

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Взаємозв'язок травматичного досвіду та якості сну
українців в умовах війни**

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Шинкарьової Надії Андріївни

Науковий керівник:

завідувач кафедри психодіагностики та
клінічної психології

Крупельницька Людмила Францівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ - 2023

Зміст

Вступ	4
РОЗДІЛ 1. ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА ЯКОСТІ СНУ.....	8
1.1. Поняття про посттравматичний стресовий розлад як предмет психологічних досліджень: основні концепції та класифікації	8
1.2. Дослідження впливу травматичного досвіду на якість сну.....	28
1.3. Психологічне благополуччя людини в умовах війни та наявності травматичного досвіду.....	34
Висновки до 1 розділу	41
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА ЯКОСТІ СНУ	44
2.1. Концепція та дизайн емпіричного дослідження взаємозв'язку травматичного досвіду та якості сну.....	44
2.2. Опис вибірки.....	48
2.3. Процедура та методи дослідження взаємозв'язку травматичного досвіду та якості сну	49
Висновки до розділу 2	51
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА ЯКОСТІ СНУ ..	53
3.1. Взаємозв'язок соціально-демографічних характеристик вибірки з наявністю ознак ПТСР та якістю сну.....	53
3.2. Порівняльний аналіз якості сну за відсутності/наявності ознак ПТСР (або КПТСР).....	62
3.3. Можливе пояснення впливу війни та соціально-демографічних факторів на якість сну та наявністю ознак ПТСР	66
3.4. Припущення щодо взаємозалежності між якістю сну та наявністю ПТСР (або КПТСР)	71

3.5. Рекомендації щодо покращення якості сну особам, які мають симптоми ПТСР	72
Висновки до розділу 3	77
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ.....	91

Вступ

Актуальність теми дослідження: в Україні триває війна з Росією, яка суттєво вплинула на життя мільйонів людей. Багато з них стали свідками насильства, терору та знущань, що може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Однією з основних проблем, з якими стикаються люди, що мають травматичний досвід, є порушення сну. Це може включати проблеми з засипанням, частим прокиданням, кошмарами та іншими порушеннями сну. Негативний вплив на якість сну може погіршувати загальний стан здоров'я та психічний стан людини.

Дослідженням такого поширеного розладу, як ПТСР, займалися провідні зарубіжні науковці: J. Herman (1992), R. Yehuda (2015), J. Briere (1996), E. Foa (1997), Ch. Figley (1985), F. Ochberg (1991), B. Kolk (2009), A. McFarlane (2000), T. M. Keane (2001, 2007), Matthew J. Friedman (2007), Patricia A. Resick (2007, 2011). Сучасні дослідники також продовжують досліджувати різноманітні аспекти проявів посттравматичного стресового розладу: Ressler K. (2012), Rothbaum B. (2012, 2019), Liberzom I. (2006, 2007, 2012), Jovanovic T. (2012), Catani C. (2009, 2018), Brewin C. (2017, 2018), Ehlers A. (2020), Clark D.M. (2010), Horowitz J. R. (2014), Miller K. (2017, 2020), Perrin S. (2005, 2013), Nijdam M.J. (2012, 2021), Wittmann L. (2008, 2012), Priebe S. (2014, 2017), Sandler J. (2010), Fried E. (2020). Варто зазначити, що українські вчені також дослідженням вивчення ПТСР та його особливостей О. Бабич (2009), М. Євтушенко (2019, 2020), І. Мартинюк (2022), І. Ніколайчук (2022), З. Кісарчук (2015, 2020), Я. Омельченко (2020), Л. З. Сердюк (2017, 2022), С. Куценко (2022), О.Л. Корольчук (2016), А. О. Євсюкова (2021), К. Л. Мілютіна (2017), А.А. Кузнецов (2014, 2020). Проблема вивчення сну у зв'язку з ПТСР також займає одне з провідних місць психологічних досліджень закордоном: Harvey A.G. (2001, 2003), Miller K.E. (2017, 2020), Brownlow J.A. (2017, 2020), Gehrman P.R. (2017, 2020), Pillar G. (2000, 2017), Singareddy R.K. (2002, 2003), M. Feldner (2007, 2010), Germain A. (2013, 2018), Wichniak A. (2016, 2017), Ross R. (1989, 2019), Gill J.

(2009, 2013). Серед українських вчених проблемами вивчення сну також займаються наступні психологи: І. Пінчук (2016), З.Г.Кісарчук (2015, 2020), О. Ф. Яцина (2022, 2023), Євсюкова А. О. (2021), Л. Калиніченко (2022), В. Кучеренко (2018, 2019) та Л. Маркова (2015).

Мета дослідження: виявити та описати взаємозв'язок травматичного досвіду та якості сну українців в умовах війни.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з проблематики дослідження.
2. Встановити взаємозв'язок травматичного досвіду з якістю сну.
3. Порівняти травматичний досвід та якість сну у респондентів обох статей.

Гіпотези дослідження:

1. Існує взаємозв'язок між травматичним досвідом та якістю сну українців, що пережили війну.
2. Чоловіки мають менший ризик отримати травматичний досвід, аніж представники жіночої статі.

Об'єкт дослідження: травматичний досвід в умовах війни.

Предмет дослідження: взаємозв'язок травматичного досвіду та якості сну українців в умовах війни.

Методи дослідження: У дослідженні було використано систему загальнонаукових методів дослідження:

- *теоретичні методи дослідження:* аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел стосовно травматичного досвіду, якості сну та їх взаємозв'язку;
- *емпіричні методи дослідження,* зокрема методики діагностики: Міжнародний опитувальник травм (International Trauma Questionnaire (ITQ)), Піттсбурзький індекс якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI));

- **математично-статистичні методи дослідження:** середнє арифметичне, медіану та стандартне відхилення (міри центральної тенденції), описові статистики (Descriptive Statistics), частотний аналіз (Frequency analysis), таблиці сполученості (Contingency tables), коефіцієнт Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha), тест Шапіро-Вілка (Shapiro-Wilk test), Тест Лівена (Levene's test), t-критерій Ст'юдента (Student's t-test), коефіцієнт Коена (Cohen's kappa coefficient), тест Уелча (Welch t-test), коефіцієнт Спірмена (Spearman's rank correlation) та Біноміальна логістична регресія (Binomial Logistic Regression).

Наукова новизна та теоретична значущість дослідження: полягає в тому, що розширено уявлення про вплив травматичного досвіду на якість та тривалість сну серед українців.

Практичне значення дослідження. Дослідження може допомогти у визначенні факторів, які впливають на якість сну та на розвиток ПТСР. На основі цих даних можуть бути розроблені програми та методики для покращення якості сну у ветеранів, біженців та інших людей, які пережили війну. Також, дослідження може допомогти у розробці соціальних програм та підтримки для ветеранів та інших людей, які пережили війну, зокрема, шляхом забезпечення доступу до психологічної допомоги, яка може допомогти їм зменшити вплив травматичного досвіду та покращити якість сну.

Надійність та достовірність результатів. Результати дослідження були аналізовані якісно та кількісно, використовуючи належні методики емпіричного дослідження та математичної обробки даних. Крім того, методологія та інструментарій дослідження були відповідні завданням та меті роботи.

Структура роботи. Робота складається із вступу; трьох розділів із висновками до кожного із них; загальних висновків; списку використаних джерел, що налічує 71 найменувань (із них 56 іноземною мовою). Основний

обсяг роботи викладено з 7 до 77 сторінки (всього 70 сторінок основного викладу матеріалу). Робота містить 16 таблиць, 2 рисунки та 1 додаток.

РОЗДІЛ 1.

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА ЯКОСТІ СНУ

1.1. Поняття про посттравматичний стресовий розлад як предмет психологічних досліджень: основні концепції та класифікації

Посттравматичний стресовий розлад – складний і доволі поширений розлад, викликаний значними травмуючими подіями (далі – ПТСР). Детально симптоми ПТСР описано у DSM-5, тож далі розглянемо його основні прояви. Посттравматичний стресовий розлад може включати спогади, які мають галюцинаторну форму прояву, а також підвищену пильність, що може досягати параноїдальних масштабів. Але для постановки діагнозу необхідна травматична подія і характерні симптоми, пов'язані з переживанням події або реакцією на неї [28]. Отже, можна зробити висновок, що посттравматичний стресовий розлад є складним та поширеним розладом, який виникає внаслідок травмуючих подій.

DSM-5 включає такі критерії для діагностики ПТСР:

A. Клінічна смерть або загроза смерті, тяжкі тілесні ушкодження чи сексуальне насильство в один (або більше) з наведених нижче способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події (подій).
2. Особисте спостереження події (подій) у тому вигляді, в якому вона відбувалася з іншими людьми.

3. Особа дізналася, що травматична подія (події) сталася з близьким членом сім'ї або близьким другом. У випадку фактичної смерті або загрози смерті члена сім'ї чи друга, подія(и) мала(и) бути насильницькою або випадковою.

4. Неодноразовий або екстремальний вплив несприятливих деталей травматичної події (наприклад, працівники служб швидкого реагування, які збирають людські останки: поліцейські, які неодноразово стикалися з деталями жорстокого поводження з дітьми).

В. Наявність одного (або більше) з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією (подіями), починаючи після того, як травматична подія (подія) відбулася:

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію (подію).

2. Повторювані тривожні сновидіння, в яких зміст і/або афект сну пов'язані з травматичною подією (подіями).

3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), коли людина відчуває або діє так, ніби травматична подія (подія) повторюється. (Такі реакції можуть проявлятися в континуумі, а найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення теперішнього оточення).

4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес при впливі внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект(и) травматичної події(й).

5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні сигнали, які символізують або нагадують аспект(и) травматичної події(й).

С. Один (або більше) з наведених нижче симптомів, що відображають або стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травматичною подією (подіями), або негативні зміни в пізнанні та настрої, пов'язані з травматичною подією (подіями), повинні бути присутніми, починаючи після події (подій) або погіршуючись після події (подій):

1. Уникнення або намагання уникати діяльності, місць або фізичних нагадувань, які викликають спогади про травматичну подію (подію).

2. Уникнення або намагання уникати людей, розмов або міжособистісних ситуацій, які викликають спогади про травматичну подію (подію).

3. Значне збільшення частоти негативних емоційних станів (наприклад, страх, провина, сум, сором, розгубленість).

4. Помітно знижений інтерес або участь у значущих видах діяльності, включаючи обмеження гри.

5. Соціально замкнута поведінка.

6. Стійке зниження вираження позитивних емоцій.

D. Зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною подією (подіями), що починаються або погіршуються після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наведених нижче симптомів:

1. Роздратована поведінка та спалахи гніву (з невеликою кількістю провокацій або без них), які зазвичай виражаються у вигляді вербальної або фізичної агресії до людей або предметів (включаючи крайні прояви гніву).

2. Підвищена пильність.

3. Перебільшена реакція переляку.

4. Проблеми з концентрацією уваги.

5. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням або неспокійний сон).

E. Тривалість розладу становить понад 1 місяць.

F. Розлад спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення стосунків з батьками, братами, сестрами, однолітками чи іншими особами, які здійснюють догляд за дитиною, або шкільної поведінки.

G. Розлад не пов'язаний з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків або алкоголю) або іншим медичним станом.

1. Деперсоналізація: Постійні або повторювані переживання відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла, ніби людина є стороннім спостерігачем (наприклад, відчуття, ніби вона перебуває уві сні; відчуття нереальності себе або тіла або повільного перебігу часу).

2. Дерезалізація: Стійкі або повторювані переживання нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сон, далекий або спотворений).

Суттєвою ознакою посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є розвиток характерних симптомів після впливу однієї або декількох травматичних подій. Емоційні реакції на травматичну подію (наприклад, страх, безпорадність, жах) більше не є частиною критерію А. Клінічна

картина ПТСР варіюється. У деяких осіб можуть переважати переживання, емоційні та поведінкові симптоми, пов'язані зі страхом. В інших - ангедонічний або дисфоричний стан настрою та негативні когніції можуть бути найбільш тривожними. У деяких людей переважають збудження та реактивно-екстерналізаційні симптоми, тоді як у інших - дисоціативні симптоми. Нарешті, у деяких людей спостерігається поєднання цих симптомів. Безпосередньо пережиті травматичні події в Критерії А включають, але не обмежуються ними, участь у війні в якості комбатанта або цивільного, погрози або фактичне фізичне насильство (наприклад, фізичний напад, пограбування, грабіж, фізичне насильство в дитинстві), погрози або фактичне сексуальне насильство (наприклад, примусове статеве проникнення, насильницькі сексуальні стосунки), примусове сексуальне проникнення, сексуальне проникнення під впливом алкоголю/наркотичних речовин, жорстокий сексуальний контакт, безконтактне сексуальне насильство, сексуальна торгівля), викрадення, захоплення в заручники, терористичний напад, катування, ув'язнення в якості військовополоненого, стихійні лиха або техногенні катастрофи, важкі автомобільні аварії. Для дітей сексуально насильницькі події можуть включати невідповідний їхньому розвитку сексуальний досвід без фізичного насильства або травм [28].

Загрозлива для життя хвороба або виснажливий стан здоров'я не обов'язково вважається травматичною подією. Медичні інциденти, які кваліфікуються як травматичні події, включають раптові, катастрофічні події (наприклад, пробудження під час операції, анафілактичний шок). Події, свідками яких ви стали, включають, але не обмежуються цим, спостереження за загрозою або серйозним пораненням, неприродною смертю, фізичним або сексуальним насильством над іншою людиною внаслідок насильницького нападу, домашнього насильства, нещасного випадку, війни або катастрофи, або медичної катастрофи у дитини (наприклад, кровотеча, що загрожує життю).

Непрямий вплив через отримання інформації про подію обмежується досвідом, який стосується близьких родичів або друзів, а також досвідом, який є насильницьким або випадковим (наприклад, смерть з природних причин не враховується). До таких подій належать насильницькі напади, самогубства, серйозні аварії та серйозні травми [28].

Розлад може бути особливо важким або тривалим, якщо стресовий фактор є міжособистісним і навмисним (наприклад, катування, сексуальне насильство). Травматична подія може бути пережита по-різному. Як правило, людина має повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади про подію. Нав'язливі спогади при ПТСР відрізняються від депресивних роздумів тим, що вони стосуються лише мимовільних і нав'язливих тривожних спогадів. Акцент робиться на повторюваних спогадах про подію, які зазвичай включають сенсорні, емоційні або фізіологічні поведінкові компоненти [45].

Поширеним симптомом повторного переживання є тривожні сновидіння, які відтворюють саму подію або є репрезентативними чи тематично пов'язаними з основними загрозами, пов'язаними з травматичною подією (Критерій В2). Людина може переживати дисоціативні стани, які тривають від кількох секунд до кількох годин або навіть днів, під час яких вона переживає компоненти події і поводить себе так, ніби подія відбувається в цей момент (Критерій В3). Такі події відбуваються в континуумі від коротких візуальних або інших сенсорних вторгнень щодо частини травматичної події без втрати орієнтації в реальності до повної втрати усвідомлення поточного оточення [45]. Ці епізоди, які часто називають "флешбеками", зазвичай короткі, але можуть бути пов'язані з тривалим стражданням і підвищеним збудженням.

Інтенсивний психологічний дистрес (критерій В4) або фізіологічна реактивність (критерій В5) часто виникають, коли людина піддається впливу подій, які нагадують або символізують аспект травматичної події (наприклад, вітряні дні після урагану; зустріч з людиною, схожою на кривдника). Пусковим сигналом може бути фізичне відчуття (наприклад, запаморочення

для тих, хто пережив травму голови; прискорене серцебиття для раніше травмованої дитини), особливо для осіб з високосоматичними проявами. Стимули, пов'язані з травмою, постійно (наприклад, завжди або майже завжди) уникаються. Людина зазвичай докладає цілеспрямованих зусиль, щоб уникнути думок, спогадів, почуттів або розмов про травматичну подію (наприклад, використовує техніки відволікання, щоб уникнути внутрішніх нагадувань) (Критерій C1), а також уникає діяльності, об'єктів, ситуацій або людей, які викликають спогади про неї (Критерій C2) [28].

Негативні зміни в пізнанні або настрої, пов'язані з подією, починаються або погіршуються після впливу події. Ці негативні зміни можуть набувати різних форм, включаючи нездатність згадати важливий аспект травматичної події; така амнезія, як правило, пов'язана з дисоціативною амнезією і не є наслідком травми голови, алкоголю або наркотиків (критерій D1). Іншою формою є стійкі (тобто завжди або майже завжди) і перебільшені негативні очікування щодо важливих аспектів життя, які стосуються себе, інших або майбутнього [28].

Особи з ПТСР можуть мати стійкі помилкові уявлення про причини травматичної події, які змушують їх звинувачувати себе або інших (Критерій D3). Стійкий негативний настрій (наприклад, страх, жах, гнів, провина, сором) або почався, або посилюється після впливу події (Критерій D4). Людина може відчувати помітне зниження інтересу або участі в діяльності, яка раніше приносила їй задоволення (Критерій D5), відчуття відстороненості або відчуження від інших людей (Критерій D6), або стійку нездатність відчувати позитивні емоції (особливо щастя, радість, задоволення або емоції, пов'язані з близькістю, ніжністю та сексуальністю) (Критерій D7) [28].

Люди з ПТСР можуть бути запальними і навіть проявляти агресивну вербальну та/або фізичну поведінку без будь-яких провокацій (наприклад, кричати на людей, вступати в бійки, руйнувати предмети) (Критерій E1). Вони також можуть вдаватися до необачної або саморуйнівної поведінки, наприклад, небезпечного водіння, надмірного вживання алкоголю або

наркотиків, самоушкодження або суїцидальної поведінки (Критерій E2). ПТСР часто характеризується підвищеною чутливістю до потенційних загроз, включаючи ті, що пов'язані з травматичним досвідом (наприклад, після дорожньо-транспортної пригоди особливо чутливі до загрози, яку можуть становити легкові або вантажні автомобілі, і ті, що не пов'язані з травматичною подією (наприклад, страх отримати серцевий напад) (Критерій E3).

ПТСР може виникнути в будь-якому віці, починаючи після першого року життя. Симптоми зазвичай з'являються протягом перших 3 місяців після травми, хоча може бути затримка на місяці або навіть роки, перш ніж будуть виконані критерії для встановлення діагнозу. Те, що в DSM-IV називалося “відстроченим початком”, зараз називається “відстроченим вираженням”, з визнанням того, що деякі симптоми зазвичай з'являються негайно, а затримка полягає в тому, що вони не відповідають повним критеріям. Часто реакція людини на травму спочатку відповідає критеріям гострого стресового розладу відразу після травми [45].

Симптоми ПТСР і відносне переважання різних симптомів можуть змінюватися з часом. Тривалість симптомів також варіюється: повне одужання протягом 3 місяців відбувається приблизно у половини дорослих, тоді як у деяких людей симптоми зберігаються довше, ніж 12 місяців, а іноді й понад 50 років. Рецидиви та посилення симптомів можуть виникати у відповідь на нагадування про первинну травму, постійні життєві стреси або нещодавно пережиті травматичні події. У людей похилого віку погіршення стану здоров'я, погіршення когнітивних функцій і соціальна ізоляція можуть посилювати симптоми ПТСР.

Клінічне вираження повторного переживання може змінюватися на різних етапах розвитку. Діти раннього віку можуть повідомляти про нові напади страшних снів, зміст яких не пов'язаний з травматичною подією. У віці до 6 років маленькі діти частіше виражають симптоми повторного переживання через гру, яка прямо або символічно пов'язана з травмою [46].

Вони можуть не проявляти реакції страху в момент впливу або під час повторного переживання.

Деякі дослідники ПТСР припустили, що теорія двофакторного навчання страху і тривоги Моурера може пояснити клінічні симптоми ПТСР. Згідно з цією теорією, на першому етапі страх набувається через класичне обумовлення, а уникнення - через оперантне обумовлення. Щоб пояснити симптоми ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі, Кін та його колеги припустили, що людина, яка зазнала небезпечного для життя досвіду, може стати залежною від широкого спектру стимулів, які були присутні під час травми (наприклад, звуки, час доби, запахи) через процес класичного обумовлення; в результаті ці раніше нейтральні стимули починають викликати інтенсивну тривогу [46]. Далі Кін та його колеги припустили, що тривогу викликають не лише стимули, які були присутні під час травми. Скоріше, через процеси обумовлювання вищого порядку та узагальнення стимулів, широкий спектр ситуацій набуває здатності викликати страх. Автори припустили, що характерні реакції ПТСР, такі як повторне переживання травматичної події через думки, спогади і нічні кошмари, є частиною нормального процесу відновлення після травматичного досвіду. Однак, коли відбувається високий ступінь генералізації та обумовленості вищого порядку, ці симптоми стають хронічними.

Foa, Steketee і Rothbaum [31] припустили, що підвищене збудження під час уявлення травматичної події може бути посередником для поліпшення пам'яті. Підвищення рівня збудження, на їхню думку, забезпечує кращу відповідність між афектом під час травми і афектом під час пригадування; ця відповідність полегшує пригадування деталей події.

Кін та його колеги також посилалися на теорію обумовлення, щоб пояснити гнів і дратівливість, які часто демонструють ветерани бойових дій з ПТСР. Вони припустили, що така поведінка була набута під час військової підготовки. У цивільному житті така агресивна поведінка підтримується як позитивним підкріпленням (тобто досягненням цілей), так і негативним

підкріпленням (тобто зменшенням тривоги при вираженні гніву). Фоа з колегами [31] зауважили, що це пояснення не пояснює агресивні реакції, які виникають після інших видів травм (наприклад, зґвалтування, нещасних випадків), а також не розглядає продовження гнівних реакцій перед обличчям їхніх аверсивних наслідків. Кін та його колеги припустили, що зниження інтересу до соціальної та дозвіллевої діяльності є результатом ефекту контрасту: ветерани В'єтнаму, які повертаються з війни, менш зацікавлені в цивільній діяльності, тому що вона не є такою ж стимулюючою, як події воєнного часу. Знову ж таки, це пояснення не може пояснити заціпеніння і абстиненцію, які спостерігаються у людей з ПТСР після інших травм (наприклад, зґвалтування, нещасного випадку).

Беккер, Скіннер, Абель, Аксельрод і Чішон використали двофакторну теорію Моурера [21] для пояснення розвитку і збереження сексуальних проблем у жертв зґвалтування, розглядаючи ситуацію нападу як безумовний стимул, що викликає страх і тривогу. Вони припустили, що сексуальні дії, пов'язані зі зґвалтуванням, стають умовними подразниками тривоги. Через узагальнення та обумовленість вищого порядку інші сексуальні дії також викликають страх. Щоб уникнути дискомфорту, жертва може пригнічувати сексуальні почуття або утримуватися від сексу. Кілпатрик і його колеги також використовували двофакторну теорію Моурера для пояснення реакцій жертв зґвалтування. Вони припустили, що жертви зґвалтування сприймають ситуацію зґвалтування як загрозову для життя і, відповідно, реагують на неї жахом і надзвичайно високим вегетативним збудженням. Стимули, пов'язані зі зґвалтуванням, набувають здатності викликати страх через класичне обумовлення.

Думки і слова, пов'язані з досвідом зґвалтування, також набувають здатності провокувати тривогу; таким чином, коли жертва зґвалтування описує свій досвід зґвалтування, вона починає відчувати тривогу [20]. Таким чином, терапевтичний контекст часто викликає значний дискомфорт і, як

наслідок, може уникатися так само, як уникаються інші стимули, пов'язані зі згвалтуванням.

Кін і Барлоу описали етіологічну модель ПТСР, яка зберігає основні риси моделі обумовленості Кіна та його колег [21], але розглядає ПТСР в рамках ширшої теорії патологічної тривоги Барлоу. Центральне місце в цій теорії займає ідея про дві узагальнені вразливості до психопатології. По-перше, це біологічна вразливість, яка значною мірою є генетичною рисою для переживання інтенсивних, негативних афективних станів, таких як паніка і депресія. З біологічною вразливістю пов'язана різниця між істинною і хибною тривоگوю, яка відображає запуск реакції “бий або біжи” (також “завмирай”). Справжня тривога виникає тоді, коли стимули, що запускають реакцію, є справді загрозливими; хибна тривога виникає тоді, коли реакція викликана незагрозливими стимулами.

Друга вразливість - це набута психологічна вразливість, пов'язана зі зниженим почуттям контролю і пов'язаним з ним конструктом тривожного побоювання, орієнтованого на майбутнє стану настрою, що характеризується підвищеною пильністю і когнітивними упередженнями щодо загрози, як зовнішньої, так і внутрішньої (тобто, інтероцептивних стимулів, пов'язаних з сильними емоціями). Тривожне побоювання посилює негативний афект, сприяє уникненню як зовнішніх тригерів, так і внутрішніх станів негативного афекту, а також викликає занепокоєння. Застосовуючи ці концепції до розвитку ПТСР, Кін і Барлоу стверджують, що переживання травматичної події особами з попередньою генералізованою біологічною та психологічною вразливістю призводить до запуску справжньої тривоги в момент травми (подібно до концепцій безумовних стимулів і реакцій у класичному обумовлення) [21]. Згодом ці люди засвоюють сигнали тривоги у відповідь на внутрішні та зовнішні сигнали, пов'язані з травмою, і свою первинну реакцію на неї. Ці вивчені тривожні сигнали запускають процес тривожного побоювання, особливо зосередженого на повторно пережитих емоціях, що

потім призводить до уникнення як тригерів вивчених тривожних сигналів, а також і сильних емоцій, які призводять до емоційного оніміння.

Теорії схем. Зовсім інший підхід до розуміння посттравматичних реакцій запропонували вчені, які використовують теорії з психології особистості та соціальної психології [33]. Для пояснення психологічних наслідків травматичного досвіду ці теоретики звертаються до концепції схем, тобто основних припущень і переконань, які керують сприйняттям та інтерпретацією вхідної інформації. Спільним для цих теорій є припущення, що (1) травматичні події зазвичай не відповідають існуючим припущенням; і (2) переробка травматичного досвіду вимагає модифікації існуючих припущень.

На основі моделі когнітивного розвитку Піаже вважається, що така модифікація відбувається за допомогою двох механізмів: асиміляції та акомодатії. Горовіц запропонував інтеграцію психоаналітичних концепцій та концепцій обробки інформації для пояснення посттравматичної психопатології, припускаючи, що люди мають базову потребу співвідносити інформацію, пов'язану з травмою, зі своїми “внутрішніми моделями, заснованими на старій інформації”. Процес одужання тягне за собою повторюваний “перегляд обох [джерел інформації] до тих пір, поки вони не будуть узгоджені, що Горовіц назвав “тенденцією завершення”, і що пояснює повторне переживання (нав'язливі) симптоми, які спостерігаються у людей з ПТСР.

Горовіц також зазначив, що якщо інформація про травму відповідає існуючим внутрішнім моделям, то ця інформація слугуватиме зміцненню цих моделей. З іншого боку, якщо інформація про травму не відповідає, то кожного разу, коли інформація обробляється, “відбуваються зміни внутрішніх робочих моделей і планів адаптивних дій”. З тенденцією до завершення конкурує тенденція до уникнення дистресу, спричиненого повторним переживанням симптомів, що пояснює різні симптоми уникнення при ПТСР. Однак стратегії уникнення перешкоджають вирішенню

розбіжностей між існуючими внутрішніми моделями та новою інформацією, яку надає травма. Наслідком моделі Горовіца є те, що уникнення підтримує стійку невідповідність між травматичним досвідом і внутрішніми психічними структурами, що є центральним у підтримці посттравматичної психопатології.

Теорія емоційної обробки. Основні положення Теорія емоційної обробки була вперше запропонована Фоа і Козаком [31] для пояснення тривожних розладів, а також процесу і результату експозиційної терапії цих розладів. Теорія ґрунтується на двох основних положеннях. Перше припущення полягає в тому, що тривожні розлади відображають наявність патологічних структур страху в пам'яті. Структура страху включає в себе взаємопов'язані уявлення про страшні стимули, реакції страху та значення, пов'язані з ними. Структура страху активується, коли інформація в навколишньому середовищі збігається з деякою інформацією, представленою в структурі, що призводить до поширення активації на пов'язані з нею елементи, тим самим викликаючи когнітивні, поведінкові та фізіологічні реакції тривоги. Коли структура страху точно відображає небезпечні ситуації у світі, вона слугує планом для ефективних дій, наприклад, поспішного перебігання через жваву вулицю, коли автомобіль, що наближається, здається, не сповільнює руху. Однак структура страху стає дезадаптивною або патологічною, коли (1) асоціації між елементами стимулів неточно відображають світ, (2) фізіологічні реакції та реакції втечі/уникнення викликаються нешкідливими стимулами, (3) надмірні та легко викликані елементи реагування заважають адаптивній поведінці, і (4) нешкідливі стимули та елементи реагування помилково асоціюються зі значенням загрози. Фоа і Козак [31] висунули гіпотезу, що різні тривожні розлади відображають характерно різні структури страху.

Друга основна передумова теорії емоційної обробки полягає в тому, що успішне лікування модифікує патологічні елементи структури страху таким чином, що інформація, яка колись викликала симптоми тривоги, більше не

викликає їх. Для модифікації структури страху необхідні дві умови: (1) структура страху повинна бути активована, і (2) нова інформація, несумісна з помилковою інформацією, вбудованою в структуру, повинна бути доступна і включена в структуру страху. Навмисний вплив безпечних, але викликаючих страх стимулів під час експозиційної терапії відповідає цим двом умовам. Зокрема, вплив страхітливих стимулів призводить до активації структури страху і надає коригувальну інформацію про ймовірність і шкоду наслідків, яких боїться людина. Крім того, спростовуються помилкові переконання про природу тривоги, які може мати людина, наприклад, переконання, що тривога не зникне, якщо не втекти з ситуації, або що тривога призведе до того, що людина “втратить контроль” або “збожеволіє”. Ця нова інформація кодується під час сеансу експозиційної терапії, змінюючи структуру страху і опосередковуючи міжсеансове звикання при наступному впливі тих самих або подібних стимулів, що призводить до зменшення симптомів.

Цей оригінальний теоретичний виклад емоційної переробки зазнав подальшого уточнення і розвитку, в результаті чого з'явилася всеосяжна теорія ПТСР, яка пояснює набуття ПТСР, природне відновлення і ефективність когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні і профілактиці хронічного ПТСР.

Центральне положення моделі ПТСР Елерса і Кларка [29] відповідає класичній когнітивній теорії, описаній раніше. Відповідно, ПТСР, як і інші тривожні розлади, є результатом оцінок, пов'язаних із загрозою, що насувається. Однак ПТСР - це розлад, пов'язаний з подією, що сталася в минулому; отже, загроза, пов'язана з цією подією, також належить до минулого. Щоб пояснити, як ця минала подія породжує відчуття поточної загрози, Елерс і Кларк припустили, що люди з хронічним ПТСР переробляють травматичну подію та/або її наслідки таким чином, що виникає відчуття поточної загрози.

Два ключові процеси призводять до поточного відчуття загрози: оцінка людиною травматичної події та/або її наслідків, а також природа

травматичної пам'яті і те, як вона інтегрована з іншими епізодичними спогадами людини. Що стосується оцінок, то модель Елерса і Кларка слідує моделі Бека, підкреслюючи причинну роль негативних (пов'язаних із загрозою) когніцій в емоційних розладах.

У випадку ПТСР Елерс і Кларк [29] погоджуються з теорією емоційної переробки, що відповідні оцінки можуть стосуватися як зовнішньої загрози (сприйняття світу як небезпечного місця), так і внутрішньої загрози (сприйняття себе як нездатного). Однак теорія емоційної обробки виходить з того, що когніції, які лежать в основі ПТСР, можуть бути, а можуть і не бути доступними для самоаналізу і самозвіту. На противагу цьому, використовуючи концепцію оцінок, Елерс і Кларк відводять важливе місце думкам і переконанням у сфері усвідомлення, які можуть бути повідомлені і безпосередньо оскаржені за допомогою вербального дискурсу. Як і теорія емоційної обробки, Елерс і Кларк припускають, що негативні когніції можуть бути пов'язані з тим, що сталося під час або після травматичної події [29].

Другим основним процесом у моделі ПТСР Елерса і Кларка є унікальна природа травматичної пам'яті у людей з ПТСР. Відправною точкою тут є припущення, що люди з ПТСР пов'язують фрагментований і погано розроблений наратив травми, і коли вони згадують про неї, то відчують, ніби травма відбувається зараз, а не в минулому. Елерс і Кларк припускають, що фрагментарний характер пам'яті про травму, сприйняття спогадів так, ніби вони відбуваються в теперішньому, а не в минулому, а також відсутність зв'язку травматичної пам'яті з іншими автобіографічними спогадами пояснюють, як подія, що сталася в минулому, викликає відчуття загрози в теперішньому. Вони також припускають, що вилучення з асоціативної пам'яті відбувається під впливом підказки та ненавмисно, тому людина може не усвідомлювати зв'язок між своїми емоційними реакціями та пам'яттю про травму. Нездатність ідентифікувати тригер симптомів повторного переживання може завадити людині дізнатися, що тригери самі по собі не є небезпечними [29].

Когнітивні теорії, які зосереджуються переважно на самій травматичній події, а не на її ширшому особистісному та соціальному контексті, отримали назву теорій “обробки інформації”. Основна ідея полягає в тому, що є щось особливе в тому, як травматична подія відображається в пам’яті, і що якщо її не переробити належним чином, це призведе до психопатології. Як і соціально-когнітивні теорії, цей підхід підкреслює необхідність інтеграції інформації про подію в ширшу систему пам’яті. Однак труднощі в досягненні цього пояснюються скоріше особливостями самої пам’яті про травму, ніж конфліктом з попередніми переконаннями та припущеннями. Більшість ранніх теорій беруть свій початок у спробах зрозуміти зумовленість страху і фобічні реакції, зокрема, в роботі Ланга. Ланг переформулював біхевіористські пояснення обумовленості страху, які залежали від вивчення асоціацій між стимулами і реакціями в більш комплексній когнітивній структурі. Він припустив, що страхітливі події представлені в пам’яті як взаємозв’язки між вузлами асоціативної мережі. Пам’ять про страх складається із взаємозв’язків між різними вузлами, що представляють три типи пропозиційної інформації: стимульна інформація про травматичну подію, така як види і звуки, інформація про емоційну і фізіологічну реакцію людини на подію, а також смислова інформація, в першу чергу про ступінь загрози. Таким чином, пізнання і афект були інтегровані в загальну програму реагування, спрямовану на швидку втечу або уникнення небезпеки [50].

Ланг припустив, що пацієнти з тривожними розладами мають надзвичайно когерентні та стійкі спогади про страх, які легко активуються під впливом стимулів, що можуть бути неоднозначними, але мають певну схожість зі змістом спогадів. Коли мережа страху активована, людина відчуває ті ж самі фізіологічні реакції і схильна виносити змістовні судження, які узгоджуються з первинним спогадом [50].

Chemtob разом із своїми колегами запропонував еволюційний погляд на реакції на травму, який враховує постійне повторне переживання і

високий рівень збудження, що відрізняє ПТСР від специфічних фобій. Вони припустили, що у людей з ПТСР мережа страху постійно активована, що змушує їх функціонувати в “режимі виживання”, який виявився адаптивним під час травматичного інциденту.

Фоа та ін. [31] запропонували впливову версію підходу мережі страху і припустили, що ПТСР відрізняється від інших тривожних розладів тим, що травматична подія має монументальне значення і порушує колишні базові уявлення про безпеку. Вони припустили, що травматична подія призводить до своєрідної репрезентації в пам'яті, яка відрізняється від тієї, що створюється повсякденним досвідом у кількох аспектах. Фоа та ін. також припустили, що мережі страху при ПТСР, порівняно з іншими тривожними розладами, характеризуються особливо сильними елементами реагування, наприклад, підвищеною частотою серцебиття. Крім того, перевертання базових припущень про безпеку означає, що буде велика кількість сигналів навколишнього середовища, які викликають активацію мережі. Нарешті, мережа матиме низький поріг активації. Для того, щоб інформація в мережі страху була інтегрована з рештою спогадів людини, ці занадто сильні асоціації мають бути послаблені.

Для того, щоб зменшити сильні асоціації, мережу страху потрібно активувати, наприклад, за допомогою уявного або реального впливу, і модифікувати її шляхом включення несумісної з нею інформації. Вважається, що найпотужніша коригувальна інформація походить з досвіду звикання до страху, яке в терапії може відбуватися як під час клінічної сесії, так і між сесіями. Таким чином, у модифікованій мережі різні стимули і смислові елементи набагато слабше асоціюються зі страхом.

Згідно з Фоа та ін. [31], реакції ПТСР, як правило, зберігаються, коли важко досягти впливу достатньої тривалості на всі різні елементи мережі страху. За таких обставин лише деякі асоціації послаблюються, а інші елементи мережі страху продовжують міцно асоціюватися зі страхом. Це може статися через те, що надмірне збудження або помилки мислення

можуть заважати увазі та інтеграції спростовуючих доказів, а також через те, що може існувати сильна тенденція уникати повторного впливу травматичних сигналів.

Сильною стороною різних моделей мережі страху є те, що вони надають набагато чіткіші пропозиції щодо того, як і за допомогою якої когнітивної архітектури обробляється інформація про травматичну подію, як під час, так і після неї. Вони запропонували більш адекватні пояснення процесів уваги та пам'яті, а також вразливості, що виникає внаслідок руйнування припущень. Найважливіше те, що вони призвели до розробки дуже успішних, теоретично обґрунтованих терапевтичних втручань [31].

Серед обмежень ранніх моделей мережі страху - складність пояснення того, як пам'ять може, з одного боку, викликати швидкі реакції, такі як флешбеки і фізіологічне збудження, але в той же час бути дезорганізованою і містити прогалини. Вони не розрізняли флешбеки і звичайні спогади про травму, а також не враховували широкий спектр інших посттравматичних емоцій і переконань, які пов'язані з ризиком розвитку ПТСР. Крім того, ідея про те, що спогади можна активувати і змінювати шляхом додавання суперечливої інформації, не узгоджувалася з новим розумінням обумовленості страху, що впливає з досліджень на тваринах. Кілька напрямків досліджень припускали, що більш правдоподібно, що старі спогади залишаються недоторканими і що реакції страху пригнічуються створенням нових спогадів [45].

На противагу припущенню теорій мережі страху про те, що травматична пам'ять - це звичайна пам'ять, яка має певну структуру (більше елементів реагування, сильніші міжелементні асоціації тощо), існує ідея про те, що спогади про травму представлені принципово відмінним чином. Автори цієї теорії [21] припустили, що патологічні реакції (наприклад, яскраве і неконтрольоване повторне переживання в сьогоденні) виникають, коли спогади про травму відокремлюються від звичайної системи пам'яті, і що відновлення передбачає їх трансформацію у звичайні або нарративні

спогади. Однак вони не дали чіткого розуміння того, чи можуть звичайні спогади про травматичну подію існувати поряд із дисоційованими спогадами, і як саме відбувається трансформація однієї форми пам'яті в іншу.

Один зі способів розуміння поняття дисоційованої пам'яті полягає в тому, що існує дві (або більше) системи пам'яті, і що інформація про травму краще представлена в одній системі, ніж в іншій. Деякі когнітивні психологи припускають, що існує окрема перцептивна система пам'яті, яка фіксує інформацію, що не отримала достатньої свідомої уваги, або взагалі не отримала її. Наприклад, навіть за звичайних умов відволікання уваги люди часто не бачать добре помітні, але несподівані об'єкти перед очима - явище, відоме як "неуважна сліпота". Ці неуважні об'єкти або об'єкти, які свідомо не помічаються в експериментах, тим не менш, кодуються і аналізуються досить детально і можуть несвідомо впливати на відповіді учасників у тестах на опосередковану пам'ять. Ці висновки видаються дуже актуальними для жертв травми, чия увага, як правило, прикута до безпосереднього джерела загрози, і які можуть повідомити, що вони просто не чули слів, які були вигукнуті, або пострілів, які пролунали в безпосередній близькості від них.

У той час як в деяких моделях система перцептивної пам'яті не здатна підтримувати свідомий досвід, в інших вона підтримує сенсорні образи, такі як візуальні сцени [50]. Хоча перцептивні репрезентації зазвичай вважаються тимчасовими або такими, що виявляються лише непрямими методами, існує припущення, що переживання подій з високим рівнем емоційності чи важливості призводить до збереження довготривалих, яскравих слідів.

Згідно з версією теорії подвійної репрезентації Brewin et al. [21], дві системи пам'яті продовжують працювати паралельно, але одна з них може мати перевагу над іншою в різний час. Усні або письмові спогади про травму відображають роботу системи "вербально доступної пам'яті" (VAM), названої так, щоб відобразити той факт, що пам'ять про травму інтегрована з іншими автобіографічними спогадами, а також той факт, що вона може бути

навмисно витягнута, коли це необхідно. Таким чином, спогади про травму в VAM представлені в повному особистісному контексті, що включає минуле, теперішнє і майбутнє. Вони містять інформацію, яку людина сприймала до, під час і після травматичної події, і яка пройшла достатню свідому обробку, щоб бути перенесеною в сховище довгострокової пам'яті у формі, яку згодом можна навмисно відновити. Ці спогади доступні для вербального спілкування з іншими, але кількість інформації, яку вони містять, обмежена, оскільки вони фіксують лише те, що було усвідомлено. Відволікання уваги на безпосереднє джерело загрози та вплив високого рівня збудження значно обмежують обсяг інформації, яка може бути зареєстрована під час самої події. Спогади VAM реєструють свідомі оцінки травми як під час її перебігу, так і після, коли людина обмірковує наслідки та значення події, а також запитує себе, як можна було б запобігти цьому. Таким чином, емоції, які супроводжують спогади про ПТСР, включають як “первинні емоції”, що сталися в той час, так і “вторинні емоції”, породжені ретроспективною когнітивною оцінкою тих подій.

На противагу цьому, вважається, що флешбеки відображають роботу системи “ситуативно доступної пам'яті” (SAM), названої так, щоб відобразити той факт, що флешбеки завжди викликаються лише мимоволі ситуативними нагадуваннями про травму (що зустрічаються або в зовнішньому середовищі, або у внутрішньому середовищі психічних процесів людини). Система SAM містить інформацію, яка була отримана в результаті більш широкої, нижчого рівня перцептивної обробки травматичної сцени, наприклад, види і звуки, які були занадто короткочасними, щоб привернути увагу свідомості, і тому не були записані в системі VAM. Система SAM також зберігає інформацію про тілесну реакцію людини на травму, таку як зміна частоти серцевих скорочень, почервоніння, зміна температури та біль. Це призводить до того, що флешбеки є більш детальними та емоційно насиченими, ніж звичайні спогади.

Оскільки система SAM не використовує вербального коду, ці спогади важко передати іншим, і вони не обов'язково взаємодіють з іншими автобіографічними знаннями та оновлюються ними. SAM-спогади може бути важко контролювати, оскільки люди не завжди можуть регулювати свій вплив на види, звуки чи запахи, які нагадують про травму. Емоції, які супроводжують SAM-спогади, обмежуються “первинними емоціями”, які були пережиті під час травми. Під час деяких травматичних подій може з'явитися час для більш складних оцінок. Людина може переживати цілий ряд емоцій, таких як гнів і сором, і вони будуть закодовані в пам'яті SAM разом зі страхом, безпорадністю і жахом [21].

Одним з наслідків теорії подвійної репрезентації є те, що ПТСР є гібридним розладом, який потенційно включає в себе два окремих патологічних процеси, один з яких пов'язаний з вирішенням негативних переконань та емоцій, що їх супроводжують, а інший - з управлінням флешбеками.

Цей підхід узгоджується з ідеєю про те, що в основі людського мислення лежать дві системи. Одна з них є асоціативною і автоматичною, яка використовує такі базові принципи, як схожість між елементами або близькість двох елементів у часі. Воно шукає і базує висновки на шаблонах і закономірностях між елементами, таких як образи і стереотипи. Друга система ґрунтується на правилах, є цілеспрямованою і намагається описати світ у більш концептуальних термінах, фіксуючи структуру, яка є логічною або причинно-наслідковою. Експозиційні методи лікування спираються на асоціативне мислення, оскільки вони намагаються створити нові патерни та закономірності, залучаючи ті самі елементи, які були частиною травматичного досвіду. Отже, посттравматичний стресовий розлад – це розлад адаптації особистості до складних травмуючих подій. Травмуючі події не є гарантом виникнення ПТСР: він з'являється у випадках близько 10-30% ситуацій. Одна і та сама подія у двох різних людей може викликати розлад або ж ні.

ПТСР має декілька різних кластерів симптомів, згідно з якими ставиться діагноз. До них належать: інтрузивні симптоми, симптоми уникнення, симптоми реактивної реакції та наявність травмуючих подій. Існує багато теорій виникнення посттравматичного стресового розладу як більш ранніх, так і сучасніших. До найбільш поширених теорій наразі належать теорія емоційної переробки, теорія перцептивної пам'яті та когнітивна модель ПТСР Елерса і Кларка [29], побудована на більш ранніх, але недостатньо релевантних когнітивних теоріях.

1.2. Дослідження впливу травматичного досвіду на якість сну

Сон – це основна фізіологічна потреба людини. Люди проводять приблизно одну третину свого життя уві сні. Сон забезпечує енергією; сприяє розвитку, навчанню та розслабленню; залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. У людей існують фізичні, соціальні, інтелектуальні та емоційні потреби. Тож задоволення основних фізичних і психічних потреб має вагомое значення для підтримки благополуччя [3].

Сон як основна потреба є важливим параметром, який впливає на якість життя і благополуччя. Деякі захворювання можуть викликати порушення сну, спричиняючи фізичний і психологічний стрес. Крім того, інші фактори, такі як харчові звички, спосіб життя, вживання ліків, паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин, поряд із психологічними й екологічними факторами можуть впливати на характер сну. Скорочення тривалості та якості сну серед населення пов'язано зі змінами в способі життя, поширенням використання сучасних технологій і підвищенням трудових і соціальних потреб [3].

Якість сну є мірою як кількісного, так і якісного компоненту сну. Кількісний компонент включає тривалість сну, тоді як якісний компонент є суб'єктивною мірою глибини й відчуття спокою при пробудженні. Гарна якість сну асоціюється з широким спектром позитивних результатів, таких як покращення здоров'я, зниження денної

сонливості, покращення самопочуття і психологічного функціонування. Погана якість сну є однією з визначальних ознак хронічного безсоння. Суб'єктивна оцінка якості сну в людей у разі його порушення різна залежно від того, в яку фазу сну відбулось пробудження – у фазу повільного сну або фазу швидкого сну. Так, у разі пробудження з глибокої стадії повільного сну особливо на початку ночі люди з порушеннями сну в більшості випадків вважають, що був короткий неглибокий сон, а деякі з них навіть заперечують появу сну, стверджуючи, що в цей час не спали. Недооцінюючи якість сну при пробудженні в його повільній фазі, люди, які страждають порушеннями сну, незадоволені своїм нічним сном [52].

Хоча конструкція якості сну широко використовується, огляд літератури демонструє, що вона ще не повністю зрозуміла. А Буїс та ін. називають якість сну «складним явищем, яке важко визначити й виміряти об'єктивно». Справді, емпіричні результати підкреслюють складність якості сну особливо в тому, що стосується пацієнтів із безсонням. Дослідження показали, що «історія хронічного безсоння не передбачає поганий сон за ЕЕГ». Так само якість сну не пов'язана прямо з кількістю сну [37]. Наприклад, поширений у літературі висновок, що самооцінка сну погано корелює з певною полісомнографією сну. Дійсно, розрізняють дві групи: групу суб'єктивного безсоння, яка відповідала критеріям безсоння, але мала нормальний сон за полісомнографією, і групу суб'єктивно задоволених сном, які відповідали критеріям «хорошої якості сну», але об'єктивно мали порушення сну за полісомнографією. Виявлено, що психологічні змінні розрізняють ці дві групи: в групі суб'єктивного безсоння проявляється більш пригнічений настрій, занепокоєння, у них більше дисфункціональних переконань щодо сну порівняно з групою суб'єктивно задоволених сном. Ці результати підкреслюють складність поняття якості сну й важливість розуміння суб'єктивного значення якості сну.

Сон людини можна розділити на сон без швидких рухів очей (NREM) і швидкий сон (REM). Нормальний сон відбувається за організованою схемою NREM-REM циклів, кожен повний цикл триває від 70 до 120 хвилин. NREM-сон можна розділити на чотири стадії (стадії 1, 2, 3 і 4), через які сон поступово поглиблюється. Полісомнографія (PSG) використовується для класифікації сну за цими стадіями. ПСГ передбачає розміщення поверхневих електродів на шкірі голови та обличчя для вимірювання електричної активності мозку (електроенцефалограма, ЕЕГ), руху очей (електроокулограма, ЕОГ) та м'язового тону (електроміограма, ЕМГ). Крім того, електроди можуть бути прикріплені до ніг для моніторингу таких розладів, як періодичне порушення рухів кінцівок, а показники потоку повітря або дихання можуть бути використані для моніторингу порушень дихання уві сні [37].

Стадії 3 і 4 - це найглибші стадії сну. Тому, перебуваючи на 3 або 4 стадії сну, найважче прокидатися і бути бадьорим. У цьому документі ми часто згадуватимемо швидкий сон. Він характеризується швидкими рухами очей, які вимірюються за допомогою двох електродів, розміщених біля кожного ока (ЕОГ). Швидкий сон називають “парадоксальним сном”, оскільки це стадія, коли мозок найбільш активний, але тіло паралізоване. Відносно легко прокидатися і виходити з швидкого сну. Хоча деякі сновидіння трапляються і на інших стадіях сну, більшість сновидінь відбувається під час швидкого сну.

Сновидіння, як правило, недоступні для свідомого пригадування, якщо тільки вони не відбуваються під час пробудження. У типовому нічному сні нормальної молодшої людини стадії 3 і 4 сну переважають у першій третині ночі, а епізоди швидкого сну збільшуються впродовж ночі. Відповідно, частка швидкого сну набагато більша в останній третині ночі. Нормальний режим сну значно змінюється протягом життєвого циклу. Середня загальна тривалість сну зменшується з приблизно 16-18 годин за 24-годинний цикл у немовлят до 10-11 годин у дитинстві, до 7-9 годин у середині 20-х років і до

6-8 годин у середньому віці. У старшому віці нічний сон ще більше скорочується, натомість збільшується денна дрімота. Не дивно, що поширеність безсоння у літніх людей особливо висока [37].

Постраждали від травми частіше повідомляють про порушення сну, ніж населення в цілому. Ці порушення сну включають труднощі з засинанням і підтриманням сну, нетипову поведінку, що порушує сон, повторювані нічні кошмари і часті пробудження. Якщо раніше проблеми зі сном, пов'язані з травмою, вважалися вторинними по відношенню до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), то тепер вони визнані первинними симптомами, які потребують цілеспрямованого втручання. Вони сприяють як розвитку, так і підтримці ПТСР, можуть бути присутніми без діагнозу ПТСР і часто зберігаються після успішного завершення науково обґрунтованих втручань, орієнтованих на ПТСР. З огляду на такий перебіг та останні дані, що безпосередньо пов'язують ці симптоми з суїцидальними думками та поведінкою, існує гостра потреба в ефективних втручаннях, спрямованих на покращення сну, для цієї групи населення [37].

Немає сумнівів, що сон серйозно порушується після пережитої травматичної події. Для ілюстрації Като, Асукай, Міяке, Мінакава та Нішіяма [56] повідомили про дослідження осіб, які були опитані через 3 і 8 тижнів після землетрусу Ханшин 1995 року в Японії. Порушення сну було найпоширенішим симптомом, про який повідомлялося (63% повідомили про порушення сну через 3 тижні після травми, 46% - через 8 тижнів). Аналогічно, Гольдштейн, ван Каммен, Шеллі, Міллер і ван Каммен (Survivors) у своєму дослідженні японських військовополонених під час Другої світової війни та Куч і Кокс у своєму дослідженні тих, хто пережив Голокост, виявили, що порушення сну і нічні кошмари були найпоширенішими симптомами, про які повідомлялося. Про порушення сну повідомили 97% в'язнів таборів для військовополонених і 95% тих, хто пережив Голокост. Про нічні кошмари повідомили 94% в'язнів таборів для військовополонених і 83% тих, хто пережив Голокост [37].

Переходячи до більш пізніх часів, Notrh та інші вчені [51] виявили, що 70% людей, які пережили бомбардування Оклахома-Сіті, страждали від порушень сну через 6 місяців після події, а понад 50% мали нічні кошмари. Використовуючи метод випадкового набору цифр у США протягом 1 тижня після терористичної атаки 11 вересня, Schuster разом із колегами опитали 560 дорослих про їхню власну реакцію та реакцію їхніх дітей ($n = 170$) [17]. Загалом 11% дорослих і 10% дітей зазначили, що вони відчували значні труднощі із засинанням або засинанням після теракту. Якщо взяти ці результати разом, то можна зробити висновок, що порушення сну і нічні кошмари є частиною нормальної і типової реакції на травму. Однак, в той час як для більшості людей порушення сну після травми є тимчасовим, для інших порушення сну стає тривалою проблемою, яка зазвичай виникає як частина діагнозу гострого стресового розладу (ГСР) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Дійсно, Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів [28] відносить нічні кошмари до групи симптомів, що описують симптоми повторного переживання (кластер В при ПТСР, кластер С при ГСР), а труднощі із засинанням і засинанням - до групи симптомів, що описують симптоми збудження (кластер D при ПТСР, кластер E при ГСР) [54].

Про поширеність труднощів із засинанням на початку ночі повідомлялося в двох дослідженнях. У аналізі Національного дослідження адаптації ветеранів В'єтнаму, проведеному Нейланом та ін., 44% ветеранів з ПТСР оцінили себе як таких, що мають проблеми із засинанням "іноді" або "дуже часто", порівняно з 6% ветеранів без ПТСР, 9% ветеранів війни і 5% цивільних осіб [23]. У дослідженні Охайона і Шапіро, яке базувалося на великій вибірці, набраній у громаді, учасники з ПТСР мали більше труднощів із засинанням (41%) порівняно з тими, хто не мав ПТСР (13%).

Така картина результатів є очікуваною, враховуючи, що DSM-IV вимагає наявності гіперзбудження (кластер D) для діагностики ПТСР, тобто два або більше з наступних симптомів: безсоння, дратівливість, труднощі з

концентрацією уваги, підвищена пильність або підвищена лякливість. Тому цікаво відзначити, що в експериментальних дослідженнях спостерігається протилежна картина, про що буде сказано нижче. Також досліджувані повідомляли про наявність нічних кошмарів.

Пацієнти з ПТСР найчастіше повідомляють про парасомнії, пов'язані з бойовими та небойовими кошмарами, рухами під час сну, а також пробудженнями, схожими на переляк або паніку (раптове прокидання зі страхом або переляком, але без пам'яті сну). Серед них бойові кошмари були найбільш специфічно пов'язані з ПТСР. Кошмари визначаються як страшні сновидіння, які пробуджують сплячого від сну. Поведінкова активація (наприклад, розмова, крик, метання або ходіння) відбувається рідко, що допомагає відрізнити їх від інших типів парасомній. Після пробудження люди зазвичай можуть детально описати послідовність і зміст сну [37].

Пацієнти з ПТСР повідомляли про інші скарги на сон, окрім безсоння та нічних кошмарів. Госпіталізовані ветерани з ПТСР повідомляли про пробудження від переляку або страху без згадування сновидінь, панічні пробудження (з фізіологічними симптомами), а також про судомні рухи в записах у щоденнику сну. Це дослідження було обмежене відсутністю групи порівняння, і більшість з цих стаціонарних пацієнтів приймали ліки [39].

Нарколепсія та апное уві сні значно частіше зустрічаються у дорослих, які зазнали насильства або травми в дитинстві, порівняно з дорослими, які не зазнали насильства або травми в дитинстві. Однак поширеність ПТСР у цих суб'єктів не була встановлена. Інші задокументовані скарги, пов'язані зі сном у пацієнтів з ПТСР, включають розлад поведінки у фазі швидкого сну і порушення дихання уві сні [39].

Суб'єктивна оцінка сну пацієнтами з ПТСР часто не відповідає об'єктивним даним. Вони доволі часто переоцінюють свої труднощі зі сном. Суб'єкти зі скаргами на сон постійно недооцінюють тривалість сну і переоцінюють латентність сну. Однак інші дослідження у пацієнтів з ПТСР показали значну позитивну кореляцію між суб'єктивними та об'єктивними

оцінками тривалості та латентності сну. Навіть незважаючи на значну абсолютну суб'єктивну похибку суб'єктивних оцінок, пацієнти з ПТСР, які повідомляли про довший час перебування в ліжку, як правило, демонстрували більшу кількість хвилин сну і хвилин перебування в ліжку в лабораторії, тоді як ті, хто повідомляв про довшу латентність сну, як правило, демонстрували довшу латентність [52].

Узагальнюючи, сон є базовою біологічною потребою людини. Порушення сну може призвести до фізичних та психічних розладів. І, навпаки, розлад сну може бути проявом наявного захворювання або розладу. Проаналізовані дослідження та діагностичні критерії показують, що розлади сну є одним із провідних симптомів переживання травми та ПТСР. Зокрема, у осіб з ПТСР можуть бути такі порушення сну, як нічні кошмари, прокидання серед сну, рухи або розмова під час сну, складнощі із засинанням. Таким чином, сон прямо корелює та є наслідком посттравматичного стресового розладу.

1.3. Психологічне благополуччя людини в умовах війни та наявності травматичного досвіду

Психологічне благополуччя можна описати як цілісне суб'єктивне переживання задоволеності власним життям та собою, яке ґрунтується на задоволенні базових людських потреб. Однак, цей термін не обмежується лише суб'єктивними переживаннями, а є складовою суб'єктивного благополуччя, яке також включає фізичне та соціальне благополуччя. Ця концепція узгоджується з теоріями психологів про внутрішню структуру особистості, яка складається з фізичного “Я”, соціального “Я” та духовного “Я”.

Компонентами психологічного благополуччя є афективний баланс, який включає позитивні та негативні афективні переживання, загальна задоволеність життям, відсутність вираженої тривожності та депресивних симптомів, а також метапотребовий, який відображає особистий розвиток та

самореалізацію, реалізацію базових потреб. Інші компоненти включають світоглядний (мета, цілі, переконання), інтрарефлексивний (самосприйняття, самопізнання, саморозвиток) та інтеррефлексивний (компетентність у взаєминах з оточуючим світом, усвідомлення себе у контексті цих взаємин). Усі ці компоненти взаємодіють між собою та сприяють досягненню психологічного благополуччя [62].

Психологічне благополуччя можна оцінювати за декількома критеріями, такими як соціальне, фізичне, психологічне та соматичне здоров'я, об'єктивна успішність і суб'єктивне благополуччя, що проявляється у відчутті щастя та задоволеності життям. При цьому психологічне благополуччя відображає об'єктивні критерії психологічного здоров'я, тобто стану, у якому повинна бути психологічно і психічно здорова людина. Ця норма визначається суспільством та підкріплена науковими теоріями, які допомагають зрозуміти та оцінити рівень психологічного благополуччя [10]. Відтак, психологічне благополуччя може бути розглянуте як термін, що відображає об'єктивні критерії психічного здоров'я, а його досягнення може слугувати показником успішності та задоволеності життям.

Індивідуальна оцінка фізичного, психологічного та соціального благополуччя може відрізнитись від людини до людини. Суб'єктивне та психологічне благополуччя взаємодоповнюють одне одного, і їхнє порівняння або розмежування залежить від мети дослідження та його предмету.

Слід зауважити, що дослідження суб'єктивного благополуччя людини в умовах війни є недостатньою областю дослідження. Війна є джерелом неблагополуччя, що руйнує життя людини у фізичному, психічному та психологічному вимірах, проте також може надавати нового сенсу життю. Українці не тільки навчилися виживати під час війни, але й значна частина населення знайшла нові мотиваційні орієнтації [10]. Зокрема, важливою і першорядною є незалежність рідної землі. Дослідники війни виділили чотири

фази війни та відповідні мотиваційні тенденції особистості на кожній з них: фаза героїзму, «медового місяця», розчарування, відновлення та відбудови.

У фазі героїзму, люди демонструють героїчну поведінку, і в Україні це стало очевидним під час 11 місяців війни, коли українці боролися за незалежність своєї Батьківщини та проявляли патріотичні почуття. На другій фазі, ті, хто вижили, гуртуються та сподіваються на краще. Переселенцям Сходу України надають допомогу жителі Західної України, Польщі, Німеччини та інших країн, і це вказує на нову мотивацію у спільній життєдіяльності - не тільки вижити в умовах війни, але і змінити своє життя. У третій фазі, надії на швидке відновлення все ще не здійснені, і особистість втрачає сенс життя, важко мотивувати її до виконання діяльності та прийняття важливих рішень щодо власного життя [10]. Однак, приходять відчуття безсилля і бажання опанувати щось нове. На четвертій фазі - відбудови та відновлення - ті, хто вижив, розуміють, що необхідно самим вирішувати проблеми, які перед ними постали.

Війна має негативний вплив на психічне здоров'я людини, що виявляється у зростанні захворюваності та розповсюдженні психічних розладів в середньому населенні, а також серед вразливих груп, таких як діти, люди похилого віку та інваліди. Факторами, які впливають на ці випадки, є ступінь травматизації та рівень емоційної підтримки [1]. Однак, ситуація в Україні в період війни викликає зацікавленість у психологів та волонтерів щодо дослідження проблеми ПТСР, оскільки хоча людина може витримати багато, все ж має свої межі.

Дослідження проведені серед людей, що постраждали внаслідок війни, свідчать про високий рівень психічних розладів, включаючи депресію, тривогу та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Пацієнти з ПТСР мають більш високу схильність до різних захворювань, включаючи фізичні та психічні захворювання, а також підвищену схильність до суїциду [7]. Ці дослідження підтверджуються і дослідженнями серед цивільного населення та ветеранів війни, хоча поширеність ПТСР може відрізнятися в залежності

від особистих характеристик та контексту. Війна та її наслідки можуть призвести до порушень соціальної адаптації, що проявляється у трьох типах психогенних розладів: аномічному, диссоціальному та магіфренічному.

Зарубіжні дослідження підтверджують актуальність надання допомоги постраждалим внаслідок кризових травматичних ситуацій. Дослідження дітей в Палестині, які стали свідками конфлікту у 2000 році, виявили, що значна кількість дітей проявляли агресивну поведінку, погіршилась успішність у школі, з'явилися фізичні проблеми та кошмари. Оглядове дослідження, опубліковане у журналі *World of Psychiatry*, досліджувало вплив військових конфліктів другої половини ХХ століття на психічне здоров'я населення і виокремило групи з підвищеною вразливістю до психологічних наслідків війни: діти та підлітки, жінки, люди, які пережили складні життєві обставини (хвороба, смерть близьких, розлучення) додатково до військового конфлікту [16]. Психіатричні та психологічні дослідження показали, що війна може викликати тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, дисоціативні розлади, поведінкові розлади, а також депресію у матерів у пренатальному та постнатальному періоді.

Мурті та Лакшмінараяна проаналізували результати досліджень про психічне здоров'я дітей, які пережили збройні конфлікти в країнах, таких як Афганістан, Балкани, Камбоджа, Чечня, Ірак, Ізраїль, Ліван, Палестина, Руанда, Шрі-Ланка, Сомалі та Уганда [16]. Вчені зробили висновок, що психологічні травми, спричинені війною, мають тривалі наслідки для дитячої психіки, і чим довший триває конфлікт, тим серйозніші можуть бути симптоми. Згідно зі світовими статистичними даними, десять відсотків людей, які пережили травматичну подію внаслідок збройного конфлікту, пізніше можуть розвинути симптоми психологічної травми, а ще десять відсотків можуть проявляти поведінкові зміни або психологічні розлади, які перешкоджають повноцінній участі в повсякденному житті [16].

Найчастішими розладами є тривожний розлад, депресія та психосоматичні розлади.

Раніше, в контексті психотравми на дитячу психіку, увага більше зверталася на дітей, які перебували в інтернатах, і передбачалася небезпека ускладнень соціалізації, адаптації та комунікації в дорослому житті. Однак насправді, травма, отримана в дитинстві, може стати початком депресивних розладів, що можуть призвести до деструкції особистості. В психології деструкцію особистості розуміють як зміни, які руйнують її структуру. Такі деструктивні зміни досліджувалися в психоаналітичних теоріях, де А. Фройд, А. Адлер, Е. Фромм, К. Юнг висновували думку про деструктивність як один із двох основних потягів, що формується внаслідок конфліктних, агресивних взаємодій в соціальному середовищі і протидіє конструктивному (життєстверджуючому) потягу людини [16]. Е. Еріксон був одним з перших, хто зазначив залежність розвитку дитини від її соціального оточення.

За останні роки в Україні травматизація психіки дітей на тлі війни стала все більш поширеною проблемою. За даними досліджень, 75% українських дітей стали жертвами психічної травматизації, проявляючи симптоми, такі як порушення сну (у кожній п'ятій дитини), зменшення бажання спілкуватися (у кожній десятій дитини), нічні кошмари та погіршення пам'яті [16]. Ці симптоми можуть призводити до соціально-психологічної дезадаптації, а в більш складних випадках – до розвитку психічних розладів, які пов'язані з порушенням регулятивної функції психіки.

Здавалося б, що психіка людини має вбудовані механізми, які дозволяють працювати зі стресогенними ситуаціями, в тому числі і з війною. Однак, дослідження показують, що травматичні події, що відбуваються в часи війни, можуть суттєво змінювати емоційні реакції, погіршувати можливості адаптації психіки та викликати серйозні наслідки. Симптоми травматизації психіки виявляються у багатьох українських дітей: погіршення сну, зменшення бажання спілкуватися, нічні кошмари та погіршення пам'яті.

Це може призводити до соціально-психологічної дезадаптації та різних психічних розладів, що відображають порушення регулятивної функції психіки. Останнім часом зросла кількість досліджень психотравми як соціально-психологічного феномену, і вивчення цього питання стало актуальним у науці. Відмінності між конструктами «психічна травма» і «психологічна травма» обговорюються науковцями. За науковими джерелами, психологічна травма – це шкода, завдана душевному здоров'ю людини несприятливими обставинами чи діями людей без серйозних порушень її психіки та можливістю успішної адаптації до середовища. Психічна травма – це пошкодження психіки людини, що призводить до помітних змін її нормального функціонування та може виявлятися у розладах мислення, порушенні мовлення, неадекватності поведінки, втраті орієнтації в просторі, наростанні тривожних станів тощо. Психотравма ж відображає психічні наслідки травмуючих подій, таких як війна, насильство, катастрофи, що здатні спричинити стресову реакцію. Саме психотравма є предметом дослідження психологів, які займаються розробкою методів її лікування та профілактики [16]. Важливо зазначити, що в період війни та в епоху посттравматичного стресового розладу (ПТСР) психотравма може впливати на життя людини протягом довгого часу, навіть після закінчення війни. Особливо це стосується дітей, які знаходяться в особливо вразливій групі та потребують додаткової підтримки та захисту.

Збройні конфлікти сильно впливають на психічне здоров'я населення. ПТСР та депресія є найчастішими психічними розладами, які виникають після війни, як у дорослих, так і у дітей. Такі розлади страждає третина людей, які безпосередньо зазнали травматичного досвіду війни. Головним фактором ризику є вплив травматичних подій. Проте, особливо для дітей, наслідки воєнної травми не обмежуються лише конкретними діагнозами психічного здоров'я. Вони можуть мати значний вплив на стосунки з родиною та однолітками, а також на успішність у школі та загальну якість життя [44].

Дослідження свідчать про те, що організоване насильство та пов'язані з цим психічні проблеми можуть підштовхувати до насильства в родинях та жорстокого поводження з дітьми. Наприклад, симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як збудженість та перепади настрою, а також збільшений рівень вживання алкоголю батьками, можуть збільшувати ризик насильства в родинях. Одна з гіпотез полягає в тому, що дослідження в Шрі-Ланці та Уганді, які пережили війну, свідчать про зв'язок між власним досвідом жорстокого поводження з дітьми та вищим рівнем насильства в родинях [44].

Дослідження наслідків війни для цивільного населення проводилися в Лівані, Алжирі, Камбоджі, Ефіопії, Руанді та Тимор-Лешті. Отримані дані свідчать про зв'язок між військовим конфліктом та підвищенням ризику розвитку психічних розладів через кілька років, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та депресія. Показники поширеності зазвичай вищі, ніж в контрольних групах, які не стикалися з війною, незважаючи на суттєві відмінності між дослідженнями. Де Йонг та інші досліджували військових конфліктів зазнавало цивільне населення в Алжирі, Камбоджі, Ефіопії та Газі, використовуючи схожі методи в кожній країні, і повідомили про підвищений рівень поширеності ПТСР (16%-37%), афективних розладів (5%-23%) і тривожних розладів (10%-40%). Результати Pham та інших виявили 24,8% поширеності ПТСР серед вибірки спільноти в Руанді, тоді як Кагам та інші повідомили про менші показники в Лівані: 11% для тривожних розладів та 7% для розладів настрою [44].

На початку 1990-х років розпад Югославії спричинив найбільший збройний конфлікт в Європі з моменту закінчення Другої світової війни. Війна тривала з 1991 по 2001 рік в різних частинах колишньої Югославії. Після війни проводилися кілька досліджень, що досліджували довгострокові наслідки для психічного здоров'я. Вони показали вищий рівень психічного дистресу серед тих, хто постраждав від війни. Однак, ці дослідження мали деякі обмеження, такі як відбір учасників з клінічних вибірок, оцінювання

лише одностатевих груп, використання не випадкових методів відбору, невеликих розмірів вибірок або відсутності стандартизованих інструментів для встановлення психічних розладів [44].

Сучасні дослідження свідчать про те, що бойова обстановка може суттєво впливати на психічний стан людини, а при поверненні до мирного життя він може не відповідати звичайним соціальним цінностям та оцінкам, що може призвести до додаткової психотравматизації ветеранів та відмови від існуючих соціальних цінностей, розвитку асоціальних форм поведінки та інших негативних наслідків. Наслідки війни можуть бути особливо серйозними та масштабними, включаючи пом'якшені та відстрочені наслідки, які можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я ветеранів, їх світогляд, стійкість ціннісних орієнтацій тощо [4]. Наприклад, бойові дії можуть призвести до прагнення до швидких і простих рішень та збільшення рівня агресивності настроїв. Більшість ветеранів можуть відчувати, що їх використовували та залишили наодинці зі своїми проблемами, що може призвести до потреби в звичайному схваленні, розумінні та підтримці оточуючих.

Отже, можна підбити підсумки та зазначити, що військові конфлікти та війни є значним фактором ризику для розвитку психічних розладів. Серед найпоширеніших психічних розладів, які можуть розвинутих під впливом війни в країні, в тому числі в Україні, можна відзначити посттравматичний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад, депресію, розлади адаптації та розлади сну. Особливо складним та поширеним є посттравматичний стресовий розлад, оскільки війна може травмувати не тільки військових, але й цивільне населення.

Висновки до 1 розділу

1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це розлад психіки, який може розвинутих у людини після досвіду складної травмуючої події, такої як війна, насильство, аварії, катастрофи, пережите сексуальне

насильство тощо. В даному дослідженні ми використовуємо симптоми ПТСР як критерій наявності травматичного досвіду. Цей стан супроводжується наступними симптомами: наявність значної травмуючої події або декількох подій, інтрузії (наприклад, мимовільне пригадування подій минулого, флешбеки, сні, що включають нічні жахіття про минуле), порушення сну, симптоми уникнення (свідоме небажання стикатися з будь-якими нагадуваннями про травму), реактивні симптоми (гіперпильність, надмірна тривога, агресивна або швидка реакція на уявну або реальну загрозу), порушення сприйняття світу, соціуму та себе.

2. Існує багато теорій щодо причин виникнення ПТСР внаслідок пережитого травматичного досвіду. Сучасна теорія перцептивної обробки стверджує, що ПТСР з'являється через те, що мозок не вдалося обробити травмуючу подію так, щоб вона потрапила до довготривалої пам'яті, через що подія залишається на рівні емоційної пам'яті, що призводить до значного дистресу. За теорією емоційної обробки, ПТСР з'являється через наявність патологічних структур страху в пам'яті людини, і розлад виникає, коли дана структура є патологічною, не відображає дійсність точно. Когнітивна теорія Елерса і Кларка спирається на постулат, що природа травматичного досвіду є результатом оцінок загрози, які робить людина. Однак ПТСР виникає тоді, коли якимось чином особистість не здатна переробити прожитий досвід, тому спогади виникають знову і знову і переживаються як такі, що стаються тут і зараз.

3. Сон є базовою біологічною потребою людини. Це час відновлення, коли організм розслабляється та відновлює енергію для наступного дня. Однак порушення сну є одним із основних симптомів посттравматичного стресового розладу. Людина з ПТСР може переживати нічні кошмари, засинати з труднощами, часто прокидається вночі, може переживати апное уві сні, парасомнію та інші симптоми порушення сну. Дослідження підтверджують, що особи, що пережили травматичні події і/або мають ПТСР, сплять набагато гірше, ніж особи, які не переживали таких подій або розлад.

4. Війна є значною травматичною подією у житті людини, яка стала свідком бойових дій, переживала війну на території своєї країни або була безпосереднім учасником бойових дій. Воєнні події можуть призводити до таких розладів, як тривожні розлади, депресія, хронічний дистрес, травма та ПТСР. Дослідження показують, що у випадках близько 10-30% наслідками військових подій є виникнення ПТСР як у цивільного населення, так і у військових. Таким чином, посттравматичний стресовий розлад часто виникає на фоні війни і прямо пов'язаний з розладами сну, що є важним фактором для здоров'я та функціонування людини. Недосить якісний та нерегулярний сон може призвести до загострення симптомів ПТСР, зниження якості життя та різноманітних проблем з фізичним і психічним здоров'ям.

5. Лікувати ПТСР можна за допомогою різноманітних підходів, включаючи психотерапію, фармакотерапію, арттерапію, спортивні тренування та інші методики. Слід зазначити, що лікування ПТСР є процесом, який може тривати досить тривалий час, тому важливо бути терплячим та відкритим до різних методик та підходів. Оскільки ПТСР може суттєво впливати на життя та функціонування людини, особливо в період стресу та труднощів, важливо підтримувати своє фізичне і психічне здоров'я. Це включає в себе правильне харчування, регулярну фізичну активність, медитацію, підтримку близьких людей та професійну допомогу, якщо потрібно. Отримання вчасної та якісної допомоги є важливим кроком на шляху до одужання від ПТСР та повернення до повноцінного життя.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА ЯКОСТІ СНУ

2.1. Концепція та дизайн емпіричного дослідження взаємозв'язку травматичного досвіду та якості сну

З метою дослідження взаємозв'язку травматичного досвіду та якості сну українців під час війни. Було обрано наступний емпіричний інструментарій: анкета, яка стосувалась соціально-демографічних характеристик респондентів, Піттсбурзький індекс якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) та Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire (ITQ)) (Рис. 2.1).



Рисунок 2.1. Концептуальна модель дослідження.

Анкета соціально-демографічного блоку включала питання щодо віку респондентів (віковий проміжок від 18 до 61+), їх статі, сімейного статусу, наявності та кількості дітей, рівня освіти, поточного місцезнаходження та суб'єктивного впливу війни.

З метою дослідження якості сну, було використано методикку Піттсбурзький індекс якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) [22]. Піттсбурзький індекс якості сну (PSQI) — це анкета для самооцінки, яка оцінює якість сну протягом 1-місячного інтервалу часу. Опитувальник займає 5–10 хвилин для виконання. Кожен із 19 пунктів опитувальника

належить до однієї із семи підкатегорій: суб'єктивна якість сну, затримка сну, тривалість сну, звична ефективність сну, порушення сну, використання снодійних препаратів і денна дисфункція. П'ять додаткових запитань, оцінених сусідом по кімнаті або партнером по ліжку респондента, включені для клінічних цілей і не оцінюються. Розроблений дослідниками з Піттсбурзького університету, PSQI призначений як стандартизований опитувальник сну для клініцистів і дослідників, який використовується з легкістю для багатьох груп населення [64]. Опитувальник використовувався в багатьох ситуаціях, включаючи дослідження та клінічну діяльність, а також використовувався для діагностики розладів сну. Клінічні дослідження показали, що PSQI певною мірою є надійним і дійсним для оцінки проблем зі сном, але більше це стосується проблем зі сном, про які повідомляють користувачі, і симптомів, пов'язаних з депресією. Оскільки психічні розлади часто пов'язані з порушеннями сну, PSQI був розроблений для оцінки загальної якості сну в цих клінічних популяціях (Grandner et al., 2006). PSQI був розроблений у 1988 році Буйссе та його колегами для створення стандартизованого показника, призначеного для збору узгодженої інформації про суб'єктивну природу звичок сну людей і надання чіткого індексу, який можуть використовувати як лікарі, так і пацієнти. Він набув популярності як міра, яку можна використовувати в дослідженнях, які вивчають, як сон може бути пов'язаний із розладами сну, депресією та біполярним розладом. PSQI, що складається з 19 пунктів, вимірює кілька різних аспектів сну, пропонуючи сім компонентних балів і один зведений бал. Компоненти оцінки складаються з суб'єктивної якості сну, затримки сну (тобто, скільки часу потрібно, щоб заснути), тривалості сну, звичної ефективності сну (тобто відсоток часу, проведеного в ліжку, протягом якого людина спить), розладів сну, використання сну прийом ліків і денна дисфункція. Кожен елемент зважується за шкалою 0–3. Потім розраховується загальна оцінка PSQI шляхом підсумовування семи оцінок компонентів, що забезпечує загальну оцінку в діапазоні від 0 до 21, де нижчі оцінки означають більш здорову

якість сну. Традиційно показники PSQI підсумовуються для створення загальної оцінки для вимірювання загальної якості сну. Статистичний аналіз також підтримує розгляд трьох факторів, які включають ефективність сну (з використанням змінних тривалості сну та ефективності сну), сприйнятої якості сну (з використанням суб'єктивної якості сну, затримки сну та змінних ліків для сну) та щоденних порушень (з використанням порушень сну та денного часу). дисфункції змінних). Зараз PSQI використовується дослідниками, які працюють з людьми від підліткового до пізнього віку. PSQI рекомендовано в незалежних оглядах, оскільки він накопичив значну кількість доказів досліджень [48]. На додаток до багатообіцяючої надійності та валідності вимірювання, його стислість і доступність як безкоштовного вимірювання надають цьому вимірюванню великий потенціал для клінічної практики [27]. На сьогодні даний опитувальник перекладено 56 мовами. PSQI має ті самі проблеми, що й інші інвентаризації самооцінки, оскільки бали можуть бути легко перебільшені або мінімізовані особою, яка їх заповнює. Як і в усіх інших анкетах, спосіб застосування інструменту може вплинути на остаточний бал. PSQI є відносно новим показником і, як наслідок, недостатньо досліджено для визначення повноти психометричних показників. Для проведення дослідження опитувальник було перекладено з мови оригіналу, також було зроблено зворотній переклад та додатково перевірено.

З метою дослідження травматичного досвіду застосовувався Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire (ITQ)) [70, 6]. Міжнародний опитувальник травми був розроблений як інструмент для самозвіту про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та комплексний ПТСР за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11). Дослідники розробили попередній етап ITQ разом із визначеним набором діагностичних критеріїв. На розробку пунктів щодо ПТСР вплинула робота Brewin et al., а розробка пунктів щодо порушень самоорганізації ґрунтувалася на результатах польових досліджень DSM-IV [20], які оцінювали найчастіші

симптоми комплексного ПТСР (КПТСР), а також на результатах консенсусного опитування експертів-клініцистів, яким було запропоновано визначити найчастіші та найгірші симптоми КПТСР. Оптимальні індикатори симптомів ПТСР і КПТСР були визначені шляхом застосування теорії аналізу відповідей на запитання до даних вибірки спільноти, що зазнала травми, і клінічної вибірки, що зазнала травми, з Великої Британії. Підтверджуючий факторний аналіз дозволив отримати 12 остаточних пунктів у валідній латентній структурі. ITQ містить шість пунктів для вимірювання трьох кластерів симптомів ПТСР і шість пунктів для вимірювання трьох кластерів симптомів порушення самоорганізації (*disturbances of self-organization (DSO)*) – кожен кластер симптомів вимірюється двома пунктами. Шість пунктів вимірюють функціональні порушення, три пункти – по відношенню до симптомів ПТСР і порушення самоорганізації відповідно. Пункти функціональних порушень оцінюють вплив симптомів на (i) стосунки та соціальне життя, (ii) роботу або здатність працювати та (iii) інші важливі аспекти життя, такі як виховання дітей, навчання в школі чи коледжі. Усі пункти ґрунтуються на п'ятибальній шкалі Лайкерта в діапазоні від 0 («зовсім») до 4 («надзвичайно»), а бал ≥ 2 («помірно») вказує на схвалення симптомів. Діагностика посттравматичних стресових розладів вимагає наявності одного симптому з кожного кластера посттравматичних стресових розладів плюс схвалення принаймні одного елемента функціонального порушення. Діагностика КПТСР вимагає дотримання критеріїв ПТСР, а також наявності симптому з кожного з кластерів симптомів DSO і супроводжується підтвердженням елемента функціонального порушення. Таксономічна структура ICD-11 дозволяє діагностувати лише ПТСР або КПТСР; якщо особа відповідає критерію для КПТСР, така особа не відповідає критеріям для встановлення діагнозу ПТСР. Даний опитувальник адаптований українською мовою [6]. Незважаючи на те, що цей опитувальник застосовується для діагностики ПТСР, в даному дослідженні, його використано як критерій наявності травматичного досвіду, адже ми не

можемо стверджувати про наявність саме діагнозу посттравматичного стресового розладу.

2.2. Опис вибірки

Загальна кількість учасників становила 62 респонденти: 72.6% (n=45) з яких були жінками, 27.4% (n=17) – чоловіками. Респонденти були розподілені за віком наступним чином: 32.3% (n=20) респондентів були віком 18-20 років, 41.9% (n=26) респондентів були віком від 21 до 25 років, 16.1% (n=10) були віком від 26 до 35 років, 8.1% (n=5) були віком від 36 до 45 років та 1.6% (n=1) були віком від 46 до 60 років. За сімейним статусом респонденти представлені у вибірці наступним чином: 71.0% (n=44) респондентів неодружені/незаміжні, 17.7% (n=11) знаходяться у громадянському шлюбі, 8.1% (n=5) респондентів одружені/заміжні, 1.6% (n=1) – розлучені та 1.6% (n=1) респондентів віднесли себе до категорії «Інше». Більшість респондентів 85% (n=53) зазначили, що вони не мають дітей, 8.1% (n=5) зазначили, що мають одну дитину, 4.8% (n=3) зазначили, що мають дві дитини та 1.6% (n=1) зазначили про наявність 3 дітей. За рівнем освіти респонденти розділилися так, що 50% (n=31) мають рівень освіти «бакалавр», 22.6% (n=14) мають повну загальну середню освіту, 16.1% (n=10) зазначили, що мають рівень освіти «Магістр», 8.1% (n=5) зазначили, що мають рівень молодшого спеціаліста, 1.6% (n=10) респондентів зазначили про наявність загальної середньої освіти і 1.6% респондентів віднесли себе до категорії «Інше». Щодо поточного місця знаходження: 40.3% (n=25) респондентів зазначили, що з початку війни вони залишалися на одному й тому ж місці, яке знаходиться під контролем українського уряду, 30.6% (n=19) респондентів відповіли, що вони повернулися у місце, де жили до початку війни, і воно не було під окупацією, 16.1% (n=10) зазначили, що вони переїхали до іншої країни, 8.1% (n=5) респондентів зазначили, що переїхали до іншого місця в Україні, 3.2% (n=2) віднесли себе до категорії «Інше» та 1.6% (n=1) респондентів зазначили, що вони повернулися у місце,

де жили до початку війни, після його деокупації. Респонденти оцінили суб'єктивний вплив війни наступним чином: 50% (n=31) вказали на значний вплив війни, 22.6% (n=14) на сильний вплив, 19.4% (n=12) зазначили, що війна мала на них незначний вплив та 8.1% (n=5) зазначили дуже сильний вплив. Було також здійснено розподіл за тим, о котрій годині респонденти лягали спати і отримано наступні результати: 18 досліджуваних лягали спати о 01:00 годині (29.0%), 17 респондентів лягали спати протягом минулого місяця опівночі (00:00) (27.4%), 9 респондентів відповіли, що протягом минулого місяця лягали спати о 23:00 (14.5%), 6 вказали, що лягали спати о 22:00, 4 респонденти вказали, що лягали спати о 02:00 (6.5%) та 4 респонденти о 03:00 (6.5%), а також 1 респондент лягав спати о 21:00 (1.6%), 04:00 (1.6%), 05:00 (1.6%) та 09:00 (1.6%). Щодо того, коли досліджувані зазвичай прокидались протягом минулого місяця, то було отримано наступний розподіл: 18 респондентів прокидались о 08:00 годині (29.0%) та також 18 досліджуваних прокидались о 09:00 годині (29.0%), 8 респондентів вказали, що прокидались минулого місяця о 07:00 (12.9%), 5 респондентів відповіли, що протягом минулого місяця прокидались о 06:00 (8.1%), 4 респонденти вказали, що прокидались зазвичай о 10:00 (6.5%) та 4 респонденти об 11:00 (6.5%), 2 досліджувані вказали, що прокидались о 05:00 (3.2%), а також 1 респондент лягав спати о 04:00 (1.6%), 12:00 (1.6%) та 13:00 (1.6%). З загальної вибірки 34 мають ознаки ПТСР або ж КПТСР (56.7%), в той час, як у 28 відсутні прояви цих розладів (43.3%). Щодо якості сну, то 43 особи мають погану якісь сну за загальною шкалою PSQI (69.4%), а 19 досліджуваних мають добру якість сну (30.6%).

2.3. Процедура та методи дослідження взаємозв'язку травматичного досвіду та якості сну

Збір даних у дослідженні було здійснено за допомогою онлайн-опитування, створеного на платформі «Google Forms», що дозволяє зібрати інформацію від респондентів зручним і ефективним способом. Структура

форми була розділена на три основні частини, кожна з яких відповідала різним аспектам дослідження. На першій сторінці опитувальника було розміщено інструкцію, яка пояснювала мету та зміст дослідження, а також соціально-демографічний блок питань, який містив інформацію про вік, стать, освіту та інші відповідні характеристики учасників. Другий розділ опитувальника був присвячений дослідженню якості сну учасників за допомогою “Піттсбурзького індексу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI))”. Цей індекс дозволяє оцінити різні аспекти сну, такі як тривалість, латентність, ефективність, порушення, сомноленцію та загальний рівень задоволення якістю сну. Третій розділ опитувальника було присвячено дослідженню наявності травматизації респондентів за допомогою “Міжнародного опитувальника травми (International Trauma Questionnaire (ITQ))”, який допомагає виявити наявність посттравматичних стресових розладів та різних форм дистресу, пов’язаного з травматичними подіями. Для максимізації охоплення респондентів та забезпечення анонімності відповідей, опитування було розповсюджено через різні канали інтернет-комунікації. Одним із способів розсилання опитування було надсилання приватних повідомлень та окремих повідомлень на сторінці користувача в соціальних мережах, таких як Facebook та Instagram. Це дозволило досягти більшої кількості потенційних учасників, а також забезпечити їх комфорт у процесі відповіді на опитування.

Крім того, опитування було розсилано через інші форми інтернет-комунікації, такі як індивідуальні месенджери (сервіси, основна мета яких - доставити повідомлення), наприклад, WhatsApp, Telegram, Viber та ін. Розсилання опитування через такі сервіси дозволило залучити людей, які не активно користуються соціальними мережами або надають перевагу приватним чатам для спілкування.

Після того, як анкети були зібрані, дані були оброблені та проаналізовані. Для розрахунків було використано інструмент статистичної обробки даних Jamovi. Для обробки результатів було обрано програму

електронних таблиць Microsoft Office Excel та Jamovi. У даному дослідженні було використано різні методи обробки даних, щоб отримати належні результати та висновки. Серед використаних методів були такі, як описові статистики, які допомагають узагальнити основні характеристики даних. Таблиці сполучення (з використанням коефіцієнтів кореляції ϕ та V-Крамера) були застосовані для виявлення можливих асоціацій між категоріальними змінними.

Частотні таблиці допомогли оцінити розподіл даних за різними групами. Міжгрупове порівняння було проведено за допомогою різних критеріїв: t-критерію Ст'юдента, критерію Уелча, непараметричного критерію Манна-Уїтні для аналізу різниць між групами, а також величин ефекту та довірчих інтервалів d-Коена для оцінки практичної значущості отриманих результатів.

Перевірка нормальності розподілу вибірки була проведена за допомогою критерію Шапіро-Вілка. Біноміальна логістична регресія була використана для вивчення залежності між досліджуваними змінними та прогнозування ймовірності настання певної події на основі доступних даних. Також було обраховано показник надійності за Кронбахом (Cronbach's α) для оцінки внутрішньої узгодженості перекладеного українською опитувальника PSQI.

Висновки до розділу 2

1. Цей розділ містить опис основних способів, принципів, особливостей та критеріїв, які використовуються при проведенні дослідження взаємозв'язку між травматичного досвіду та якістю сну українців в умовах війни. При дослідженні було використано анкету соціально-демографічного блоку, Піттсбурзький індекс якості сну та Міжнародний опитувальник травми. Застосування цих інструментів в дослідженні дозволило отримати якісну та об'єктивну інформацію про вплив війни на якість сну та наявність симптомів ПТСР українського населення.

Результати дослідження можуть бути корисні для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації учасників конфлікту та жертв війни.

2. Дослідження включало 62 респондентів у віці від 18 до 60 років, з яких більшість складалася з жінок. Респонденти були різними за віком, сімейним статусом, кількістю дітей, рівнем освіти та поточним місцем знаходження. Більшість респондентів не мали дітей та зазначали значний або сильний вплив війни на своє життя. Отже, результати дослідження можуть бути використані для детальнішого розуміння впливу війни на різні аспекти життя українського населення та розробки програм психологічної підтримки.

3. У дослідженні було використано онлайн-опитування на платформі Google Forms, яке дозволило зібрати інформацію від учасників у зручній та ефективній спосіб. Щоб максимізувати охоплення респондентів та забезпечити їх анонімність, опитування було розповсюджено через різні канали інтернет-комунікації, зокрема, за допомогою приватних повідомлень та повідомлень на соціальних мережах. Для обробки результатів дослідження були використані різні методи статистичної обробки даних, що дозволило провести глибокий аналіз досліджуваних змінних та виявити можливі зв'язки між ними. Отже, застосування комплексу методів збору та обробки даних було важливим етапом в проведенні цього дослідження та дало можливість отримати науково обґрунтовані результати.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА ЯКОСТІ СНУ

3.1. Взаємозв'язок соціально-демографічних характеристик вибірки з наявністю ознак ПТСР та якістю сну.

Попередньо було обчислено надійність шкали Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Наведено статистичне значення надійності шкали, включаючи коефіцієнт надійності за Альфа Кронбахом (Cronbach's α). Чим вище значення α , тим більш внутрішньо послідовна є шкала. Відповідно до аналізу, надійність шкали PSQI становить 0,666 (Додаток А, Таблиця А.1). Це значення нижче оптимального рівня 0,7, що може вказувати на недостатню внутрішню узгодженість питань в шкалі PSQI. Однак, якщо вважати, що ця шкала використовується в комбінації з іншими інструментами або методами, то можна вважати її використання відповідним.

Статистичний аналіз даних з чотирьох змінних: PSQI, PTSD_Бал, DSO_Бал та PTSD_And_CPTSD_Бал (Додаток А, Таблиця А.2). Варто зазначити, що PSQI - це бал, отриманий внаслідок аналізу відповідей респондентів для опитувальника Pittsburgh Sleep Quality Index, PTSD_Бал та DSO_Бал - бали, які були отримані внаслідок аналізу відповідей респондентів на питання опитувальника International Trauma Questionnaire, а PTSD_And_CPTSD_Бал це сума PTSD_Бал та DSO_Бал балів, що утворює шкалу, яка надає інформацію про кількість балів за ПТСР або КПТСР. У даній таблиці наведені різні числові показники, такі як кількість спостережень (N), кількість відсутніх значень (Missing), середнє значення (Mean), медіана (Median), мода (Mode), стандартне відхилення (Standard deviation) та результати тесту нормальності розподілу Shapiro-Wilk (Shapiro-Wilk W і Shapiro-Wilk p). Кількість відповідей для кожної з усіх змінних дорівнює 62, але кількість відсутніх значень різна для кожної змінної, оскільки не у всіх респондентів були прояви ПТСР або ж КПТСР. Для PSQI пусті значення відсутні, але для інших змінних є більш ніж 50% пустих

значень. Середні значення для PSQI дорівнює 7.98, для PTSD_Бал - 9.30, для DSO_Бал - 13.5, а для PTSD_And_CPTSD_Бал - 12.3. Медіана для PSQI дорівнює 7, для PTSD_Бал - 10.5, для DSO_Бал - 12.5, а для PTSD_And_CPTSD_Бал - 12. Мода для PSQI дорівнює 6, для PTSD_Бал - 3, для DSO_Бал - 7, а для PTSD_And_CPTSD_Бал - 7. Стандартне відхилення для PSQI дорівнює 3.93, для PTSD_Бал - 4.62, для DSO_Бал - 6.45, а для PTSD_And_CPTSD_Бал - 6.22. Також, наведено результати тесту нормальності розподілу Shapiro-Wilk для кожної змінної. Цей тест використовується для перевірки того, чи має розподіл нормальний вигляд. З результатів видно, що значення p для кожної змінної менше за 0,05, що свідчить про те, що розподіли не є нормальними, а отже PTSD_Бал ($p=0.269$), DSO_Бал ($p=0.117$) та PTSD_And_CPTSD_Бал ($p=0.117$) є нормально розподіленими, адже мають $p>.05$, в той час як PSQI ($p=0.008$) є ненормально розподіленим, адже $p<.05$.

У таблиці, яка відображає зв'язок між статтю респондента та їхнім поточним місцезнаходженням (Додаток А, Таблиця 3.3), представлено спостережувані та очікувані значення кількості респондентів для кожної категорії. Всього в дослідженні брали участь 62 респонденти, з яких 45 були жінками, а 17 - чоловіками. Таблиця представляє такі категорії місцезнаходжень: "Інше", "З початку війни, я залишаюся на одному й тому ж місці, яке знаходиться під контролем українського уряду", "Я переїхав(ла) до іншого місця в Україні", "Я переїхав(ла) до іншої країни", "Я повернувся(лась) у місце, де жив до початку війни, після його деокупації", "Я повернувся(лась) у місце, де жив до початку війни, і воно не було під окупацією". Було отримано наступні результати хі-квадрат тесту ($\chi^2 = 11,9$, $df = 5$, $p = 0,036$). Це свідчить про наявність статистично значущого зв'язку між статтю респондента та їхнім поточним місцезнаходженням. Додатково, таблиця містить такі номінальні показники: Коефіцієнт залежності - 0,402, Крамера V - 0,438, Ці показники свідчать про помірну силу зв'язку між статтю респондента та їхнім поточним місцезнаходженням. Таблиця

залежностей демонструє тенденцію в розподілі поточного місцезнаходження респондентів залежно від їх статі. Загалом, жінки складають більшість у кожній категорії, крім категорії “Інше”, де спостерігається однакова кількість чоловіків і жінок. Основні тенденції в розподілі місцезнаходжень для жінок та чоловіків: для обох статей найпоширенішим варіантом є “З початку війни, я залишаюся на одному й тому ж місці, яке знаходиться під контролем українського уряду” (13 жінок та 12 чоловіків); багато жінок відповіли, що повернулися в місце, де жили до початку війни, і воно не було під окупацією (16 жінок та 3 чоловіків); значна кількість жінок переїхали до іншої країни (10 жінок), але жоден чоловік не обрав цей варіант. Доволі незначна кількість респондентів зазначили, що переїхали до іншого місця в Україні (3 жінки та 2 чоловіків) або повернулися в місце, де жили до початку війни, після його деокупації (1 жінка). Отже, тенденція, що спостерігається в цій таблиці, полягає в тому, що жінки більш схильні до зміни місця проживання або повернення в раніше заселені райони, порівняно з чоловіками. Водночас, чоловіки частіше залишаються в тих місцях, що знаходяться під контролем українського уряду і нікуди не виїжджають за кордон.

У наступній проаналізованій таблиці (Додаток А, Таблиця 3.3) представлено розподіл наявності ПТСР серед людей різної статі. Очікувані частоти також розраховуються з припущенням, що немає зв'язку між наявністю ПТСР та статтю. Було отримано наступні результати хі-квадрат тесту ($\chi^2 = 9.27$, $df = 1$, $p = 0.002$), що свідчить про наявність статистично значущого зв'язку між наявністю ПТСР та статтю. Коефіцієнт контингенції дорівнює 0.361, що свідчить про помірний зв'язок між двома змінними. Фі-коефіцієнт також розраховується і дорівнює 0,387, що відповідає помірному зв'язку. Нарешті, обчислюється коефіцієнт Крамера, який також дорівнює 0.387 і свідчить про помірний зв'язок. Відповідно до аналізу, з 17 чоловіків, 13 не мають ознаки ПТСР, а тільки 4 мають, а серед 45 жінок, 30 мають ознаки ПТСР, а тільки 15 не мають. Таким чином, серед жінок більшість мають ознаки ПТСР, хоча серед чоловіків, більшість не мають ознаки ПТСР.

Загалом результати свідчать про наявність помірного зв'язку між статтю та наявністю ПТСР, при цьому вищий відсоток людей з ознаками ПТСР є серед жінок.

У таблиці сполученості, яка показує зв'язок між часом пробудження і віком респондентів, було виявлено значимий зв'язок ($\chi^2 = 55.1$, $df = 36$, $p < 0.05$) (Додаток А, Таблиця 3.3). Коефіцієнт контингенції дорівнює 0.686, що свідчить про досить сильний зв'язок між цими змінними. Cramer's V також показує помірний зв'язок ($V = 0.471$). Відповідно до отриманих результатів, більшість респондентів прокидаються між 8:00 і 10:00 ранку, при цьому розподіл за цим параметром дещо залежить від віку: молодші респонденти (18-20 років) частіше вставали пізніше, ніж старші (в середньому більше половини з них прокидалися після 10:00), тоді як респонденти з віком від 21 до 45 років найчастіше прокидалися між 7:00 і 9:00 ранку. Водночас серед респондентів старшого віку (46-60 років) не було тих, хто прокидається після 10:00.

Наступна таблиця демонструє розподіл часу лягання спати в залежності від наявності дітей у родині (Додаток А, Таблиця 3.3). Значення критерію ($\chi^2 = 41.6$, $df = 27$, $p = 0.036$) свідчить про наявність статистично значущої залежності між кількістю дітей та часом лягання спати. Коефіцієнт контингенції дорівнює 0.634, що свідчить про помірну залежність між двома змінними. Також було обчислено коефіцієнт Крамера, який дорівнює 0.473, що також вказує на помірну залежність між кількістю дітей та часом лягання спати. Загалом, результати цієї таблиці показують, що найпоширенішим часом для лягання спати для всіх груп є 01:00 (2 з однією дитиною, 16 без дітей), за ним йде 00:00 (2 з однією дитиною, 15 без дітей), та 23:00 (1 з однією дитиною, 8 без дітей); респонденти з двома або трьома дітьми спостерігаються виключно у групі, що лягає спати о 22:00 (3 з двома дітьми, 1 з трьома дітьми); з відносно ранніми часами лягання спати (21:00, 22:00), зокрема з 22:00 години, спостерігається збільшення кількості людей з дітьми; у групах з пізнім часом лягання спати (02:00, 03:00, 04:00, 05:00, 09:00),

переважають респонденти без дітей. Отже, таблиця показує тенденцію, що більшість респондентів без дітей лягають спати пізніше, порівняно з респондентами, які мають дітей. Особливо вираженою ця тенденція є для респондентів, які мають двох або трьох дітей, що лягають спати о 22:00.

Результати наступної таблиці показують розподіл відповідей на питання про вплив війни на людей залежно від часу, коли вони зазвичай лягають спати (Додаток А, Таблиця 3.3). Значення χ^2 -квадрат ($\chi^2 = 46,2$, $df = 1$, $p = 0,012$) означає статистично значущий зв'язок між ступенем впливу війни та часом лягання спати. Коефіцієнт взаємозв'язку дорівнює 0,653, що свідчить про помірний зв'язок між часом лягання спати і ступенем впливу війни на людей. Коефіцієнт Крамера розрахований і дорівнює 0,498, що також свідчить про помірний зв'язок між двома змінними. Відповідно до отриманих результатів, найпоширенішим часом для лягання спати для всіх груп є 01:00 (10 зі значним впливом, 3 з незначним впливом, 5 з сильним впливом), за ним йде 00:00 (1 з дуже сильним впливом, 9 зі значним впливом, 3 з незначним впливом, 4 з сильним впливом), та 23:00 (6 зі значним впливом, 3 з незначним впливом); респонденти, які відчули дуже сильний вплив війни, в основному лягали спати о 00:00, 03:00, 22:00, 04:00 та 21:00; у групах з раннім часом лягання спати (21:00, 22:00), спостерігається більш виражений вплив війни на респондентів, зокрема з дуже сильним впливом (1 особа о 21:00 та 1 особа о 22:00); у групах з пізнім часом лягання спати (02:00, 03:00, 04:00, 05:00, 09:00), переважають респонденти зі значним та сильним впливом війни. Отже, таблиця показує, що більшість респондентів зі значним та сильним впливом війни на їхнє життя лягають спати пізніше, порівняно з тими, хто відчуває незначний вплив. Це може свідчити про те, що люди, які сильніше відчувають вплив війни, можуть мати більше стресу, тривоги або навіть переживати нічні кошмари, що може впливати на їхній сон та спосіб життя. Вони можуть мати проблеми зі сном або знаходити важким відпочивати вночі через психологічні або фізичні наслідки війни. Респонденти, які відчувають незначний вплив війни на їхнє життя, мають

схильність лягати спати порівняно раніше, що може свідчити про менший рівень стресу та тривоги. Ці особи, ймовірно, краще адаптуються до обставин або ж знаходяться в безпечніших та спокійніших умовах проживання, де відчуття безпеки може сприяти якості сну та психологічному благополуччю.

Таблиця 3.1.

Розподіл відповідей респондентів між впливом війни та в залежності від часу, коли вони зазвичай лягають спати.

Час з якого лягали спати протягом минулого місяця	Вплив війни			
	Дуже сильний вплив	Значний вплив	Незначний вплив	Сильний вплив
<i>23:00:00</i>	0	6	3	0
<i>01:00:00</i>	0	10	3	5
<i>00:00:00</i>	1	9	3	4
<i>09:00:00</i>	0	1	0	0
<i>02:00:00</i>	0	2	0	2
<i>03:00:00</i>	1	3	0	0
<i>22:00:00</i>	1	0	3	2
<i>04:00:00</i>	1	0	0	0
<i>05:00:00</i>	0	0	0	1
<i>21:00:00</i>	1	0	0	0

Також, було виявлено взаємозв'язок між особистою оцінкою впливу війни на життя респондентів та часом, який їм зазвичай потрібен, щоб заснути протягом минулого місяця (Додаток А, Таблиця 3.3). В даному випадку, отриманий значення хі-квадрат дорівнює ($\chi^2 = 17,4$, $df = 9$, $p = 0,042$). Це свідчить про те, що залежність між двома змінними статистично значима на рівні значущості 0,05. Для визначення сили залежності між змінними використовуються коефіцієнти Крамера та контингентної таблиці.

У цій таблиці коефіцієнт сполученості між двома змінними дорівнює 0,469, що свідчить про помірну залежність. Коефіцієнт Крамера дорівнює 0,306, що також свідчить про помірну залежність між двома змінними. Згідно з результатами, особи, які відчувають дуже сильний вплив війни на своє життя, мають різні тривалості засипання. Відразу засинають або засинають протягом 15 хвилин - 3 особи, від 15 до 30 хвилин - 1 особа, а засипання від 1 години потребує 1 особа; респонденти, які відчувають значний вплив війни, переважно засинають від 15 до 30 хвилин (13 осіб). Менше респондентів засинають відразу або протягом 15 хвилин (9 осіб) або від 30 хвилин до 1 години (8 осіб). Тільки одна особа з цієї групи потребує від 1 години для засипання; Ті, хто відчуває незначний вплив війни на своє життя, зазвичай засинають відразу або протягом 15 хвилин (6 осіб) або від 15 до 30 хвилин (3 особи). Засипання від 30 хвилин до 1 години займає у 3 респондентів з цієї групи; щодо респондентів із сильним впливом війни на своє життя, то найчастіше вони засинають від 15 до 30 хвилин (7 осіб) або від 1 години (4 особи). Менше респондентів з цієї групи засинають відразу або протягом 15 хвилин (3 особи). Ніхто з цієї групи не потребує від 30 хвилин до 1 години для засипання. Отже, тенденція, представлена в таблиці, вказує на те, що особи, які відчувають більш сильний вплив війни на своє життя, зазвичай потребують більше часу для засипання. Респонденти зі значним та сильним впливом війни на своє життя частіше засинають від 15 до 30 хвилин, тоді як ті, хто відчуває незначний вплив, зазвичай засинають швидше - відразу або протягом 15 хвилин.

Таблиця 3.2.

Розподіл відповідей респондентів між впливом війни та часом, який зазвичай потрібен, щоб заснути.

	Вплив війни			
Час, необхідний для того, аби заснути	Дуже сильний вплив	Значний вплив	Незначний вплив	Сильний вплив

<i>Відразу засинав або потребував до 15 хвилин</i>	3	9	6	3
<i>Від 15 до 30 хвилин</i>	1	13	3	7
<i>Від 30 хвилин до 1 години</i>	0	8	3	0
<i>Від 1 години</i>	1	1	0	4

Результати також показують, що існує значущий зв'язок між часом прокидання вранці та сприйняттям впливу війни ($\chi^2 = 40,5$, $df = 27$, $p = 0,046$) (Додаток А, Таблиця 3.3). Коефіцієнт контингентності свідчить про помірний зв'язок між двома змінними ($C = 0,629$), а коефіцієнт Крамера показує сильний зв'язок ($V = 0,467$). Зокрема, результати показують, що респонденти з різним рівнем впливу війни на своє життя мають різний графік прокидання вранці. Більшість респондентів, які відчують значний вплив війни на своє життя, прокидаються вранці о 8:00 та 9:00, що може свідчити про їхню можливу прагнення дотримуватись стандартного графіку прокидання, або про наслідки війни, які відображаються на їхніх способах адаптації до рутини. Хоча особи, які відчують незначний вплив війни на своє життя, мають більш різноманітний графік прокидання, включаючи 6:00, 7:00, 8:00 та 9:00 години. Це може означати, що такі особи змогли зберегти свій звичайний спосіб життя та більше контролювати свій графік, не дозволяючи обставинам впливати на їхню повсякденну рутину.

Також, було виявлено зв'язок між часом лягання спати та кількістю годин фактичного сну вночі (Додаток А, Таблиця 3.3). У таблиці відображені спостережувані та очікувані значення для кожної категорії. Був використаний критерій хі-квадрат для визначення наявності значущого зв'язку між двома змінними. Результати показують, що існує значущий зв'язок між часом лягання спати та кількістю годин фактичного сну вночі ($\chi^2 = 46,3$, $df = 27$, $p = 0,012$). Коефіцієнт контингенції свідчить про помірний зв'язок між цими двома змінними ($C = 0,654$), а коефіцієнт Крамера показує сильний зв'язок ($V = 0,499$). Було виявлено наступний зв'язок між годиною лягання спати та

кількістю фактичних годин сну для респондентів: особи, які лягали спати о 00:00, мали найбільшу кількість випадків з більш ніж 7 годинами сну, а також з 6 до 7 годин сну. Особи, які лягали спати о 01:00, мають розподіл фактичного сну від 6 до більше 7 годин, але також мають більшу кількість випадків з менше ніж 5 годин сну. Ця тенденція може вказувати на те, що зокрема особи, які лягають спати о 00:00, мають більш стабільний графік сну з достатньою кількістю годин відпочинку. Особи, які лягають спати о 01:00, можуть мати менш стабільний режим сну, що може призвести до меншої кількості тривалості сну. Також варто звернути увагу на те, що респонденти, які лягали спати о 22:00 або 23:00, переважно спали більше 6 годин, що може свідчити про достатній рівень відпочинку.

Таблиця 3.3.

Статистично значимі результати аналізу таблиць сполученостей.

Фактор 1	Фактор 2	χ^2	p	К. Крамера	К. контингентності
Стать	Місцезнаходження	11.9	0.036	0.438	0.402
Стать	Ознаки ПТСР	9.27	0.002	0.387	0.361
Вік	Година прокидання	55.1	0.022	0.471	0.686
Наявність дітей	Година лягання спати	41.6	0.036	0.473	0.634
Вплив війни	Година лягання спати	46.2	0.012	0.498	0.653
Вплив війни	Час, необхідний для того, аби заснути	17.4	0.042	0.306	0.469
Вплив війни	Година прокидання	40.5	0.046	0.467	0.629
Кількість годин сну	Година лягання спати	46.3	0.012	0.499	0.654

Результати показують, що є статистично значущий зв'язок між наявністю ознак ПТСР та КПСТР з рівнем порушення сну ($\chi^2 = 7.94$, $df = 2$, p

= 0.019) (Додаток А, Таблиця А.11). Значення коефіцієнта Тау-б Кендалла дорівнює 0,265, що також підтверджує зв'язок між змінними. Зокрема, спостерігається, що люди з низьким рівнем порушення сну мають приблизно однаковий рівень ПТСР та КПТСР, в той час як люди з середнім та високим рівнем порушення сну мають ПТСР та КПТСР.

Використовується таблиця сполученості для вивчення зв'язку між наявністю ознак ПТСР або КПТСР та затримкою сну (Sleep Latency) (Додаток А, Таблиця А.12). Результати показують статистично значиму залежність між наявністю ПТСР або КПТСР та затримкою сну, зі значенням ($\chi^2 = 11.8$, $df = 3$, $p = 0.008$). Це підтверджується значенням коефіцієнта Kendall's Tau-B, який дорівнює 0.381 з р-значенням 0.001. Особи з наявністю ПТСР або КПТСР мають більш високу кількість випадків зі затримкою сну у кожній категорії порівняно з тими, у кого немає ПТСР або КПТСР. Зокрема, у групі з наявністю ПТСР або КПТСР дуже добре спить лише 3 людини, тоді як у групі без ПТСР або КПТСР дуже добре спить 11 людей. Це означає, що наявність ПТСР або КПТСР негативно впливає на якість сну. Затримка сну може бути одним з проявів ПТСР або КПТСР, а також може бути наслідком інших симптомів, таких як тривога. Отже, отримані результати дозволяють стверджувати, що наявність ПТСР або КПТСР впливає на затримку сну.

3.2. Порівняльний аналіз якості сну за відсутності/наявністю ознак ПТСР (або КПТСР)

Було проаналізовано рівень PSQI за кількістю балів для двох груп: з ознаками ПТСР та без них (Додаток А, Таблиця 3.4). Припущення про однаковість дисперсій було перевірено за допомогою тесту Лівена, який показав р-значення 0,944. Це свідчить про те, що припущення про однаковість дисперсій було задоволено. Припущення про нормальність було перевірено за допомогою тесту Колмогорова-Смірнова, який показав р-значення 0,251. Це свідчить про те, що припущення про нормальність також було задоволено. Статистичний аналіз показав значення t-критерію

Стьюдента $-2,62$ з 60 ступенями свободи та p -значенням $0,011$. Це свідчить про значну різницю між групою людей без ПТСП та групою з ПТСП. Розмір ефекту було розраховано за допомогою d Коена та становить $-0,669$, що свідчить про помірний розмір ефекту. Нарешті, були надані описові статистики для кожної групи. У групі без ПТСП було 28 учасників з середнім балом PSQI $6,61$, а в групі з ПТСП - 34 учасники з середнім балом PSQI $9,12$. Медіани балів PSQI склали $5,50$ та $8,50$ для групи без ПТСП та групи з ПТСП відповідно. Стандартні відхилення становили $3,93$ та $3,60$ для групи без ПТСП та групи з ПТСП відповідно. Стандартні помилки становили $0,742$ та $0,617$ для групи без ПТСП та групи з ПТСП відповідно. Дослідження показало, що люди з ПТСП мають значно вищі бали PSQI (індекс якості сну) порівняно з тими, у кого немає цього стану. Це підтверджує те, що ПТСП може мати вплив на якість сну.

Таблиця 3.4.

Статистична значущість при проведенні попарного порівняння груп з ознаками ПТСП та КПТСП за значенням якості сну (PSQI)

ЗЗ	НЗ	Статистика	p	К. Коена	Група	Загальний середній показник
PSQI	Ознаки ПТСП	-2.62	0.011	-0.669	Відсутні	6.61+/-3.93
					Наявні	9.12+/-3.60
PSQI	Ознаки КПТСП	-2.26	0.028	-0.572	Відсутні	6.87+/-3.20
					Наявні	9.03+/-4.29
PSQI	Ознаки ПТСП або КПТСП	-3.81	<.001	-0.993	Відсутні	5.85+/-2.84
					Наявні	9.12+/-3.60

Результати дослідження були отримані за допомогою Independent Samples T-Test, який досліджує статистичну значимість різниці між середніми значеннями двох незалежних вибірок (у даному випадку PSQI) (Додаток А, Таблиця 3.4). Додатково були проведені тести на нормальність розподілу та на однорідність дисперсій між групами. Результати тесту на нормальність, проведеного за допомогою тесту Шапіро-Вілка, показали, що

дані в кожній групі мають нормальний розподіл. Результати тесту на однорідність дисперсій (тест Левена) показали, що дисперсії в двох групах можуть бути вважати рівними ($p=0.049$). Значення Welch's t-статистики дорівнює -2.26 , що означає статистично значущу різницю між середніми значеннями PSQI в двох групах на рівні значимості $p=0.028$. Згідно з результатами, середня оцінка PSQI в групі "Наявність КПТСП" значно вища, ніж в групі "Відсутність КПТСП". У групі "Відсутність КПТСП", що складається з 30 осіб, середнє значення PSQI дорівнює 6.87 зі стандартним відхиленням 3.20 . Медіана складає 6.50 , що означає, що більшість учасників з цієї групи мають оцінку PSQI менше за 6.50 . Стандартна помилка (SE) середнього значення дорівнює 0.585 . У групі "Наявність КПТСП", що складається з 32 осіб, середнє значення PSQI становить 9.03 зі стандартним відхиленням 4.29 . Медіана складає 8.00 , що означає, що більшість учасників з цієї групи мають оцінку PSQI менше за 8.00 . Стандартна помилка (SE) середнього значення дорівнює 0.759 . Отже, на підставі отриманих результатів можна стверджувати, що середня оцінка PSQI в групі "Наявність КПТСП" відрізняється від середньої оцінки PSQI в групі "Відсутність КПТСП", і ця різниця є статистично значущою. Розмір ефекту, обчислений за допомогою Cohen's d, дорівнює -0.572 , що означає помірний ефект різниці між групами.

Результати аналізу вказують на значиму різницю між двома групами учасників: тими хто має ПТСП або ж КПТСП та за шкалою PSQI. Значення Student's t-test статистики дорівнює -3.81 , число ступенів свободи (df) становить 58 , а p-значення менше $0,001$ (Додаток А, Таблиця 3.4). Це свідчить про те, що середні значення PSQI у двох групах є статистично різними. Розмір ефекту, обчислений за допомогою Cohen's d, дорівнює $-0,993$, що свідчить про великий розмір ефекту. Припущення про однорідність дисперсій було перевірено за допомогою тесту Лівена, який показав F-значення $2,27$, $df_1 = 1$, $df_2 = 58$ та p-значення $0,137$. Це свідчить про те, що припущення про однорідність дисперсій не порушено. Тести на нормальність

(Shapiro-Wilk) також показав, що припущення про нормальний розподіл даних не порушено, оскільки усі р-значення більше 0,05. Результати свідчать про те, що група респондентів, які не мають ПТСР або КПТСР (посттравматичний стресовий розлад або комплексний посттравматичний стресовий розлад) (Рис. 3.1): N=26, середнє значення PSQI=5,85, медіана=5,00, стандартне відхилення (SD)=2,84, стандартна помилка (SE)=0,557. Група, у якій присутні ознаки ПТСР або КПТСР: N=34, середнє значення PSQI=9,12, медіана=8,50, стандартне відхилення (SD)=3,60, стандартна помилка (SE)=0,617. Отже, основна різниця між групами полягає в тому, що учасники з наявним ПТСР або КПТСР мають вищі значення PSQI, що свідчить про гіршу якість сну порівняно з учасниками групи людей, які не мають ПТСР або КПТСР.

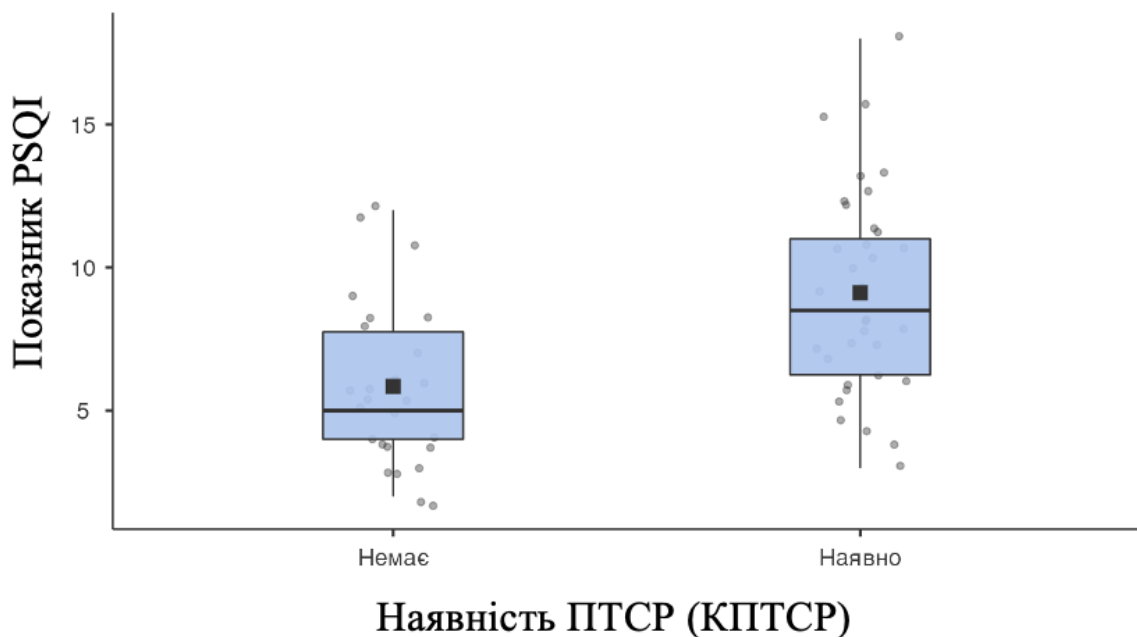


Рисунок 3.1. Розподіл даних PSQI за наявністю ПТСР або КПТСР

До того ж, в подальшому аналізі було використано бінарна логістичну регресію для дослідження зв'язку між наявністю ПТСР або КПТСР та якістю сну (Додаток А, Таблиця А.16). Модель показала статистично значущу залежність між наявністю ПТСР або КПТСР та якістю сну зі значенням deviance = 67.2 та коефіцієнтом детермінації $R^2_{McF} = 0.120$. Коефіцієнти моделі показують, що наявність ПТСР або КПТСР від'ємно впливає на якість

сну, зі значенням оцінки коефіцієнту -1.76 та p -значенням 0.004 . Оцінки маргінальних середніх показують, що ймовірність хорошої якості сну значно нижча для групи з наявністю ПТСР або КПТСР (0.147) порівняно з групою без ПТСР або КПТСР (0.500) (Рис. 3.2).

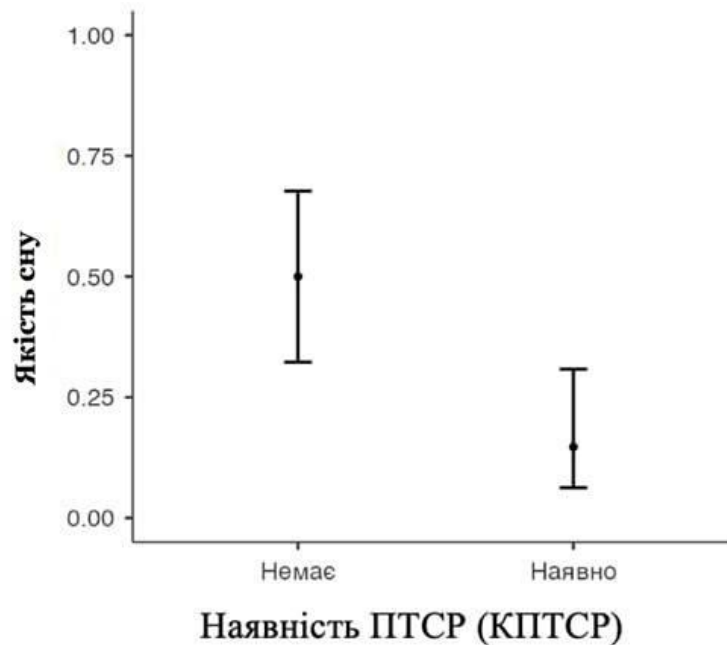


Рисунок 3.2. Взаємозалежність між якістю сну та наявністю ознак ПТСР або КПТСР

3.3. Можливе пояснення впливу війни та соціально-демографічних факторів на якість сну та наявністю ознак ПТСР

Результати свідчать про те, що існує помірний зв'язок між статтю респондента та травматичного досвіду. Серед жінок частіше зустрічається посттравматичний стресовий розлад, ніж серед чоловіків. Дослідження [26] свідчить про те, що чоловіки та жінки помітно відрізняються за моделями впливу травматичних стресорів, і поширеність травматичного досвіду серед жінок принаймні вдвічі вища, ніж у чоловіків, у широкому діапазоні груп населення. Було припущено, що жінки більш вразливі до травматичного досвіду через біологічні різниці у виробленні гормонів стресу та відмінності в нейрохімічних механізмах, що відповідають за регуляцію настрою та емоцій. Також можливо, що жінки більш вразливі до стресу через соціально-

культурні фактори, такі як нерівноправне ставлення до жінок у суспільстві та рольові очікування щодо жінок у сім'ї та на роботі.

Згідно з отриманими результатами дослідження, переважна більшість респондентів розпочинають свій день пробудженням між годинами 8:00 та 10:00 ранку. Проте розподіл часу пробудження дещо залежить від вікової групи: молодші респонденти (вік 18-20 років) частіше прокидаються пізніше, ніж старші (в середньому більше половини з них пробуджуються після 10:00), тоді як респонденти у віці від 21 до 45 років найчастіше прокидаються між 7:00 та 9:00 ранку. Зауважимо, що серед респондентів старшого віку (вік 46-60 років) не було тих, хто прокидається після 10:00 ранку. Є кілька можливих припущень, щодо причини отримання таких результатів. По-перше, ймовірно, більшість респондентів працюють або навчаються в звичайний робочий час, що змушує їх прокидатися в певний час. Також, молодші респонденти, які ще навчаються, можуть мати більш гнучкий графік, тому їм не потрібно вставати рано. Можна зробити припущення, що ритм сну та бадьорості залежить від віку. Наприклад, діти та підлітки частіше залишаються довше в ліжку, тоді як дорослі потребують менше сну. Також, зрілим людям може бути складніше засинати і вставати пізніше. Результати досліджень Espiritu (2008) говорять про те, що спостерігається помітне зниження здатності здорових людей похилого віку засинати і підтримувати сон, що супроводжується зменшенням частки глибокого, більш відновлювального повільного сну і сну з швидкими рухами очей. Також важливо враховувати, що дослідження проводилось на початку весни, коли світловий день все ще досить короткий, тож природний світловий режим змінюється, що може впливати на режим сну та бадьорості респондентів.

Відповідно до результатів дослідження, люди без дітей більш схильні лягати спати пізніше, ніж ті, хто має дітей. Найбільш поширеним часом для лягання спати для всіх груп є 01:00, а за ним йде 00:00 та 23:00. Респонденти з двома або трьома дітьми спостерігаються виключно у групі, що лягає спати о 22:00. Також зазначається збільшення кількості респондентів з дітьми в

групах, які лягають спати на відносно ранні часи, зокрема в групі з ляганням спати о 22:00. У групах з пізнішим часом лягання спати переважають респонденти без дітей. Можливі причини цього явища можуть бути пов'язані з відповідальністю за дітей, режимом роботи, психологічними факторами, віковими різницями та соціальними чинниками. Люди з дітьми можуть відчувати відповідальність за їх графік, тому більш уважно ставляться до свого режиму сну. Люди без дітей можуть мати більш гнучкий графік роботи і більше можливостей насолодитися вечором. Психологічні фактори, такі як звички щодо режиму сну, також можуть впливати на цей режим. Різниця віку та соціальні чинники, такі як культурні звичаї та соціальні контакти, також можуть впливати на настанови щодо режиму сну.

Згідно з отриманими результатами, найпоширенішим часом для лягання спати для всіх груп є 01:00 (10 зі значним впливом війни, 3 з незначним впливом війни, 5 з сильним впливом війни), за ним йде 00:00 (1 з дуже сильним впливом війни, 9 зі значним впливом війни, 3 з незначним впливом війни, 4 з сильним впливом війни), та 23:00 (6 зі значним впливом війни, 3 з незначним впливом війни). Респонденти, які відчули дуже сильний вплив війни, в основному лягали спати о 00:00, 03:00, 22:00, 04:00 та 21:00. У групах з раннім часом лягання спати (21:00, 22:00), спостерігається більш виражений вплив війни на респондентів, зокрема з дуже сильним впливом (1 особа о 21:00 та 1 особа о 22:00). У групах з пізнім часом лягання спати (02:00, 03:00, 04:00, 05:00, 09:00), переважають респонденти зі значним та сильним впливом війни. Це може свідчити про те, що люди, які сильніше відчувають вплив війни, можуть мати більше стресу, тривоги або навіть переживати нічні кошмари, що може впливати на їхній сон та спосіб життя. Вони можуть мати проблеми зі сном або знаходити важким відпочивати вночі через психологічні або фізичні наслідки війни. Респонденти, які відчувають незначний вплив війни на своє життя, можуть мати більш спокійний режим дня, менше стресу та тривоги, що сприяє кращому сну. Ці люди, зазвичай, мають стабільніші життєві обставини, менше стикаються зі

страхом або тривогою, і тому можуть бути більш здатні до адаптації до режиму сну. Крім того, що вони мають більш регулярний режим дня, включаючи регулярну фізичну активність, що також може впливати на їхній сон. Отже, дослідження показало, що вплив війни на життя людей може мати значний ефект на їхній сон та спосіб життя, зокрема на час лягання та режим сну, що може мати суттєві наслідки для здоров'я та якості життя респондентів.

Результати дослідження показали, що рівень впливу війни на життя респондентів має вплив на їхні тривалості засипання. Особи, які відчувають дуже сильний вплив війни на своє життя, переважно потребують більше часу, щоб заснути, зокрема, в середньому респонденти з цієї групи засинають протягом 1 години або більше. Це може бути пов'язано зі стресом, тривогою та переживаннями, які викликає у них досвід війни, та ймовірна наявність травматичного досвіду. У той же час, респонденти, які відчувають значний вплив війни на своє життя, частіше засинають в проміжку від 15 до 30 хвилин. Засипання відразу або в проміжку до 15 хвилин також є досить поширеним серед респондентів з цієї групи, що може свідчити про те, що хоча вплив війни викликає у них певний рівень тривоги та стресу, вони все ж здатні заснути досить швидко. Респонденти, які відчувають незначний вплив війни на своє життя, частіше засинають відразу або протягом 15 хвилин, а також в проміжку від 15 до 30 хвилин. Засипання від 30 хвилин до 1 години займає лише у 3 респондентів з цієї групи. Це може свідчити про те, що у них немає сильного впливу війни на їхній режим сну та їхня здатність засинати не постраждала. Загалом, розподіл тривалостей засипання респондентів залежить від їхнього рівня впливу війни на життя, і не існує однозначної тенденції щодо тривалості засипання в цілому. Однак, зіставлення результатів з іншими дослідженнями може допомогти у розумінні цих результатів. Наприклад, дослідження, проведене в інших країнах, показало, що люди, які мають високий рівень тривоги або стресу, частіше стикаються з проблемами зі сном, включаючи проблеми із процесом засипання та

пробудженням вночі. Також встановлено, що розлади сну можуть бути наслідком психологічних травм та стресів, включаючи ті, що пов'язані з війною та конфліктами.

Отримані результати свідчать про те, що година лягання спати може впливати на якість та кількість сну респондентів. Більш стабільний графік сну може бути пов'язаний з ляганням спати о 00:00, що може свідчити про більш дисциплінований режим дня та більшу здатність контролювати свій графік сну. Натомість, респонденти, які лягають спати о 01:00, можуть мати менш стабільний графік сну, що може призводити до меншої кількості тривалості сну. Значний вплив війни на життя респондентів може також впливати на якість та кількість їхнього сну, особливо для тих, хто відчуває дуже сильний вплив війни. Такі особи можуть мати більше стресу, тривоги або навіть переживати нічні кошмари, що може впливати на їхній сон та спосіб життя. З іншого боку, респонденти, які відчувають незначний вплив війни, можуть мати кращу адаптацію до обставин та знаходитися в безпечніших умовах проживання, де відчуття безпеки може сприяти якості сну та психологічному благополуччю. Також можна зробити припущення, що година, о котрій респонденти лягають спати може бути пов'язана з режимом дня респондентів та їхніми пріоритетами.

Відповідно до отриманих результатів, учасники опитування, які відчувають різний рівень впливу війни на своє життя, мають різний розклад прокидання вранці. Зокрема, більшість респондентів, які відчувають значний вплив війни, прокидаються вранці о 8:00 та 9:00 годині, що може свідчити про їхню можливу прагнення дотримуватись стандартного графіку прокидання або про наслідки війни, які впливають на їхні способи адаптації до рутини. У той же час, особи, які відчувають менший вплив війни на своє життя, мають більш різноманітний графік прокидання, включаючи 6:00, 7:00, 8:00 та 9:00 години. Такі особи можуть мати більш різноманітні розклади прокидання, оскільки не відчувають потреби в дотриманні строгого режиму, що є необхідним для адаптації до мінливого середовища. Також важливо

зазначити, що більш різноманітний графік прокидання може свідчити про те, що ці особи мають більш гнучкий підхід до життя, що дозволяє їм адаптуватись до різних ситуацій та змінювати свої звички залежно від потреб.

Дослідження встановило зв'язок між годиною лягання спати та кількістю годин сну у респондентів. Зокрема, виявлено, що особи, які лягали спати о 00:00, мали найбільшу кількість випадків з тривалістю сну більше 7 годин, а також від 6 до 7 годин сну. У той же час, особи, які лягали спати о 01:00, мали розподіл фактичного сну від 6 до більше 7 годин, але також мали більшу кількість випадків з менше ніж 5 годинами сну. Ця тенденція може вказувати на те, що особи, які лягають спати о 00:00, мають більш стабільний графік сну з достатньою кількістю годин відпочинку, тоді як особи, які лягають спати о 01:00, можуть мати менш стабільний режим сну, що може призвести до меншої кількості тривалості сну. Також варто зазначити, що респонденти, які лягали спати о 22:00 або 23:00, переважно спали більше 6 годин, що може свідчити про достатній рівень відпочинку. Отже, час, коли людина лягає спати, впливає на кількість годин сну, а особи, які лягають спати о 00:00, можуть мати більш стабільний графік сну з достатньою кількістю годин відпочинку, тоді як особи, які лягають спати о 01:00, можуть мати менш стабільний режим сну.

3.4. Припущення щодо взаємозалежності між якістю сну та наявністю ПТСР (або КПТСР)

Дослідження виявило, що наявність травматичного досвіду може впливати на якість та кількість сну. Оскільки стрес та тривога, пов'язані з цими розладами, можуть порушувати режим сну, спричинюючи безсоння, що впливає на якість сну. Зокрема, виявлено, що люди з наявністю травматичного досвіду мають вищий ризик порушення сну, тоді як люди з низьким рівнем порушення сну не такого сильного впливу травматичного досвіду, що свідчить про те, що недостатня кількість або якість сну може

бути фактором ризику для розвитку посттравматичних та комплексних посттравматичних стресових розладів.

Відповідно до отриманих результатів, особи з наявністю травматичного досвіду мають більш високу кількість випадків зі затримкою сну порівняно з тими, у кого немає цих розладів. Зокрема, дуже добре спить лише 3 людини з групи з ПТСР або КПСТР, тоді як у групі без цих розладів дуже добре сплять 11 людей. Отримані результати свідчать про те, що наявність травматичного досвіду негативно впливає на якість сну. Затримка сну може бути одним з проявів ПТСР або КПСТР, а також може бути наслідком інших симптомів, таких як тривога.

Отримані результати вказують на те, що особи з наявністю травматичного досвіду мають гіршу якість сну порівняно з тими, у кого немає цих розладів. Основна різниця між групами полягає в значеннях PSQI, які вищі для учасників з травматичним досвідом, а це свідчить про те, що у групі з наявністю ПТСР або КПСТР спостерігається більш значущий вплив негативних факторів на якість сну. Отже, можна зробити висновок, що наявність травматичного досвіду може бути пов'язана зі зниженням якості сну, що може бути наслідком різних симптомів цих розладів, таких як тривога, надмірна збудливість та інші. Результати цього дослідження можуть бути корисними для розуміння та лікування ПТСР та КПСТР, включаючи терапевтичні стратегії, спрямовані на покращення якості сну.

3.5. Рекомендації щодо покращення якості сну особам, які мають симптоми ПТСР

Дослідження Miller et al. показують, що розлади сну є одним з найпоширеніших наслідків травматичного досвіду та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [46]. Ці розлади можуть включати проблеми з засипанням, пробудженням вночі та нічними кошмарами, які утруднюють нормальне функціонування після травматичного досвіду. Оскільки якість сну може сильно впливати на фізичне та психічне здоров'я, необхідно

розробляти ефективні втручання щодо сну, які сприятимуть покращенню рівня здоров'я та якості життя людей, які пережили травму. Такі втручання можуть включати фармакотерапію, психотерапію, режим та гігієну сну, релаксаційні техніки та інші підходи, спрямовані на покращення якості та тривалості сну. Результати досліджень підкреслюють, що цілеспрямовані втручання в сон можуть покращити симптоми сну і пом'якшити денні симптоми ПТСР. Встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія, що включає компонент боротьби з нічними кошмарами, значно покращує порушення сну у людей з ПТСР [41]. Також було доведено, що комбіноване втручання, що включає в себе як втручання проти кошмарів, так і КПТ проти безсоння, може призвести до більш помітного зменшення порушень сну, пов'язаних з ПТСР [71]. Серед багатьох методів лікування десенсибілізуюча обробка рухом очей (EMDR) є терапією, яка використовується спеціально для лікування ПТСР та загальної травми. Репроцесинг десенсибілізації рухами очей може зменшити такі симптоми ПТСР, як поганий сон, депресія, тривога та низька якість життя [58]. Також досліджувались застосування гіпнотичних технік на людях, які мають ПТСР. Дослідження показало [34], що після початкової фази лікування (гіпноз або моніторинг симптомів) стан гіпнозу показав значно більше покращення якості сну, ніж контрольний стан (тобто при відсутності гіпнозу), щодо сну та депресії, але не ПТСР. Після КПТ і респонденти, які перенесли стан гіпнозу, і респонденти контрольної групи, продемонстрували значне поліпшення сну і зниження симптомів ПТСР, однак респонденти, на яких було застосовано гіпноз продемонстрували більше зниження депресивних симптомів. Покращення сну супроводжувалося відповідним зниженням проявів ПТСР і депресії, причому зв'язок між сном і ПТСР був сильнішим.

Отже, враховуючи вищезазначене, можна виділити кілька рекомендацій, які можуть допомогти поліпшити якість сну людей з ПТСР. По-перше, когнітивно-поведінкова терапія безсоння (КПТ-Б) може допомогти людям виявити і змінити переконання і поведінку, які заважають

сну. Такий вид терапії також може зменшити депресивні симптоми, які є потенційними механізмами погіршення якості сну. Також, можна зазначити, що інші методи втручання, наприклад гіпноз, у поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією можуть мати ефект покращення сну у людей з ПТСР.

Дослідження також свідчать про те, що такий метод як репетиція образів (IP) виявився ефективним для зменшення частоти нічних кошмарів, покращення сну та зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу [65]. Терапія репетицій образів може допомогти зменшити нічні кошмари та симптоми посттравматичного стресового розладу у після лікування ПТСР. Ще одним методом, який може допомогти - заохочення використання мови самодистанціювання в розповідях про травму може допомогти поліпшити якість сну. По-четверте, дотримання регулярного графіка сну також може допомогти поліпшити якість сну. По-п'яте, практика релаксаційних технік, таких як глибоке дихання, медитація або йога, може допомогти зменшити стрес і сприяти розслабленню перед сном. також важливим є створення комфортного середовища для сну: прохолода, темрява і тиша в спальні також можуть допомогти поліпшити якість сну [49].

Наукова конференція Національного інституту охорони здоров'я 2005 року дійшла висновку, що агоністів бензодіазепінових рецепторів (BZRAs) та КПТ при безсонні (CBT-I) ефективні для короткострокового лікування безсоння з відносно доброякісними побічними ефектами і що CBT-I має більш тривалий ефект після припинення активного лікування. Обидва методи лікування продемонстрували стабільно високі розміри ефекту, хоча CBT-I показана при хронічному безсонні та при гострому безсонні в осіб, яким фармакотерапія протипоказана фармакотерапія.

Два підходи до лікування нічних кошмарів підтримуються зростаючою доказовою базою. Празозин, який спочатку був запроваджений для лікування гіпертонії, є антагоністом альфа-1 адренорецепторів короткої дії, який легко проникає через гематоенцефалічний бар'єр. На додаток до позитивних результатів, отриманих у серіях досліджень, ретроспективних оглядах історій

хвороби та деяких невеликих відкритих досліджень, празозин помітно зменшує нічні кошмари та порушення сну в 3 плацебо-контрольованих дослідженнях: 2 - у ветеранів В'єтнаму та одне - у когорті цивільних осіб з ПТСР.

Стандартна СВТ-I складається з декількох специфічних психотерапевтичних втручань, які спираються на когнітивну терапію та поведінкову терапію в їхньому застосуванні до безсоння. Окремі компоненти можуть застосовуватися як монотерапія, хоча широко визнано, що багатокомпонентна СВТ-I є найкращим підходом до лікування, оскільки спрямована на численні ймовірні причини та чинники, що викликають безсоння. Компоненти терапії включають навчання сну, контроль стимулів, обмеження сну, гігієну сну, когнітивну терапію та релаксаційну терапію. СВТ-I, як правило, побудована таким чином, що дозволяє проводити щотижневі сеанси протягом 6-8 тижнів у груповій або індивідуальній терапії, хоча СВТ-I, що проводиться впродовж 2-4 сесій, продемонструвала хорошу ефективність. У клінічних умовах кількість сеансів може бути змінена залежно від прогресу лікування та здатності пацієнтів до самостійного застосування (і моніторингу) втручань.

Навчання сну

Навчання сну полягає в наданні пацієнтам базових знань про процеси та функції сну, архітектуру сну, зміни розвитку сну, циркадні ритми, індивідуальні потреби у сні та депривація сну. Навчання правильному сну також часто включає надання обґрунтування лікування, встановлення очікувань щодо лікування та встановлення мотивації для лікування. Двома основними поведінковими компонентами СВТ-I (і, можливо, найактивнішими компонентами втручання) є контроль стимулів і терапія обмеження сну

Контроль стимулів

1. Обмеження кількість часу, проведеного в ліжку без сну або у спальні.

2. Дотримання фіксованого часу пробудження 7 днів на тиждень.
3. Уникнення іншої поведінки в ліжку або у спальні, окрім сну або сексуальної активності.
4. Сон лише в спальні.
5. Виходити зі спальні, коли не спите, приблизно на 15-20 хвилин.
6. Повертатись в ліжку тільки тоді, коли особа виспалась.

Обмеження сну

1. Обмежити час, проведений у ліжку, до кількості, що дорівнює середній загальній тривалості сну час.
2. Визначити середню загальну тривалість сну (TST) від 1 до 2 тижнів щоденних щоденників сну.
3. Встановити фіксований час пробудження.
4. Створювати вікно для сну, визначивши час відходу до сну щоб забезпечити загальну можливість для сну, що дорівнює TST з попередніх щоденників.
5. Продовжувати вести щотижневі щоденники сну
6. Відрегулювати вікно сну на основі щотижневої ефективності сну, отриманої з попередніх тижневих щоденників сну (наприклад, якщо ефективність сну (TST/вікно сну) більша або дорівнює 90% (деякі використовують 85% як орієнтир), збільшити вікно сну на 15 хвилин.
7. Продовжувати вести щоденники сну та вносити корективи щотижня до завершення лікування.

Гігієна сну

Гігієна сну вимагає, щоб клініцист і пацієнти ознайомилися з набором інструкцій, які спрямовані на те, щоб допомогти пацієнтам підтримувати хороші звички до сну, такі як підтримання навколишнього середовища та розпорядку, що сприяють сну, дотримання нормального режиму ліжка та пробудження, уникнення тютюну, алкоголю, великих прийомів їжі та інтенсивні фізичні вправи за кілька годин до сну.

Когнітивна терапія

Когнітивна терапія безсоння була розроблена в кількох формах, які часто збігаються. Деякі мають більш дидактичну спрямованість, тоді як інші використовують парадоксальний намір, когнітивну реструктуризацію, модифікацію безпечної поведінки та/або упередження уваги. Хоча підходи відрізняються процедурою, усі вони базуються на спостереженні, що пацієнти з безсонням мають негативні думки та переконання щодо свого стану та його наслідків. Допомога пацієнтам оскаржити правдивість і корисність цих переконань є основою когнітивної терапії та, як вважають, зменшує тривогу та збудження, пов'язані з безсонням.

Тренування релаксації

Тренування релаксації також може продовжуватися з однією або декількома техніками релаксації, включаючи прогресивне розслаблення м'язів, діафрагмальне дихання, біологічний зворотний зв'язок і більш формальні медитаційні техніки для зменшення загального гіперзбудження. Оптимальним методом релаксації при безсонні є техніка, яка є найбільш прийнятною для пацієнтів та/або найлегшою для вивчення. Деякі методи можуть бути протипоказані через захворювання (наприклад, прогресивне розслаблення м'язів може бути не ідеальним для пацієнтів із хронічними болями, які можуть бути досить поширеними серед ветеранів) або психіатричними розладами (наприклад, деякі методи є складними для пацієнтів із нелікованим ПТСР терпіти, оскільки вони можуть спровокувати повторне переживання симптомів).

Висновки до розділу 3

1. У результаті дослідження виявлено, що жінки сильніше схильні до переїздів або повернення у раніше населені райони, ніж чоловіки. Одночасно, чоловіки зазвичай залишаються в місцях під контролем українського уряду і не виїжджають за кордон. Більшість жінок мають більший вплив травматичного досвіду, тоді як серед чоловіків більшість не мають значного впливу. Загалом ці дані вказують на помірний зв'язок між статтю і впливом

травматичного досвіду, причому відсоток осіб з значним впливом травматичного досвіду серед жінок є вищим.

2. Згідно з отриманими даними, переважна більшість учасників опитування прокидаються між 8:00 та 10:00 ранку. Розподіл респондентів за цим показником дещо змінюється в залежності від віку: молоді учасники (18-20 років) частіше прокидалися пізніше в порівнянні зі старшими (більше половини прокидалися після 10:00), тоді як особи віком від 21 до 45 років зазвичай прокидалися між 7:00 та 9:00 ранку. Одночасно, серед опитаних віком 46-60 років не було тих, хто прокидається після 10:00. Відзначено, що більшість опитаних без дітей ходять спати пізніше, ніж ті, у кого є діти. Ця тенденція найбільш помітна серед учасників з двома або трema дітьми, які лягають спати близько 22:00.

3. Згідно з результатами дослідження, люди, які не мають дітей, схильні йти спати пізніше порівняно з тими, хто має дітей. Найчастіше обраний час для сну для всіх груп є 01:00, а потім 00:00 та 23:00. Учасники з двома або трema дітьми переважно спостерігаються в групі, яка лягає спати о 22:00. Також спостерігається зростання кількості респондентів з дітьми в групах, що лягають спати раніше, зокрема в групі, яка лягає спати о 22:00. В групах з пізнішим часом сну домінують опитані без дітей. За результатами дослідження, найпопулярніший час для сну для всіх груп є 01:00, потім 00:00 та 23:00. Респонденти з високим впливом війни зазвичай лягали спати о 00:00, 03:00, 22:00, 04:00 та 21:00. У групах з раннім та пізнім часом сну спостерігається більший вплив війни на респондентів. Більшість опитаних, на яких війна сильно чи значно впливає, ходять спати пізніше порівняно з тими, хто відчуває менший вплив війни. Це може вказувати на те, що люди, які сильніше зазнають вплив війни, можуть переживати більше стресу, небезпеки або навіть мати нічні кошмари, що може відбиватися на якості сну та способі життя. Такі особи можуть мати проблеми зі сном або відчувати труднощі з відпочинком вночі через психічні або фізичні наслідки війни. З іншого боку, учасники, для яких війна має незначний вплив на життя,

схильні лягати спати дещо раніше, що може свідчити про нижчий рівень стресу та небезпеки. Такі особи, швидше за все, краще пристосовуються до ситуації або проживають у більш безпечних та спокійних умовах, де почуття безпеки сприяє якості сну та психічному здоров'ю. Відповідно до результатів, люди, на яких війна впливає найбільше, мають різний час засипання. Ті, хто сильніше відчуває вплив війни на життя, зазвичай потребують більше часу, щоб заснути. Опитані з помітним та сильним впливом війни на життя найчастіше засинають протягом 15-30 хвилин, тоді як ті, хто відчуває менший вплив, зазвичай засинають швидше – одразу або протягом 15 хвилин. Більшість опитаних, які відчувають помітний вплив війни на своє життя, прокидаються між 8:00 та 9:00 ранку. Це може свідчити про їхнє бажання дотримуватись звичайного розпорядку дня або про вплив війни на їхні методи пристосування до повсякденної рутини.

4. Особливо помітно, що люди з низьким рівнем порушень сну не мають симптомів ПТСР та КПТСР як показника травматичного досвіду, тоді як люди зі середнім та високим рівнем порушень сну мають симптоми ПТСР та КПТСР. Особи з наявністю симптомів ПТСР або КПТСР демонструють більшу кількість випадків затримки сну у кожній категорії порівняно з тими, хто не має симптомів ПТСР або КПТСР. Таким чином, отримані результати дозволяють висловити припущення, що наявність травматичного досвіду впливає на затримку сну. Дослідження виявило, що люди з симптомами ПТСР мають значно вищі показники PSQI (індекс якості сну) порівняно з тими, хто не страждає від цього стану. Це підтверджує те, що травматичний досвід може впливати на якість сну. Основна відмінність між групами полягає в тому, що учасники з наявними симптомами ПТСР або КПТСР мають вищі показники PSQI, що відображає гіршу якість сну порівняно з учасниками контрольної групи, які не мають симптомів ПТСР або КПТСР.

5. На основі отриманих результатів, було запропоновано наступні рекомендації для покращення якості сну: навчання сну, тренування

релаксації, когнітивна терапія, гігієна сну, обмеження сну та контроль стимулів.

ВИСНОВКИ

1. В даному дослідженні ми використовуємо симптоми ПТСР як критерій наявності травматичного досвіду. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це психічне захворювання, яке може виникнути внаслідок пережитих травматичних подій, таких як війни, насильство, аварії, катастрофи чи сексуальне насильство. Симптоми ПТСР включають: наявність важкої травми чи декількох подій, інтрузії (неконтрольоване згадування минулого, спалахи спогадів, кошмари), розлади сну, уникнення травмуючих спогадів, реактивні прояви (постійна пильність, висока тривога, агресія або імпульсивність відносно уявних чи реальних загроз), та спотворене сприйняття світу, суспільства та себе.

2. У дослідженні вивчалися зв'язки між травматичним досвідом та якістю сну українців під час війни. Використовувалися анкети соціально-демографічного блоку, Пітсбурзький індекс якості сну та Міжнародний опитувальник травми, що допомогли отримати якісні та об'єктивні дані про вплив війни на сон та симптоми ПТСР серед українців. Результати можуть допомогти у розробці психологічних програм підтримки та реабілітації.

3. У дослідженні взяло участь 62 респондента від 18 до 60 років, зокрема переважно жінки. Вони відрізнялися за віком, сімейним положенням, кількістю дітей, освітою та місцем проживання. Більшість не мали дітей та відчували суттєвий вплив війни на своє життя.

4. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що більшість респондентів, на яких війна впливає значно або сильно, мають пізніший час засипання порівняно з тими, кого війна торкається менше. Це може свідчити про те, що особи, які сильніше страждають від наслідків війни, можливо, відчують підвищений рівень стресу, небезпеки або навіть стикаються з нічними жахами, що негативно відображається на якості сну та загалом на якості життя. Такі індивіди можуть мати проблеми зі сном або відчувати труднощі з відпочинком вночі внаслідок психологічних чи фізичних наслідків війни. За протилежний сценарій, учасники, яких війна мало

торкається, схильні лягати спати раніше, що може вказувати на нижчий рівень стресу та небезпеки. Такі особи, ймовірно, краще пристосовуються до ситуації або перебувають у більш безпечних та спокійних умовах, де почуття безпеки сприяє якості сну та психічному благополуччю. Відповідно до отриманих результатів, люди, на яких війна впливає найбільше, мають різний час засипання. Ті, хто відчуває війну на собі найбільше, зазвичай потребують більше часу, щоб заснути. Респонденти з відчутним та сильним впливом війни на життя, найчастіше засинають протягом 15-30 хвилин, тоді як ті, хто відчуває менший вплив, зазвичай засинають швидше – одразу або протягом 15 хвилин.

5. Також необхідно відзначити, що особи з низьким рівнем порушень сну не мають симптомів ПТСР та КПТСР, у той час як особи зі середнім та високим рівнем порушень сну мають симптоми ПТСР та КПТСР. Учасники з значним впливом травматичного досвіду демонструють більшу кількість випадків затримки сну у кожній категорії порівняно з тими, хто не значного впливу травматичного досвіду. Таким чином, отримані результати дозволяють висунути гіпотезу, що наявність травматичного досвіду впливає на затримку сну. Дослідження виявило, що особи з симптомами ПТСР мають значно вищі значення PSQI (індекс якості сну) порівняно з тими, хто не страждає від цього стану. Це підтверджує припущення, що травматичний досвід може впливати на якість сну. Основна відмінність між групами полягає в тому, що учасники з наявними симптомами ПТСР або КПТСР мають вищі значення PSQI, що відображає гіршу якість сну порівняно з учасниками контрольної групи, які не мають симптомів ПТСР або КПТСР.

6. Відповідно до отриманих результатів та інших досліджень на подібну тематику було запропоновано низку рекомендацій, які мають на меті покращити якість життя та сну людей з посттравматичним стресовим розладом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бакка Ю. В. Посттравматичний стресовий розлад та його вплив на особистість після війни. – 2022. – С. 129-132.
2. Данильченко Т. В. Суб'єктивне соціальне благополуччя: психологічний вимір: монографія //Чернігів: Десна Поліграф. – 2016. – С. 543.
3. Денісієвська А. Є. ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОЇ ЯКОСТІ СНУ //Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – 2019. – №. 1. – С. 333-337.
4. Д. Герман Психологічна травма та шлях до видужання //Наслідки насильства: від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів:«Вид-во Старого Лева. – 2015. – С. 235.
5. Євсюкова А. О. Психологічні особливості впливу ПТСР на соціально-психологічну адаптацію військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. – 2021. – С. 48.
6. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., Мельник, О. В. Міжнародний опитувальник травми (itq): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого птср //Актуальні проблеми психології. – 2019. – С. 18.
7. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні / О. Л. Корольчук // Інвестиції: практика та досвід : наук.-практ. журн. – 2016. – № 17. – С. 104-111.
8. Кулка Р.А., Шленгер В.Е., Фейрбенк Д.А., Хаф Р.Л., Джордан Б.К., Мармар К.Р., Вайс Д.С. Травма та покоління війни у В'єтнамі: звіт про результати Національного дослідження ветеранів В'єтнаму з адаптації у мирному середовищі //Серія про психологічний стрес Бруннера/Мазеля. – 1990. – С. 56-72.
9. Куценко С. Психологічні прояви ПТСР у ветеранів бойових дій в процесі ресоціалізації. – 2022. – С. 81.

10. Мащак С. О., Кучвара Х. Б. Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни //Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. – 2022. – №. 6. – С. 5-9.
11. Сердюк Л. З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості //Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України. – 2017. – Т. 5. – С. 124-133.
12. Сиромятніков І.В., Ожерельєва І.Г. Психологія професійного самовизначення та професійної суб'єктності військових кад: монографія. — М.: ВУ. – 2007. – С. 235.
13. Татенко В. Соціально-психологічні механізми впливу людини на людину //Соціальна психологія. – 2003. – №. 1. – С. 60-72.
14. Кісарчук З. Г. и др. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. – 2020. – С. 178.
15. Чистяков С. Психологічні детермінанти виникнення конфліктів у військових колективах: дис. – Освітня діяльність працівників соціально-психологічної сфери: виклики сьогодення та реалії. Матеріали Всеукраїнської науково-практична конференція. НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут». – 2022. – С.
16. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. – 2022. – С. 198.
17. A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks / Mark A. Schuster // New England Journal of Medicine. – 2001. – Vol. 345, no. 20. – P. 1507–1512.
18. Bendavid E. et al. The effects of armed conflict on the health of women and children //The Lancet. – 2021. – Т. 397. – №. 10273. – С. 522-532.
19. Blair R. G. Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah //Health & Social Work. – 2000. – Т. 25. – №. 1. – P. 23-30.

20. Brewin C. R. et al. Reformulating PTSD for DSM- V: life after criterion A //Journal of traumatic stress. – 2009. – T. 22. – №. 5. – P. 366-373.
21. Brewin C. R., Holmes E. A. Psychological theories of posttraumatic stress disorder //Clinical psychology review. – 2003. – T. 23. – №. 3. – P. 339-376.
22. Buysse D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research //Psychiatry research. – 1989. – T. 28. – №. 2. – P. 193-213.
23. Carpieniello B. The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones / Bernardo Carpieniello // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2023. – Vol. 20, no. 4. – P. 2840.
24. Catani C. Mental health of children living in war zones: a risk and protection perspective //World Psychiatry. – 2018. – T. 17. – №. 1. – P. 104.
25. Charlson F. et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis //The Lancet. – 2019. – T. 394. – №. 10194. – P. 240-248.
26. Christiansen D.M & Berke E.T. Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD / Christiansen D.M & Berke E.T // Current Psychiatry Reports. – 2020. – Vol. 22. – P. 1–9.
27. Cole J. C. et al. Validation of a 3-factor scoring model for the Pittsburgh sleep quality index in older adults //Sleep. – 2006. – T. 29. – №. 1. – P. 112-116.
28. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition., American Psychiatric Association //Library of Congress Cataloging-in-Publication Data Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 2013. P. 1120.
29. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder //Behaviour research and therapy. – 2000. – T. 38. – №. 4. – C. 319-345.
30. Espiritu J. R. D. Aging-related sleep changes. / Espiritu J. R. D. // Clinics in geriatric medicine. – 2008. – Vol. 24(1). – P. 1–14.

31. Foa E. B. et al. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation //Psychological assessment. – 1999. – T. 11. – №. 3. – P. 303.
32. Fried E. I. et al. Replicability and generalizability of posttraumatic stress disorder (PTSD) networks: A cross-cultural multisite study of PTSD symptoms in four trauma patient samples //Clinical Psychological Science. – 2018. – T. 6. – №. 3. – P. 335-351.
33. Friedman M. J., Keane T. M., Resick P. A. (ed.). Handbook of PTSD: Science and practice //Guilford Press. – 2007. P. 766.
34. Galovski T. E. Harik J. M. Blain L. M. Elwood L. Gloth C. & Fletcher T. D. Augmenting cognitive processing therapy to improve sleep impairment in PTSD: A randomized controlled trial // Journal of consulting and clinical psychology. – 2016. – Vol. 84(2). – P. 167.
35. Garry S., Checchi F. Armed conflict and public health: into the 21st century //Journal of Public Health. – 2020. – T. 42. – №. 3. – P. 287-298.
36. Grandner M. A. et al. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample //Sleep and biological rhythms. – 2006. – T. 4. – P. 129-136.
37. Harvey A. G. Sleep and posttraumatic stress disorder: a review //Clinical Psychology Review. – 2003. – Vol. 23, no. 3. – P. 377–407.
38. Henkelmann J. R. et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis //BJPsych open. – 2020. – T. 6. – №. 4. – P. 68.
39. Horowitz M. J. Stress response syndromes and their treatment //Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. – 1993. – P. 757-773.
40. Karatzias T. et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania //European journal of psychotraumatology. – 2017. – T. 8. – P. 6.

41. Lamarche L. J. & Koninck J. D. Sleep disturbance in adults with posttraumatic stress disorder: a review / Lamarche L. J. & Koninck J. D. // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 68(8). – P. 1257–1270.
42. Lynch M., Cicchetti D. An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology // *Development and psychopathology*. – 1998. – T. 10. – №. 2. – P. 235-257.
43. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians // *Annals of Internal Medicine*. – 2016. – Vol. 165, no. 2. – P. 125.
44. Mental Disorders Following War in the Balkans // *Archives of General Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67, no. 5. – P. 518.
45. Miao X. R. et al. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention // *Military Medical Research*. – 2018. – T. 5. – №. 1. – P. 1-7.
46. Miller K. E. Brownlow J. A. & Gehrman P. R. Sleep in PTSD: treatment approaches and outcomes // *Current opinion in psychology*. – 2020. – Vol. 34. – P. 12–17.
47. Miller K. E., Brownlow J. A., Gehrman P. R. Sleep in PTSD: treatment approaches and outcomes // *Current opinion in psychology*. – 2020. – T. 34. – P. 12-17.
48. Mollayeva T. et al. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis // *Sleep medicine reviews*. – 2016. – T. 25. – P. 52-73.
49. Newton T. L. Promoting Health by Improving Subjective Sleep Quality? Reduction in Depressive Symptoms and Inflammation as Potential Mechanisms and Implications for Trauma-Exposed Persons // *Frontiers in Psychiatry*. – 2016. – P. 76.
50. Nijdam M. J., Wittmann L. Psychological and social theories of PTSD // *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. – Cham : Springer International Publishing, 2022. – C. 41-63.

51. North C. S. Psychiatric Disorders Among Survivors of the Oklahoma City Bombing // JAMA. – 1999. – Vol. 282, no. 8. – P. 755.
52. Passos I. C. et al. Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression //The Lancet Psychiatry. – 2015. – T. 2. – №. 11. – P. 1002-1012.
53. Perrin S., Meiser-Stedman R., Smith P. The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD //Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2005. – Vol. 33, no. 4. – P. 487–498.
54. Pillar G. Post-traumatic stress disorder and sleep—what a nightmare! // Sleep Medicine Reviews. – 2000. – Vol. 4, no. 2. – P. 183–200.
55. Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1996. – Vol. 93, no. 6. – P. 477–481.
56. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi G, Kucukalic A, LecicTosevski D, Morina N, Popovski M, Vang D, Schutzwhol M. Mental disorders after the war in the Balkans //Arch Gen Psychiatry. – 2010. – P. 518-528.
57. Priebe S. et al. Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences //Psychopathology. – 2013. – T. 46. – №. 1. – P. 45-54.
58. Raboni M. R. Tufik S. & Suchecki D. Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. / Raboni M. R. Tufik S. & Suchecki D. // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2006. – Vol. 1071(1). – P. 508–513.
59. Sandler J. An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychic trauma / J. Sandler, A. U. Dreher, S. Drews // Interna- tional Review of Psycho-Analysis. — 1991. — Vol. 18. — P. 133—141.
60. Sandweiss D. A. et al. Preinjury psychiatric status, injury severity, and postdeployment posttraumatic stress disorder //Archives of general psychiatry. – 2011. – T. 68. – №. 5. – P. 496-504.

61. Schnyder U., Cloitre M. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders //Cham: Springer International Publishing. – 2015. – P. 580.
62. Scoglio A. A. J., Salhi C. Violence exposure and mental health among resettled refugees: a systematic review //Trauma, Violence, & Abuse. – 2021. – T. 22. – №. 5. – P. 1192-1208.
63. Self-referential Language In Trauma Narratives Predicts Shorter Sleep Duration In Women With Ptsd // Sleep. – 2020. – P. 410.
64. Shahid A. et al. Pittsburgh sleep quality index (PSQI) //STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales. – 2012. – P. 279-283.
65. Sheaves B. The phenomenology of nightmares in the context of psychosis, with a case series of imagery rescripting. / Sheaves B. – 2013. – P. 174.
66. Singareddy R. K., Balon R. Sleep in posttraumatic stress disorder //Annals of Clinical Psychiatry. – 2002. – T. 14. – P. 183-190.
67. Sriskandarajah V., Neuner F., Catani C. Parental care protects traumatized Sri Lankan children from internalizing behavior problems //BMC psychiatry. – 2015. – T. 15. – №. 1. – P. 1-11.
68. Summerfield D. War and mental health: a brief overview //Bmj. – 2000. – T. 321. – №. 7255. – P. 232-235.
69. Survivors of imprisonment in the Pacific theater during World War II // American Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol. 144, no. 9. – P. 1210–1213.
70. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2018. – Vol. 138, no. 6. – P. 536–546
71. Ulmer C. S. A Multi-Component Cognitive-Behavioral Intervention for Sleep Disturbance in Veterans with PTSD: A Pilot Study //Journal of Clinical Sleep Medicine. – 2011. – P. 57-68.
72. Van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma //Dialogues in clinical neuroscience. – 2022. – P. 7-22.

73. Yehuda R. Linking the neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder with recent neuroanatomic findings //Seminars in Clinical Neuropsychiatry. – 1999. – T. 4. – №. 4. – P. 256-265.

ДОДАТКИ

Додаток А
Таблиця А.1

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.666

Таблиця А.2

Descriptives

	PSQI	PTSD_Score	DSO_Score	PTSD_AND_CPRSD_Present_Score
N	62	10	24	34
Missing	0	52	38	28
Mean	7.98	9.30	13.5	12.3
Median	7.00	10.5	12.5	12.0
Mode	6.00	3.00 ^a	7.00	7.00
Standard deviation	3.93	4.62	6.45	6.22
Shapiro-Wilk W	0.945	0.908	0.929	0.949
Shapiro-Wilk p	0.008	0.269	0.092	0.117

^a More than one mode exists, only the first is reported

Таблиця А.3

Contingency Tables

Будь ласка, вкажіть своє поточне місцезнаходження:		Ваша стать		
		Жіноча	Чоловіча	Total
Інше	Observed	2	0	2
	Expected	1.452	0.548	2.00
З початку війни, я залишаюся на одному й тому ж місці, яке знаходиться під контролем українського уряду.	Observed	13	12	25
	Expected	18.145	6.855	25.00
Я переїхав(ла) до іншого місця в Україні.	Observed	3	2	5
	Expected	3.629	1.371	5.00
Я переїхав(ла) до іншої країни.	Observed	10	0	10
	Expected	7.258	2.742	10.00

Contingency Tables

Будь ласка, вкажіть своє поточне місцезнаходження:		Ваша стать		
		Жіноча	Чоловіча	Total
Я повернувся(лась) у місце, де жив до початку війни, після його деокупації.	Observed	1	0	1
	Expected	0.726	0.274	1.00
Я повернувся(лась) у місце, де жив до початку війни, і воно не було під окупацією.	Observed	16	3	19
	Expected	13.790	5.210	19.00
Total	Observed	45	17	62
	Expected	45.000	17.000	62.00

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	11.9	5	0.036
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.402
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.438

Таблиця А.4

Contingency Tables

PTSD_Present		Ваша стать		
		Жіноча	Чоловіча	Total
Відсутня	Observed	15	13	28
	Expected	20.3	7.68	28.0
Наявна	Observed	30	4	34
	Expected	24.7	9.32	34.0
Total	Observed	45	17	62
	Expected	45.0	17.00	62.0

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	9.27	1	0.002
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.361
Phi-coefficient	0.387
Cramer's V	0.387

Таблиця А.5

Contingency Tables

3. О котрій годині ви зазвичай вставали вранці протягом минулог	Ваш вік					Total	
	18-20 років	21-25 років	26-35 років	36-45 років	46-60 років		
09:00:00	Observed	5	10	3	0	0	18
	Expected	5.806	7.548	2.903	1.4516	0.2903	18.00
08:00:00	Observed	7	8	2	1	0	18
	Expected	5.806	7.548	2.903	1.4516	0.2903	18.00
05:00:00	Observed	1	0	1	0	0	2
	Expected	0.645	0.839	0.323	0.1613	0.0323	2.00
13:00:00	Observed	0	1	0	0	0	1
	Expected	0.323	0.419	0.161	0.0806	0.0161	1.00
11:00:00	Observed	2	2	0	0	0	4
	Expected	1.290	1.677	0.645	0.3226	0.0645	4.00
07:00:00	Observed	2	2	3	0	1	8
	Expected	2.581	3.355	1.290	0.6452	0.1290	8.00
06:00:00	Observed	1	1	0	3	0	5
	Expected	1.613	2.097	0.806	0.4032	0.0806	5.00
10:00:00	Observed	2	2	0	0	0	4
	Expected	1.290	1.677	0.645	0.3226	0.0645	4.00
12:00:00	Observed	0	0	1	0	0	1

Contingency Tables

		Ваш вік					Total
		18-20 років	21-25 років	26-35 років	36-45 років	46-60 років	
3. О котрій годині ви зазвичай вставляли вранці протягом минулог	Expected	0.323	0.419	0.161	0.0806	0.0161	1.00
	Observed	0	0	0	1	0	1
04:00:00	Expected	0.323	0.419	0.161	0.0806	0.0161	1.00
Total	Observed	20	26	10	5	1	62
	Expected	20.000	26.000	10.000	5.0000	1.0000	62.00

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	55.1	36	0.022
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.686
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.471

Таблиця А.6

Contingency Tables

		У Вас є діти:				Total
		Одна дитина	Дві дитини	Три дитини	Ні	
1. О котрій годині ви зазвичай лягали спати протягом минулого місяця	Observed	1	0	0	8	9
	Expected	0.7258	0.4355	0.1452	7.694	9.00
01:00:00	Observed	2	0	0	16	18
	Expected	1.4516	0.8710	0.2903	15.387	18.00

Contingency Tables

1. О котрій годині ви зазвичай лягали спати протягом минулого місяця		У Вас є діти:				Total
		Одна дитина	Дві дитини	Три дитини	Ні	
00:00:00	Observed	2	0	0	15	17
	Expected	1.3710	0.8226	0.2742	14.532	17.00
09:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.0484	0.0161	0.855	1.00
02:00:00	Observed	0	0	0	4	4
	Expected	0.3226	0.1935	0.0645	3.419	4.00
03:00:00	Observed	0	0	0	4	4
	Expected	0.3226	0.1935	0.0645	3.419	4.00
22:00:00	Observed	0	3	1	2	6
	Expected	0.4839	0.2903	0.0968	5.129	6.00
04:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.0484	0.0161	0.855	1.00
05:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.0484	0.0161	0.855	1.00
21:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.0484	0.0161	0.855	1.00
Total	Observed	5	3	1	53	62
	Expected	5.0000	3.0000	1.0000	53.0000	62.00

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	41.6	27	0.036
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.634
Phi-coefficient	NaN

χ^2 Tests

Value	df	p
Cramer's V		0.473

Таблиця А.7

Contingency Tables

1. О котрій годині ви зазвичай лягали спати протягом минулого місяця		Оцініть вплив війни конкретно на Вас:				Total
		Дуже сильний вплив	Значний вплив	Незначний вплив	Сильний вплив	
23:00:00	Observed	0	6	3	0	9
	Expected	0.7258	4.500	1.742	2.032	9.00
01:00:00	Observed	0	10	3	5	18
	Expected	1.4516	9.000	3.484	4.065	18.00
00:00:00	Observed	1	9	3	4	17
	Expected	1.3710	8.500	3.290	3.839	17.00
09:00:00	Observed	0	1	0	0	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
02:00:00	Observed	0	2	0	2	4
	Expected	0.3226	2.000	0.774	0.903	4.00
03:00:00	Observed	1	3	0	0	4
	Expected	0.3226	2.000	0.774	0.903	4.00
22:00:00	Observed	1	0	3	2	6
	Expected	0.4839	3.000	1.161	1.355	6.00
04:00:00	Observed	1	0	0	0	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
05:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
21:00:00	Observed	1	0	0	0	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
Total	Observed	5	31	12	14	62
	Expected	5.0000	31.000	12.000	14.000	62.00

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	46.2	27	0.012
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.653
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.498

Таблиця А.8

Contingency Tables

		Оцініть вплив війни конкретно на Вас:				
2. Протягом минулого місяця, скільки часу (у хвилинах) вам зазвичай потрібно було щовечора, щоб заснути?		Дуже сильний вплив	Значний вплив	Незначний вплив	Сильний вплив	Total
Відразу засинав або потребував до 15 хвилин	Observed	3	9	6	3	21
	Expected	1.694	10.50	4.06	4.74	21.00
Від 15 до 30 хвилин	Observed	1	13	3	7	24
	Expected	1.935	12.00	4.65	5.42	24.00
Від 30 хвилин до 1 години	Observed	0	8	3	0	11
	Expected	0.887	5.50	2.13	2.48	11.00
Від 1 години	Observed	1	1	0	4	6
	Expected	0.484	3.00	1.16	1.35	6.00
Total	Observed	5	31	12	14	62
	Expected	5.000	31.00	12.00	14.00	62.00

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	17.4	9	0.042
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.469
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.306

Таблиця А.9

Contingency Tables

Оцініть вплив війни конкретно на Вас:

3. О котрій годині ви зазвичай вставали вранці протягом минулого місяця		Оцініть вплив війни конкретно на Вас:				Total
		Дуже сильний вплив	Значний вплив	Незначний вплив	Сильний вплив	
09:00:00	Observed	1	9	4	4	18
	Expected	1.4516	9.000	3.484	4.065	18.00
08:00:00	Observed	0	11	2	5	18
	Expected	1.4516	9.000	3.484	4.065	18.00
05:00:00	Observed	1	1	0	0	2
	Expected	0.1613	1.000	0.387	0.452	2.00
13:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
11:00:00	Observed	1	3	0	0	4
	Expected	0.3226	2.000	0.774	0.903	4.00
07:00:00	Observed	1	3	3	1	8
	Expected	0.6452	4.000	1.548	1.806	8.00
06:00:00	Observed	0	2	3	0	5
	Expected	0.4032	2.500	0.968	1.129	5.00

Contingency Tables

3. О котрій годині ви зазвичай вставали вранці протягом минулого місяця		Оцініть вплив війни конкретно на Вас:				Total
		Дуже сильний вплив	Значний вплив	Незначний вплив	Сильний вплив	
10:00:00	Observed	0	2	0	2	4
	Expected	0.3226	2.000	0.774	0.903	4.00
12:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
04:00:00	Observed	1	0	0	0	1
	Expected	0.0806	0.500	0.194	0.226	1.00
Total	Observed	5	31	12	14	62
	Expected	5.0000	31.000	12.000	14.000	62.00

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	40.5	27	0.046
N	62		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.629
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.467

Таблиця А.10

Contingency Tables

4. Скільки годин фактичного сну ви спали вночі протягом минулог

1. О котрій годині ви зазвичай лягали спати протягом минулого місяця		Більше 7 годин	Від 6 до 7 годин	Від 5 до 6 годин	Менше 5 годин	Total
23:00:00	Observed	3	5	1	0	9
	Expected	3.774	2.758	1.742	0.7258	9.00
01:00:00	Observed	5	6	6	1	18
	Expected	7.548	5.516	3.484	1.4516	18.00
00:00:00	Observed	11	4	2	0	17
	Expected	7.129	5.210	3.290	1.3710	17.00
09:00:00	Observed	1	0	0	0	1
	Expected	0.419	0.306	0.194	0.0806	1.00
02:00:00	Observed	2	1	0	1	4
	Expected	1.677	1.226	0.774	0.3226	4.00
03:00:00	Observed	1	0	1	2	4
	Expected	1.677	1.226	0.774	0.3226	4.00
22:00:00	Observed	3	3	0	0	6
	Expected	2.516	1.839	1.161	0.4839	6.00
04:00:00	Observed	0	0	0	1	1
	Expected	0.419	0.306	0.194	0.0806	1.00
05:00:00	Observed	0	0	1	0	1
	Expected	0.419	0.306	0.194	0.0806	1.00
21:00:00	Observed	0	0	1	0	1
	Expected	0.419	0.306	0.194	0.0806	1.00
Total	Observed	26	19	12	5	62
	Expected	26.000	19.000	12.000	5.0000	62.00

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	46.3	27	0.012
N	62		

Nominal

Value

χ^2 Tests

	Value	df	p
Contingency coefficient			0.654
Phi-coefficient			NaN
Cramer's V			0.499

Таблица А.11

Contingency Tables

PSQI_Disturbance		PTSD_AND_CPRSD_Present		
		False	True	Total
1	Observed	26	24	50
	Expected	22.581	27.419	50.00
2	Observed	1	10	11
	Expected	4.968	6.032	11.00
3	Observed	1	0	1
	Expected	0.452	0.548	1.00
Total	Observed	28	34	62
	Expected	28.000	34.000	62.00

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	7.94	2	0.019
N	62		

Kendall's Tau-b

Kendall's Tau-B	t	p
0.265	2.08	0.037

Таблица А.12

Contingency Tables

PSQI_Sleep_Latency		PTSD_AND_CPRSD_Present		
		False	True	Total
0	Observed	11	3	14
	Expected	6.32	7.68	14.0

Contingency Tables

PSQI_Sleep_Latency		PTSD_AND_CPRSD_Present		
		False	True	Total
1	Observed	7	8	15
	Expected	6.77	8.23	15.0
2	Observed	8	11	19
	Expected	8.58	10.42	19.0
3	Observed	2	12	14
	Expected	6.32	7.68	14.0
Total	Observed	28	34	62
	Expected	28.00	34.00	62.0

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	11.8	3	0.008
N	62		

Kendall's Tau-b

	Kendall's Tau-B	t	p
	0.381	3.26	0.001

Таблица А.13

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size	
PSQI	Student's t	-2.62	60.0	0.011	Cohen's d	-0.669

Note. $H_a \mu_{\text{False}} \neq \mu_{\text{True}}$

Homogeneity of Variances Tests

		F	df	df2	p
PSQI	Levene's	0.00495	1	60	0.944
	Variance ratio	1.19	27	33	0.627

Note. Additional results provided by *moretests*

Tests of Normality

		statistic	p
PSQI	Shapiro-Wilk	0.943	0.006
	Kolmogorov-Smirnov	0.129	0.251
	Anderson-Darling	1.04	0.009

Note. Additional results provided by *moretests*

Group Descriptives

Group		N	Mean	Median	SD	SE
PSQI	False	28	6.61	5.50	3.93	0.742
	True	34	9.12	8.50	3.60	0.617

Таблица А.14

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size
PSQI	Welch's t	-2.26	57.2	0.028	Cohen's d -0.572

Note. $H_a \mu_{\text{False}} \neq \mu_{\text{True}}$

Homogeneity of Variances Tests

		F	df	df2	p
PSQI	Levene's	4.05	1	60	0.049
	Variance ratio	0.557	29	31	0.117

Note. Additional results provided by *moretests*

Tests of Normality

		statistic	p
PSQI	Shapiro-Wilk	0.957	0.029
	Kolmogorov-Smirnov	0.141	0.169
	Anderson-Darling	0.971	0.014

Note. Additional results provided by *moretests*

Group Descriptives

Group		N	Mean	Median	SD	SE
PSQI	False	30	6.87	6.50	3.20	0.585
	True	32	9.03	8.00	4.29	0.759

Таблица А.15

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
PSQI	Student's t	-3.81	58.0	< .001	Cohen's d	-0.993

Note. $H_a \mu_{\text{Немає}} \neq \mu_{\text{Наявно}}$

Homogeneity of Variances Tests

		F	df	df2	p
PSQI	Levene's	2.27	1	58	0.137
	Variance ratio	0.622	25	33	0.222

Note. Additional results provided by *moretests*

Tests of Normality

		statistic	p
PSQI	Shapiro-Wilk	0.968	0.120
	Kolmogorov-Smirnov	0.119	0.364
	Anderson-Darling	0.647	0.087

Note. Additional results provided by *moretests*

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
PSQI	Немає	26	5.85	5.00	2.84	0.557
	Наявно	34	9.12	8.50	3.60	0.617

Таблиця А.16

Model Fit Measures

Model	Deviance	AIC	R²_{McF}
1	67.2	71.2	0.120

Model Coefficients - PSQI_Quality

Predictor	Estimate	SE	Z	p
Intercept	-9.26e-16	0.378	-2.45e-15	1.000
PTSD_Present:				

Model Fit Measures

Model	Deviance	AIC	R²_{McF}			
True – False			-1.76	0.614	-2.86	0.004

Note. Estimates represent the log odds of “PSQI_Quality = Good” vs. “PSQI_Quality = Bad”