і поведінкових патернів, що впливають на сон. Учасники тренінгу розробляли індивідуальний план дій на тиждень, виконували завдання та фіксували свої спостереження в щоденнику сну. На наступному занятті проводилася оцінка прогресу, здійснювалося коригування плану та формулювання нових завдань для подальшого покращення якості сну.

5. Результати дослідження підтвердили значний позитивний вплив на якість сну у публічних службовців. Порівняння показників за Шкалою сонливості Епворта (ESS) та Індексом тяжкості інсомнії (ISI) до та після тренінгу продемонструвало позитивні зміни в експериментальній групі. Зниження рівня сонливості та тяжкості безсоння було суттєві, тоді як у контрольній групі спостерігались лише незначні позитивні зміни, які, ймовірно, пояснюються зовнішніми випадковими факторами.

6. Кореляційний аналіз показав наявність тісного зв'язку між змінами оцінок за ESS та ISI в експериментальній групі (коефіцієнт кореляції становив 0,76), що свідчить про узгодженість результатів обох методик і підтверджує надійність реєстрації змін.

7. Ефективність програми КПТ для покращення якості сну у публічних службовців була підтверджена. Зниження показників за Шкалою сонливості Епворта (ESS) та Індексом тяжкості інсомнії (ISI) серед публічних службовців, які пройшли тренінг, свідчить про ефективність методики КПТ у вирішенні проблем зі сном у даної категорії працівників. Позитивні зміни були відзначені у 69% учасників експериментальної групи, із них у 31% спостерігалися помірні та значні покращення.

Розроблена програма групового тренінгу когнітивно-поведінкової терапії є ефективним інструментом для покращення якості сну у публічних службовців і має великий потенціал для застосування. Групова та дистанційна форми терапії можуть значно підвищити доступність КПТ в умовах дефіциту кваліфікованих фахівців, а також у період війни в Україні, коли створення безпечних умов та доступу до терапії є пріоритетними завданнями. Результати цього дослідження можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень щодо застосування КПТ у лікуванні порушення сну, а також сприяти розвитку програм терапії.

Водночас, слід зазначити, що стійкі зміни у якості сну після завершення програми КПТ поки не доведені. Для повноцінної оцінки довготривалого ефекту терапії необхідне повторне дослідження через шість місяців. Отримані результати дозволили б зробити більш обґрунтовані висновки щодо стійкості покращень. Проте, проведення такого тривалого дослідження виходить за межі даної кваліфікаційної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов В. В. Уявлення про психологічне благополуччя у третій хвилі когнітивно-поведінкової терапії. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали п'ятої Всеукраїнської науково-практичної конференції. Донецьк, 2020. С. 7–10.
2. Аймедов К. В., Михайлова К. Л. Визначення ефективності лікування інсомнії. *Психічне здоров'я*. 2015. Вип. 2(47). С. 29–35.
3. Бек А. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*. 2019. № 1. С. 90–100.
4. Білень Я. Є., Романів О. П., Надь Б. Я. Сон як один із чинників впливу на якість життя людини. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018. № 2(8). С. 88–89.
5. Бодулев О. Ю., Шкурूपій Д. А. Анестезія і порушення сну – нова проблема сучасної анестезіології (огляд літератури). *Медицина болю (Pain Medicine)*. 2019. Т. 4. № 2. С. 33–39.
6. Бурчинський С. Г., Калініченко, . М. А. Нові можливості лікування інсомній у практиці сімейного лікаря. *Ліки України*. Київ, 2023. № 3. С. 22–27.
7. Бурчинський С.Г. Депресія, тривога і порушення сну: як вийти із замкненого кола. *Міжнар. неврол. журн*. 2022. № 3. С. 30 – 34.
8. Буряковська О. О. Оптимізація терапії гіпертонічної хвороби у поєднанні з цукровим діабетом на підставі корекції порушень сну: автореф.дис.на здобуття наук.ступеня д-ра філософії: 14.01.02/Державна установа «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України». Харків, 2021. 198 с.
9. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2020. 410 с.
10. Волков І., Кателевська Н. Дослідження порушень сну під час війни. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. 2022. № 27. С. 54-55.

URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/article/view/73>. (дата звернення 11.11.2024).

11. Волошина О. Є. Важливість сомноедукції в медицині та нейропсихології сну. *Програма II Міжнародної науково-практичної конференції*. Київ: НАН України, 2024. С. 167.

12. Волошина О. Є. Психотерапія порушень сну. *Тези звітної наукової конференції філософського факультету*. Львів: Львівський національний університет, 2022. Вип. 19. С. 263.

13. Гаврищук В.А. Дослідження порушення сну у публічних службовців міста Києва. *Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки: матеріали VIII Міжнар. студентської наук. конф.* Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 421-424.

14. Гаврищук В.А. Інтеграція та імплементація сучасних концепцій когнітивно-поведінкової терапії інсомнії. *Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень: зб. наукових праць з матеріалами IV Міжнар. наук. конф.* Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 319–321.

15. Гігієна сну як розділ особистої гігієни. Значення виконання її положень у жіночому спорті/О. І. Циганенко О. І. та ін. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2021. № 2. С. 48-50.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/smed_2021_2_8 (дата звернення 11.11.2024)

16. Глива Є. Вступ до психотерапії. Острог-Київ: Кондор, 2016. 530 с.

17. Голяновський О. В., Фролов С. В. Розлади сну та ефективність різних методів терапії безсоння у вагітних (Огляд літератури). *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. №7. С. 79–84. URL: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273301> (дата звернення 11.11.2024).

18. Голяновський О. В., Фролов С. В. Ускладнення хвороб, пов'язаних з порушеннями сну. *Здоров'я жінки*. Київ, 2022. № 5. С. 11–16.

19. Груповий психоаналіз/за ред. О. Фільца, Р. Гаубля/пер. з нім. Львів: ВНТЛ-Класика, 2022. 192 с.

20. Двуліт М.М., Криницька І. Я., Денефіль О. В. Порівняльна характеристика якості сну та артеріального тиску в медичних сестер терапевтичного профілю, які працюють у терапевтичних відділеннях та спеціалізованих відділеннях, де надають допомогу пацієнтам із коронавірусною хворобою covid-19. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2022. № 3. С.5-10.

21. Депресія та інсомнія: виявлення причинно-наслідкових зв'язків з метою вибору тактики лікування/Орос М.М., Орос С.В., Смоланка В.І., Іваньо Т.В. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. №7. С. 63–67.

22. Дерев'янка С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, 2021. № 13. С. 104–109.

23. Дерев'янка С. П. Сучасні технології та тренінгові розробки у парадигмі когнітивно-поведінкової терапії. *Збірник тез доповідей II міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції «Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика»*. Укр. інж.-пед. акад. Харків, 2021. С 27 – 28.

24. Животовська А. І. Вплив якості сну на якість життя пацієнтів з тривожними розладами. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2022. Т. 22. Вип. 3–4. С. 53–58.

25. Животовська А. І. Хронобіологічні аспекти порушення сну при тривожних розладах. *Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Укр. мед. стомат. акад. Полтава*, 2023. Т. 23, № 4. С. 99–104.

26. Животовська А., Ісаков Р. Ефективність застосування групової терапії прийняття та відповідальності у комплексному лікуванні пацієнтів з тривожними розладами та порушеннями сну. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9 № 1 URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/474> (дата звернення 11.11.2024)

27. Жигайло Н. І., Волошина О. Є. Психотерапія порушень сну: трансдіагностичний підхід. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2021. №13. С. 39–48.
28. Захарчук О. І., Пішак В. П., Кривчанська М. І. Біологічні ритми і сон. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Сер.: Медицина, 2013. С. 145-149.
29. Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Бергела О. О. Комплексна корекція розладів засинання та сну у дітей в умовах воєнного стану. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2022. Т. 18. № 7. С. 20–27.
30. Клименко І., Галадза М. Сучасний погляд на проблему порушень сну в умовах пермакризи. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. № 1 (15). С.86-90.
31. Копчак О. О. Особливості лікувальної тактики при коморбідності інсомнії та тривоги: в пошуках безпечної альтернативи бензодіазепінів. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 4 (106). С. 47—53. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.4.106.2019.174051> (дата звернення 11.11.2024).
32. Коробка О. Серотонінові рецептори перспективна мішень терапії інсомнії. *НейроNews*. 2020. №2. С. 12–14.
33. Крамар Ю. Рекомендації щодо лікування хронічної інсомнії в дорослих. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017. № 6 (90). С. 58–62.
34. Кузьо О. Основи психологічної практики : навчальний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 124 с
35. Кулієва К. Психофізіологічні аспекти безсоння. *Актуальні питання розвитку особистості: сучасність, інновації, перспективи*. Збірник наукових праць за матеріалами II Міжнародної науково-практичної конференції. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2024. С.194-196.

36. Купко Н. Можливості корекції розладів сну в осіб похилого віку в умовах стресу. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2023. № 1. С. 48-49.
37. Купновицька І. Г. Розлади сну та їх лікування. *Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*: тематичний номер. Київ, 2017. №2. С. 58–59.
38. Курило В. О. Клінічна медична психологія: навч.посіб. Львів: Марченко Т.В., 2020. 348 с.
39. Кутузова Л. Г., Марущак М. І. Сон як регулятор здоров'я організму. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2021. №1. С. 123–125.
40. Лазуркевич Х. О., Синовєрська О. Б. Сон та його порушення у дітей: медико-соціальні аспекти. *Art of Medicine*. 2020. №3(15). С. 231–237.
41. Лященко Ю. В. Диференційований підхід до корекції порушень сну при тривожно-депресивних розладах: автореф.дис.на здобуття наук.ступеня д-ра філософії: 222/Дніпровський державний медичний університет. Дніпро, 2022. 234 с.
42. Лященко Ю.В., Юр'єва Л.М. Вплив порушень сну на якість життя у хворих з тривожно-депресивними розладами невротичного та органічного генезу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2021. №18. С. 25-31.
43. Лященко Ю.В., Юр'єва Л.М. Ефективність лікування порушень сну при тривожно-депресивних розладах невротичного та органічного генезу. *Український вісник психоневрології*. 2021. Том 29, випуск 3 (108). С. 43 – 47.
44. Мазур Л. П., Марущак М. І., Батюх О. В. Опитувальники як основні інструменти в діагностиці розладів сну. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2021. №3(9). С. 96–100.
45. Марущак М. І. Нове у дослідженні розладів сну. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2020. №4. С. 158–160.
46. Марчук А. Проблеми безсоння: як повернути пацієнту цілющий відпочинок та бадьорість уранці. *Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*: тематичний номер. Київ, 2021. №1. С. 2–21.

47. Маслова О., Бельська Б. Коли я нарешті висплюся? Як засинати і прокидатися із задоволенням. Київ: Віхола, 2023. 216 с.
48. Мащак С. О., Купцова А. А. Особливості когнітивно-поведінкового супроводу тривожності у груповій роботі з внутрішньо переміщеними дітьми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2021. №13. С. 39–48.
49. Меннінг Д., Ріджудей Н., Практика когнітивно-поведінкової терапії. Робочі листи та роздаткові матеріал. Науковий світ. 2022. 174 с.
50. Методологія гігієнічної оцінки виконання гігієнічних правил гігієни сну спортсменками за умов високих фізичних навантажень/О. І. Циганенко та ін. *Науковий часопис Національного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 15: збірник наукових праць*. 2021. №1(129). С. 115–119.
51. Моїсєєва В. О. Дослідження порушень сну у студентів. Харківський природничий форум. *VI Міжнародна конференція молодих учених*. Харків, 18–19 трав. 2023 р. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2023. С. 303–305.
52. Морозюк К. Порушення сну внаслідок дистресу війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. № 8 (2). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/428> (дата звернення 11.11.2024)
53. Мурашко Н.К. Морозова О.Г. Рефлексотерапія: національний підручник. Київ. Тов СІК Груп. 2013. Т.2.421с.
54. Орловська О. Лікування хронічного безсоння. *Нейронews*. 2024. №5–6. С. 47–50.
55. Основи медицини сну та біоритмології для лікарів-інтернів, лікарів-курсантів і практикуючих лікарів зі спеціальностей «Неврологія» і «Психіатрія»: навч. посіб./Д. І. Бойко та ін. Львів: Магнолія, 2024. 201 с.
56. Пищикова, О. В., Янова, Л. О., Сахно, С. І. Обґрунтування використання моделі «АВС-аналізу поведінки» з метою визначення коріних мотивів при порушеннях. *Doctoral dissertation*, Криворізький національний університет. 2021.

57. Плевачук О, Рахман Л, Шпильовий Я. Когнітивно-поведінкова терапія як важлива складова комплексного лікування порушень сну при соматоформних розладах. 2021. Вип. 6 № 2 URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/276> (дата звернення 11.11.2024).

58. Порушення сну у дітей в умовах відділення інтенсивної терапії сучасний стан проблеми та перспективи подальших досліджень/С. М. Цвіренко та ін. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2021. Т. 21, №3(75). С. 37–41.

59. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник/за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.

60. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник/за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. 5-те вид., випр. і допов. Київ: Медкнига, 2022. 135 с.

61. Психосоціальна підтримка публічних службовців в умовах воєнного стану: практикум для тренерів/Алюшина Н. О. та ін.; за заг. ред. проф. Редліха О., Миколаїв: Ємельянова Т.В., 2022. 166 с.

62. Романенко І. Ю., Третьак О. Е. Метоболічні наслідки розладів сну: огляд літератури. *Clinical endocrinology and endocrine surgery*. 2022. №2. С. 39–46.

63. Свиридова, Н. К., Чуприна, Г. М. Патогенез, клініка, діагностика та комплексне лікування інсомній різного генезу з використанням методів рефлексотерапії. *East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders*. 2016. № 1. URL:<http://lib.inmeds.com.ua:8080/jspui/handle/lib/2535> (дата звернення 11.11.2024).

64. Синапсис діагностичних критеріїв DSM-V/пер. з англ. Л. Підлісецької. Львів: УКУ, 2014. 112 с.

65. Смашна О. Є. Когнітивно-поведінкова терапія інсомнії при посттравматичних стресових розладах. *Клінічна психіатрія*. 2022. № 4. С. 91–94.

66. Стаднік С. М. Артеріальна гіпертензія та порушення сну: клінічна феноменологія. *Здоров'я України*. Київ, 2022. №3. С. 24–25.
67. Сухоленцов О. М., Ковальчук Н. Д. Експериментальне дослідження порушень сну у пожежних рятувальників міста кропивницького й області. *Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова*. 2020. Т. 23, №3. С. 504–509.
68. Теренда Н. О., Фарійон Н. Я. Безсоння як фактор ризику розвитку мозкового інсульту. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. Тернопіль, 2021. №2. С. 18–23.
69. Терещенко О. Безсоння та вживання алкоголю: взаємозв'язки й особливості лікування. *Раціональна фармакологія*. Київ, 2021. №3–4. С. 20–23.
70. Товажнянська О. Л., Лапшина І. О. Палітра порушень сну: сучасна оптимізація терапії. *Український медичний часопис*. 2023. № 6 (158). С. 3–7.
71. Фадєєнко Г. Д., Буряківська О. О. Характер порушень сну та якість життя на тлі стресу у пацієнтів з помірним та високим кардіоваскулярним ризиком. *Український терапевтичний журнал*. Харків, 2023. №2. С. 19–24.
72. Федоров О. Сон та психічне здоров'я: проблеми та рішення. *Психіатрія, неврози, озноб, призначення*. 2018. №3(18). С. 46–49.
73. Хомишин І. Ю. Публічна служба в умовах війни. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2023. № 3. С. 308–312.
74. Христок О. Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: Психологія. Львів, 2018. Вип. 1. С. 153–161.
75. Хронічна інсомнія і методи її корекції (за результатами клінічного дослідження) / Т. С. Міщенко та ін., *Міжнародний неврологічний журнал*. 2021. Т. 17. № 8. С. 16–25.
76. Хронічна інсомнія та шляхи її подолання / Т. С. Міщенко та ін. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2024. №1(23). С. 24–34.
77. Циркадіанний нічний біоритм сон неспання як біоіндикатор ступеня достатності хроноадаптації організму спортсменок за умов високих фізичних

навантажень / О. І. Циганенко та ін.. *Науковий часопис Національного університету ім. М. П. Драгоманова*. Серія 15: збірник наукових праць. 2020. №7(127). С. 169–173.

78. Чабан О. С. Біль та безсоння: як вийти із замкнутого кола? *Здоров'я України*. Київ, 2021. №11/12. С. 22–23.

79. Чабан О. С., Сінькевич І. Тривога та порушення сну: можливості комбінованої фітотерапії. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. № 8(2). <https://doi.org/10.26766/pmgr.v8i2.436> (дата звернення 11.11.2024).

80. Чабан, О. С.; Хаустова, О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Укр. мед. Часопис*. № 4 (150) 2022. URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2022/08/5141.pdf> (дата звернення 11.11.2024).

81. Чуприна Г. М. Розлади сну у хворих з множинним склерозом. *Східно-Європейський неврологічний журнал*. 2016. №1. С. 31–36.

82. Шквира М. Подолати безсоння/Ін-т психічного здоров'я Укр. католицького ун-ту, Укр. ін-т когнітивно-поведінкової терапії. Львів: Галицька видавнича спілка, 2022. 180 с.

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

84. Ячнік О. Європейські настанови з діагностики та лікування безсоння. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. №1. С.46–53.

85. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*. 2017;26: 675-700

86. Bootzin R. R., Epstein D., Wood J. M. Stimulus control treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed sleep. *Case Studies in Insomnia*. New York: Plenum Medical Book, 2020. P. 9–28.

87. Chung KF, Lee CT, Yeung WF, et al. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2018;35(4):365-375. URL: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz122> (дата звернення 02.11.2024)

88. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol.* 2014;69(2):153-66. doi: 10.1037/a0035747

89. Ellis J.G., Gehrman P., Espie C.A., Riemann D., Perlis M.L. Acute insomnia: Current conceptualizations and future directions. *Sleep Medicine Reviews.* 2012. 16(1). 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.02.002>.

90. Ellis J.G., Perlis M.L., Bastien C.H., Gardani M., Espie C.A. The Natural History of Insomnia: Acute Insomnia and First-onset Depression. *Sleep.* 2014. 37(1). 97-106. <https://doi.org/10.5665/sleep.3316>.

91. Harvey A. G., Bélanger L., Talbot L. Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014. №. 82(4). P. 670–683.

92. Klink M. E., Quan S. F., Kaltenborn W. T. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population: influence of previous complaints of insomnia. *Archives of Internal Medicine.* 1992. P. 34.

93. Michael M.L. Etiology and Pathophysiology of Insomnia. Principles and practice of sleep medicine / Kryger M., Roth T., Dement W.C., eds. Elsevier, Inc.: Philadelphia, 2016. 769-784.

94. Morin C. M., Bootzin R. R., Buysse D. J. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep.* 2006. № 29(11). P. 1398–1414.

95. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011;34(5):601-8. DOI: 10.1093/sleep/34.5.601

96. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet.* 2012;379(9821):1129-41. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60750-2)

97. Okajima I. Evaluation of Severity Levels of the Athens Insomnia Scale Based on the Criterion of Insomnia Severity Index. *MDPI* URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8789> (дата звернення: 30.10.2024)

98. Okajima I., Miyamoto T., Ubara A. Evaluation of severity levels of the Athens Insomnia Scale based on the criterion of insomnia severity index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. №17(23). P. 87.

99. Shahid A. STOP, THAT and one hundred other sleep scales / A. Shahid, K. Wilkinson, S. Marcu, C.M. Shapiro // Springer New York Dordrecht Heidelberg London. – 421 p.

100. Sirajudeen M. S. Psychometric Properties of the Athens Insomnia Scale in Occupational Computer Users. *MDPI*. URL: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/89> (дата звернення: 1.11.2024)

101. World Health Organization ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2023



СЕРТИФІКАТ

ПРО УЧАСТЬ У КОНФЕРЕНЦІЇ (З ПУБЛІКАЦІЄЮ)

ICSR № 24/1810-023



✓ 0,4 ECTS

Рекомендовано
Вченою Радою

 Науковий установчий інститут науково-технічної інтеграції та співпраці
Протокол № 58 від 17.10.2024

✓ Конференцію зареєстровано
в Державній науковій установі у сфері управління Міністерства освіти і науки «УкрІНТЕІ»
Посвідчення № 202 від 12.04.2024

✓ Офіційний видавець
Складство суб'єкта видавничої справи
ДК № 7840 від 22.04.2023.

www.mcnd.org.ua

Тавришчук Вікторія Анатоліївна

взяв(ла) участь у IV Міжнародній науковій конференції

«НАУКОВІ ОРІЄНТИРИ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ДОСЛІДЖЕНЬ»

18 жовтня 2024 року у м. Вінниця, Україна

та опублікував(ла) наукову роботу в збірці конференції

з ISBN 978-617-8440-17-6

DOI 10.36074/mcnd-18.10.2024









(Signature)

ВІЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ МЦНД
ГОЛОВА ОРГКОМІТЕТУ
СОТНИК СОЛОМІЯ



Афінська шкала безсоння (AIS)

Як швидко Ви засинаєте після того, як вимкнете світло?

Проблема під час сну	Бали
швидко	0
з невеликою затримкою	1
з помітною затримкою	2
з тривалою затримкою або не сплю взагалі	3

Чи прокидаєтеся Ви протягом ночі?

	Бали
ні	0
рідко	1
доволі часто	2
часто або не сплю взагалі	3

Чи прокидаєтеся Ви раніше, ніж хотіли б?

	Бали
ні	0
дещо раніше	1
істотно раніше	2
на багато раніше або не сплю взагалі	3

Загальна тривалість сну

	Бали
достатня	0
недостатня	1
помітно недостатня	2
дуже недостатня або не сплю взагалі	3

Як би Ви оцінили якість Вашого сну, незалежно від його тривалості?

	Бали
задовільна	0
трохи незадовільна	1
погана	2
дуже погана або не сплю взагалі	3

Як Ви почуваетесь наступного дня?

	Бали
задовільно	0
трохи незадовільно	1
погано	2
дуже погано	3

Яка Ваша розумова та фізична працездатність наступного дня?

	Бали
нормальна	0
трохи знижена	1
помітно знижена	2
дуже знижена	3

Чи відчуваєте Ви сонливість упродовж дня?

	Бали
ні	0
мало виражена	1
суттєво виражена	2
дуже сильно виражена	3

Критерії оцінювання: $1+2+3+4+5+6+7+8$ = загальний бал; від 0 до 3 балів: відсутність порушень сну; від 4 до 5 балів: можливе порушення сну; від 6 до 24 балів: безсоння, що потребує комплексного діагностичного обстеження та лікування.

Шкала сонливості Епворта

Ситуація	Ніколи б не заснув/-ла або не задрімав/-ла	Невелика ймовірність	Існує ймовірність Заснути чи задрімати	Висока ймовірність заснути чи задрімати
Сиджу і читаю	0	1	2	3
Дивлюсь телевизор	0	1	2	3
Сиджу і не роблю активних дій в громадсько місці (на засіданні, нараді)	0	1	2	3
Їду в машині, в іншому транспорті, як пасажир протягом години	0	1	2	3
Лежу вдень і відпочиваю, якщо дозволяють обставини	0	1	2	3
Сиджу і розмовляю з кимось	0	1	2	3
Спокійно сиджу після прийому їжі (без алкоголю)	0	1	2	3
Сиджу в машині, в іншому транспорті, який зупинився на кілька хвилин	0	1	2	3

Критерії оцінювання: $1+2+3+4+5+6+7+8$ = загальний бал. Від 1 до 6 балів: нормальний сон; від 7 до 8 балів: підвищена сонливість; від 9 до 24 балів: надмірна (імовірно патологічна) сонливість.

Індекс тяжкості інсомнії (ITI) [41]

Проблеми із безсонням	Зовсім ні	Трохи	Середньо	Значно	Надзвичайно
1. Труднощі із засинанням	0	1	2	3	4
2. Часто та/або довготривале нічне пробудження	0	1	2	3	4
3. Дуже раннє вранішнє пробудження	0	1	2	3	4
4. В якому ступені Ви задоволені своїм сном протягом останнього часу?	Дуже задоволений	Задоволений	Скоріше незадоволений	Незадоволений	Вкрай незадоволений
	0	1	2	3	4
5. В якій мірі, на Ваш погляд, труднощі зі сном порушують Вашу звичну працездатність (втома, концентрація уваги, пам'ять, настрій)?	Зовсім ні	Трохи	Середньо	Значно	Надзвичайно
	0	1	2	3	4
6. В якій мірі, на Ваш погляд, Ваші проблеми зі сном впливають на те, що відбувається навколо – у плані зниження якості Вашого життя?	0	1	2	3	4

7. В якому ступені Ви зклопотані/думаєте над своїми проблемами зі сном?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Критерії оцінювання: $1+2+3+4+5+6+7 =$ загальний бал. Від 0 до 7 балів: немає клінічно значущого безсоння; від 8 до 14 балів: підпорогове безсоння; від 15 до 21 балів: клінічне безсоння (середньої тяжкості); від 22 до 28 балів: клінічне безсоння (тяжке).

Структура програми «Застосування когнітивно-поведінкової терапії для покращення якості сну у публічних службовців»

Тиждень з/п	Назва теми	Кількість годин		
		загальна кількість годин	у тому числі	
			аудиторні/ дистанційні заняття	самостійна робота (психоедука- ція)
1 тиждень	Вступ. Тема 1. Базова психоосвіта: фізіологія сну, фази сну, циркадні ритми; депривація сну, потреба у сні. Сон та гормони.	4	3	1
	Тема 2. Ефективність когнітивно- поведінкової терапії (КПТ) при порушеннях сну. Протипоказання до КПТ	3	2	1
	Тема 3. Ведення щоденника сну	1	1	
2 тиждень	Тема 4. Обмеження сну та контроль стимулів	3	3	
	Тема 5. Речовини: вплив алкоголю, кофеїну, чаю та інших стимуляторів на сон	1	1	
3 тиждень	Тема 6. Гігієна сну. Корисні та шкідливі звички. Рекомендації щодо здорового сну	5	4	1
4 тиждень	Тема 7. Робота з негативними переконаннями і переживаннями	4	4	
5 тиждень	Тема 8. Релаксаційні техніки когнітивно-поведінкової терапії	4	4	

Тиждень з/п	Назва теми	Кількість годин		
		загальна кількість годин	у тому числі	
			аудиторні/ дистанційні заняття	самостійна робота (психоедука- ція)
6 тиждень	Тема 9. Гігієна спальні. Ароматерапія. Профілактика рецидиву безсоння	3	2	1
7 тиждень	Тема 10. Оцінка ефективності когнітивно-поведінкової терапії у подоланні порушень сну. Рекомендації щодо покращення та збереження результатів Підведення підсумків.	2	2	
	РАЗОМ	30	26	4

Індекс гігієни сну [55]

Інструкція. Нижче ви знайдете список тверджень. Будь ласка, оберіть, наскільки кожне твердження відповідає дійсності.

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди
1. Я сплю вдень дві або більше годин	0	1	2	3	4
2. Я лягаю спати в різний час з дня на день	0	1	2	3	4
3. Я встаю з ліжка в різний час кожного дня	0	1	2	3	4
4. Я займаюся фізичними вправами до посиленого потовиділення за 1 год до того, як лягаю спати	0	1	2	3	4
5. Я залишаюся в ліжку довше, ніж повинен, два-три рази на тиждень	0	1	2	3	4
6. Я вживаю алкоголь, тютюн або кофеїн протягом 4 годин до того, як лягаю спати або після того, як лягаю спати	0	1	2	3	4
7. Я роблю щось, що може активувати мене перед сном(наприклад, граю у відеоігри, користуюся інтернетом або прибираю)	0	1	2	3	4
8. Я лягаю спати, відчуваючи стрес, злість, засмучення або нервозність.	0	1	2	3	4
9. Я використовую своє ліжко для інших речей, окрім сну чи сексу (наприклад, дивлюся телевізор, читаю, їм або вчуся)	0	1	2	3	4
10. Я сплю в незручному ліжку (наприклад, поганий матрац або подушка, зовелика або замала ковдра)	0	1	2	3	4
11. Я сплю в незручній спальні (наприклад, у занадто світлій, занадто душній, занадто жаркій, занадто холодній або занадто шумній)	0	1	2	3	4

12. Я роблю важливу роботу перед сном (наприклад оплачую рахунки, складаю розклад або вчуся)	0	1	2	3	4
13. Я думаю, планую або хвилююся, коли лежу в ліжку.	0	1	2	3	4

Критерії оцінювання: $1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13 =$ загальний бал.

Чим вищий бал, тим більш виражена поведінка, яка порушує гігієну сну.

Категорії загального балу:

≤ 26 – гарна гігієна сну;

27-34 – задовільна гігієна сну;

≥ 35 – погана гігієна сну.

**Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп за
Шкалою сонливості Епворта (ESS) на початковому етапі дослідження**

Експериментальна група										Контрольна група									
ID учасни -ка	№ запитання								Σ	ID учасни -ка	№ запитання								Σ
	1	2	3	4	5	6	7	8			1	2	3	4	5	6	7	8	
A01	1	1	1	1	1	2	1	1	9	B01	2	2	2	2	2	2	3	1	16
A02	2	2	1	1	2	2	3	2	15	B02	2	2	1	2	1	2	2	3	15
A03	1	3	1	2	2	3	1	1	14	B03	1	1	2	1	2	1	1	2	11
A04	2	2	1	1	2	1	1	2	12	B04	3	2	2	1	1	1	2	2	14
A05	1	3	2	3	2	2	2	3	18	B05	3	1	1	2	1	1	2	2	13
A06	2	2	2	2	1	1	1	2	13	B06	1	2	1	1	1	1	2	2	11
A07	1	1	2	2	2	1	1	2	12	B07	2	1	1	3	2	1	2	1	13
A08	2	2	2	3	2	1	1	1	14	B08	2	2	2	2	1	1	1	2	13
A09	2	1	1	1	1	1	1	1	9	B09	1	1	2	2	2	1	1	2	12
A10	2	2	1	2	2	3	2	1	15	B10	1	1	2	1	1	1	2	2	11
A11	1	2	2	1	2	2	1	1	12	B11	2	2	2	1	2	1	2	2	14
A12	1	1	2	1	2	1	1	1	10	B12	1	2	1	2	1	1	1	1	10
A13	1	1	3	2	3	2	2	3	17	B13	1	1	1	1	1	1	1	1	8
A14	2	2	2	1	2	2	2	3	16	B14	3	2	1	2	1	1	2	1	13
A15	2	1	1	1	1	2	2	1	11	B15	2	1	2	1	1	1	1	1	10
A16	1	1	2	1	2	2	2	1	12	B16	1	2	1	2	2	3	3	1	15
A17	1	2	1	1	1	1	1	1	9	B17	1	2	2	1	2	2	1	1	12
A18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	B18	2	2	1	1	2	1	2	1	12
A19	1	1	2	2	2	1	2	2	13	B19	3	2	2	2	3	2	2	1	17
A20	2	2	2	1	1	1	2	2	13	B20	1	2	3	1	2	2	1	2	14
A21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	B21	1	1	2	2	2	1	2	2	13
A22	2	1	1	1	2	1	1	2	11	B22	1	2	1	1	1	1	1	1	9
A23	1	2	1	1	1	1	1	1	9	B23	2	3	1	2	2	1	1	3	15
A24	1	3	1	1	2	2	2	2	14	B24	1	1	2	1	3	1	1	1	11
A25	2	2	1	2	1	2	1	1	12	B25	2	1	1	1	2	1	1	2	11

A26	1	2	1	1	1	1	2	2	11	B26	1	1	1	1	1	1	2	1	9
A27	2	3	1	1	2	1	2	2	14	B27	1	1	1	3	2	1	3	2	14
A28	1	2	1	1	2	1	1	1	10	B28	3	1	3	2	1	2	3	3	18
A29	3	2	2	3	2	2	2	2	18	B29	1	1	2	3	1	1	2	1	12
A30	2	2	2	2	2	2	3	1	16	B30	1	2	2	1	2	2	2	2	14
A31	2	3	1	2	1	2	2	3	16	B31	3	2	3	3	1	1	1	1	15
A32	3	3	2	2	2	2	3	2	19	B32	1	1	2	2	2	1	2	2	13
Acp	1,56	1,84	1,47	1,50	1,66	1,56	1,59	1,63	12,81	Bcp	1,66	1,56	1,66	1,66	1,59	1,28	1,72	1,63	12,75

**Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп за
Індексом тяжкості інсомнії (ISI) на початковому етапі дослідження**

Експериментальна група									Контрольна група								
ID учас ни-ка	№ запитання							Σ	ID учас ни-ка	№ запитання							Σ
	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7	
A01	2	1	1	1	3	2	1	11	B1	3	2	3	2	4	2	4	20
A02	1	1	1	2	3	3	0	11	B2	3	4	2	3	2	3	4	21
A03	3	2	3	1	2	1	3	15	B3	2	2	1	0	2	3	2	12
A04	3	3	2	2	2	3	2	17	B4	2	2	1	2	1	2	3	13
A05	2	2	1	1	3	2	3	14	B5	2	2	1	0	3	2	2	12
A06	1	3	3	1	3	3	2	16	B6	3	2	1	1	2	3	2	14
A07	1	2	1	1	1	2	1	9	B7	2	1	1	1	1	1	1	8
A08	2	2	2	3	2	3	3	17	B8	3	2	1	1	2	2	3	14
A09	2	1	1	0	3	2	2	11	B9	2	1	3	1	3	3	2	15
A10	4	3	2	2	2	3	4	20	B10	2	2	3	1	2	2	3	15
A11	2	2	1	0	1	2	1	9	B11	2	1	1	1	2	3	2	12
A12	0	1	2	2	2	3	4	14	B12	2	1	2	2	3	2	3	15
A13	4	3	3	3	4	3	3	23	B13	2	1	1	0	3	2	2	11
A14	3	2	3	0	3	3	2	16	B14	1	1	1	1	2	3	3	12
A15	2	1	1	0	1	2	1	8	B15	1	1	1	1	1	1	1	7
A16	2	1	1	1	1	1	1	8	B16	4	3	2	1	3	4	2	19
A17	2	1	1	0	3	2	2	11	B17	1	2	1	2	2	2	3	13
A18	2	1	1	0	3	2	2	11	B18	1	1	1	0	2	2	3	10

A19	4	3	3	0	2	4	3	19	B19	4	2	3	3	4	3	4	23
A20	3	3	2	1	2	3	3	17	B20	2	3	2	0	2	3	3	15
A21	1	1	1	0	2	2	3	10	B21	2	2	1	0	2	3	3	13
A22	1	2	1	2	2	2	4	14	B22	4	2	3	2	4	3	4	22
A23	2	1	1	1	1	1	1	8	B23	3	3	2	1	2	3	3	17
A24	2	3	2	0	2	3	3	15	B24	2	1	1	0	2	2	4	12
A25	1	1	1	1	3	2	2	11	B25	2	1	1	0	2	2	2	10
A26	1	2	1	2	2	2	3	13	B26	2	1	1	0	3	2	2	11
A27	2	1	3	1	3	3	2	15	B27	3	2	1	1	2	2	3	14
A28	2	2	1	0	2	3	2	12	B28	4	2	3	3	3	3	2	20
A29	4	3	3	3	4	3	4	24	B29	2	1	1	1	2	3	2	12
A30	3	2	1	1	2	3	2	14	B30	1	2	1	3	1	2	3	13
A31	3	4	2	3	2	3	4	21	B31	3	2	3	2	4	3	3	20
A32	2	2	2	1	3	3	2	15	B32	3	1	3	1	2	3	2	15
Acp	2,16	1,94	1,69	1,13	2,31	2,47	2,34	14,03	Bcp	2,34	1,75	1,66	1,16	2,34	2,47	2,66	14,38

**Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп за
Шкалою сонливості Елворта (ESS) через 7 тижнів**

Експериментальна група										Контрольна група									
ID учас ни- ка	№ запитання								Σ	ID уча сни -ка	№ запитання								Σ
	1	2	3	4	5	6	7	8			1	2	3	4	5	6	7	8	
A01	1	1	1	0	0	1	1	1	6	B01	2	2	2	2	1	2	3	1	15
A02	0	1	0	1	1	1	2	1	7	B02	2	2	1	2	1	2	2	3	15
A03	1	1	1	0	1	1	1	1	7	B03	1	1	1	1	1	1	1	2	9
A04	0	1	0	0	0	1	1	1	4	B04	3	2	2	1	1	1	2	2	14
A05	1	1	1	0	1	1	1	1	7	B05	3	1	1	2	1	1	2	2	13
A06	0	0	1	1	1	1	1	1	6	B06	1	2	1	1	1	1	2	2	11
A07	1	0	0	1	1	1	1	1	6	B07	2	1	1	2	2	1	2	1	12
A08	1	1	1	1	1	1	1	1	8	B08	2	1	2	2	1	1	1	2	12
A09	1	0	1	1	1	1	1	1	7	B09	1	1	2	2	2	1	1	2	12
A10	0	0	1	0	1	1	1	1	5	B10	1	1	2	1	1	1	2	2	11
A11	1	1	1	1	0	0	0	1	5	B11	2	2	2	1	1	1	2	2	13
A12	0	0	1	0	1	1	1	1	5	B12	1	2	1	2	1	1	1	1	10
A13	1	1	0	0	0	0	1	1	4	B13	1	1	1	1	1	1	1	1	8
A14	1	1	1	0	1	1	1	1	7	B14	1	1	0	0	0	1	2	1	6
A15	0	1	2	1	1	1	1	1	8	B15	2	1	2	1	1	1	1	1	10
A16	1	1	1	1	1	1	2	1	9	B16	1	2	1	1	2	3	3	1	14
A17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	B17	1	2	2	1	2	2	1	1	12

A18	1	1	1	0	0	1	1	0	5	B18	1	1	1	1	0	1	2	1	8
A19	0	0	1	1	1	1	1	1	6	B19	2	1	2	2	3	2	2	1	15
A20	1	1	1	1	1	0	1	0	6	B20	1	2	2	1	2	2	1	2	13
A21	1	0	0	1	1	1	1	1	6	B21	1	1	2	2	2	1	2	2	13
A22	1	1	1	0	1	1	1	1	7	B22	1	2	1	1	1	1	1	1	9
A23	1	1	0	0	0	1	0	1	4	B23	2	2	1	2	2	1	1	3	14
A24	0	1	1	1	0	0	1	0	4	B24	1	1	0	1	0	1	1	1	6
A25	1	1	0	2	1	1	1	1	8	B25	2	1	1	1	2	1	1	2	11
A26	0	0	1	1	1	1	1	1	6	B26	0	1	1	1	1	1	2	1	8
A27	1	1	1	0	1	2	0	1	7	B27	1	1	1	3	2	1	3	2	14
A28	0	0	0	1	1	1	1	1	5	B28	2	1	2	2	1	2	2	3	15
A29	1	1	0	0	1	1	0	0	4	B29	1	0	2	0	0	1	2	0	6
A30	2	1	1	1	0	1	1	1	8	B30	1	2	2	1	2	2	2	0	12
A31	1	1	1	1	1	1	0	0	6	B31	1	1	0	1	1	1	1	1	7
A32	1	0	0	1	1	1	0	1	5	B32	1	1	1	2	1	1	2	1	10
Acp	0,72	0,69	0,72	0,63	0,75	0,91	0,88	0,84	6,13	Bcp	1,41	1,34	1,34	1,38	1,25	1,28	1,69	1,50	11,19

**Розподіл відповідей учасників експериментальної та контрольної груп за
Індексом тяжкості інсомнії (ISI) через 7 тижнів**

Експериментальна група									Контрольна група								
ID учас ни- ка	№ запитання							Σ	ID учас ни- ка	№ запитання							Σ
	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7	
A01	1	1	1	0	0	1	1	5	B01	2	1	3	2	3	2	4	17
A02	1	1	1	1	0	1	0	5	B02	2	3	2	2	2	3	4	18
A03	1	1	1	1	1	1	1	7	B03	2	2	1	0	2	3	2	12
A04	1	1	1	1	1	1	1	7	B04	1	1	1	2	1	2	2	10
A05	0	1	1	1	1	1	1	6	B05	2	2	1	0	3	2	2	12
A06	1	1	1	1	1	1	1	7	B06	3	2	1	1	2	3	2	14
A07	1	2	1	1	1	1	1	8	B07	2	1	1	1	1	1	1	8
A08	1	1	1	2	1	2	2	10	B08	2	1	1	1	1	2	2	10
A09	1	0	1	1	1	1	1	6	B09	2	1	3	1	3	3	2	15
A10	1	1	1	1	1	1	1	7	B10	2	1	2	1	2	2	3	13
A11	1	1	1	0	1	1	1	6	B11	2	1	1	1	2	3	2	12
A12	1	1	1	1	1	1	1	7	B12	2	1	2	2	3	2	3	15
A13	1	0	0	1	1	1	1	5	B13	2	1	1	0	3	2	2	11
A14	1	1	1	1	1	1	1	7	B14	1	1	1	1	2	3	3	12
A15	1	1	1	1	1	1	1	7	B15	1	1	1	1	1	1	1	7
A16	1	1	1	1	1	1	1	7	B16	2	1	2	1	2	4	2	14
A17	1	1	1	2	1	1	1	8	B17	1	2	1	2	2	2	3	13
A18	1	0	1	1	1	1	1	6	B18	1	1	1	0	2	2	3	10
A19	0	2	1	1	1	1	1	7	B19	2	2	1	3	2	3	4	17
A20	1	2	2	2	1	2	1	11	B20	2	3	2	0	2	3	3	15
A21	1	1	0	0	1	1	1	5	B21	2	2	1	0	2	3	3	13
A22	1	1	2	1	1	1	1	8	B22	4	2	3	2	4	3	4	22
A23	1	1	1	1	1	1	1	7	B23	3	3	2	1	2	3	3	17
A24	0	1	1	0	1	1	1	5	B24	2	1	1	0	2	2	4	12
A25	1	1	1	1	0	1	1	6	B25	2	1	1	0	2	2	2	10

A26	1	0	1	1	1	1	1	6	B26	2	1	1	0	3	2	2	11
A27	1	1	1	1	1	1	1	7	B27	3	2	1	1	2	2	3	14
A28	1	1	1	1	0	0	1	5	B28	2	2	3	3	3	2	2	17
A29	1	1	1	1	1	1	1	7	B29	2	1	1	1	2	3	2	12
A30	1	1	0	1	1	1	1	6	B30	1	2	1	3	1	2	3	13
A31	1	1	1	1	2	1	1	8	B31	1	1	3	2	2	3	3	15
A32	0	1	1	1	1	1	1	6	B32	2	1	2	1	2	2	2	12
Acp	0,88	0,97	0,97	0,97	0,91	1,03	1,00	6,72	Bcp	1,94	1,50	1,53	1,13	2,13	2,41	2,59	13,22

Зміна результатів оцінювання на початку і в кінці експерименту

Експериментальна група				Контрольна група			
ID учасника	Зміна показника			ID учасника	Зміна показника		
	ESS	ISI	найгірша		ESS	ISI	найкраща
A01	-3	-6	-3	B01	-1	-3	-3
A02	-8	-6	-6	B02	0	-3	-3
A03	-7	-8	-7	B03	-2	0	-2
A04	-8	-10	-8	B04	0	-3	-3
A05	-11	-8	-8	B05	0	0	0
A06	-7	-9	-7	B06	0	0	0
A07	-6	-1	-1	B07	-1	0	-1
A08	-6	-7	-6	B08	-1	-4	-4
A09	-2	-5	-2	B09	0	0	0
A10	-10	-13	-10	B10	0	-2	-2
A11	-7	-3	-3	B11	-1	0	-1
A12	-5	-7	-5	B12	0	0	0
A13	-13	-18	-13	B13	0	0	0
A14	-9	-9	-9	B14	-7	0	-7
A15	-3	-1	-1	B15	0	0	0
A16	-3	-1	-1	B16	-1	-5	-5
A17	-1	-3	-1	B17	0	0	0
A18	-3	-5	-3	B18	-4	0	-4
A19	-7	-12	-7	B19	-2	-6	-6

A20	-7	-6	-6	B20	-1	0	-1
A21	-2	-5	-2	B21	0	0	0
A22	-4	-6	-4	B22	0	0	0
A23	-5	-1	-1	B23	-1	0	-1
A24	-10	-10	-10	B24	-5	0	-5
A25	-4	-5	-4	B25	0	0	0
A26	-5	-7	-5	B26	-1	0	-1
A27	-7	-8	-7	B27	0	0	0
A28	-5	-7	-5	B28	-3	-3	-3
A29	-14	-17	-14	B29	-6	0	-6
A30	-8	-8	-8	B30	-2	0	-2
A31	-10	-13	-10	B31	-8	-5	-8
A32	-14	-9	-9	B32	-3	-3	-3