МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Кваліфікаційна наукова праця

на правах рукопису

КОГУТ АННА ОЛЕСІВНА

УДК 616.89-008.44+616.8-009.836.12]-07-082"364"

ДИСЕРТАЦІЯ

АЛГОРИТМ ДИСТАНЦІЙНОЇ КУРАЦІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ТА СУПУТНІМИ ПОРУШЕННЯМИ СНУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання чужих ідей, результатів і текстів мають посилання на відповідне джерело

Когут Анна Олесівна

Автор цифрового підпису Когут Анна Олесівна
Дата: 2025.04.24 10:57:53 +03'00'

Когут А.О.

Науковий керівник: Чабан Олег Созонтович, доктор медичних наук, професор

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Когут А.О. Алгоритм дистанційної курації при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22 – Охорона здоров'я). Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, 2025.

Зміст анотації.

Актуальність впровадження стандартизованих діагностичних та терапевтичних протоколів ґрунтується на необхідності систематизації підходів до діагностики пацієнтів із стрес-індукованими розладами. Водночас, специфічний контекст війни в Україні потребує адаптації сучасних класифікацій до актуальних умов. Отже, розробка новітніх стратегій менеджменту та діагностичних алгоритмів із урахуванням біопсихосоціальної моделі є критично важливим напрямом для оптимізації медичної допомоги та покращення якості життя пацієнтів у сучасних реаліях.

Метою дослідження є оптимізація ведення пацієнтів із розладами, пов'язаними зі стресом, внаслідок військових подій, із супутніми порушеннями сну, на основі вивчення особливостей груп порівняння, і шляхом удосконалення алгоритму дистанційної курації пацієнтів в умовах військового стану.

Задачі дослідження:

1. Розробити інтегративний міждисциплінарний клініко-діагностичний та медико-профілактичний алгоритм дистанційного менеджменту пацієнтів із розладами, пов'язаними зі стресом та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану.
2. Дослідити діагностичну складову даного алгоритму за отриманими статистичними результатами у групах порівняння.

3. Запропонувати диференційовані принципи подальшого втручання, в залежності від нозологічної приналежності.
4. Оптимізувати принципи організації подальшого процесу ведення пацієнтів шляхом удосконалення алгоритму та формування мішеней для подальшого дистанційного втручання.

Було включено 111 осіб загальної вибірки, серед яких 76,5% становили жінки, а 23,5%—чоловіки. Учасники були оцінені за шкалою PCL-5 щодо вираженості окремих симптомів ПТСР і розподілені на дві групи за клінічними критеріями. Перша група (Г1) відповідала критеріям розладів адаптації, які не відповідали діагностичним критеріям ПТСР (N = 66; V% = 59.5%), тоді як друга група (Г2) відповідала діагностичним критеріям ПТСР (N = 45; V% = 40.5%). Такий розподіл дав можливість більш детально порівняти особливості проявів посттравматичних симптомів із супутніми порушеннями сну у відповідних категоріях за нозологіями.

З метою проведення психодіагностичної комплексної оцінки психічного статусу учасників дослідження були використані стандартизовані україномовні опитувальники, зокрема: Опитувальник Здоров'я Пацієнта-9 (PHQ-9) для оцінки депресивних симптомів, Опитувальник Генералізованого Тривожного Розладу-7 (GAD-7) для визначення рівня тривоги, Контрольний Список Симптомів ПТСР для DSM-5 (PCL-5), Піттсбурзький Опитувальник Якості Сну (PSQQ), Торонтська Шкала Алекситимії (TAS-26), а також Шкала Якості Життя (CQLS), розроблена під редакцією проф. Чабана. Статистичний аналіз включає методи описової статистики та кореляції Пірсона, який було проведено за допомогою програмного забезпечення SPSS Statistics 23.0.

Результати дослідження:

1. Серед загальної вибірки порушення якості сну мали — 100%; депресію — 50.5%; тривогу — 78%; ПТСР — 40.5%; алекситимію — 49.5%; рівень якості життя нижче середнього — 86%.
2. Сильні, значущі позитивні взаємозв'язки шляхом кореляційного аналізу за Пірсоном були виявлені між показниками: ПТСР, депресією, тривогою,

алекситимією, порушеннями сну та віком (p>0,001). І зокрема, прийом медикаментів із: тривогою, латентністю та тривалістю сну (p>0,01).

3. Виявлено сильні негативні зв'язки з показниками рівня якості життя: (p>0,001); і зокрема, якості життя з латентністю (p>0,01), тривалістю сну, порушенням денної активності та віком (p>0,05).
4. Г2 мала статистично вищі рівні показників проти Г1 за результатами шкал: ПТСР за PCL-5, порушень сну за PSQQ, депресії за PHQ-9, тривоги за GAD-7, алекситимії за TAS-26 та нижчі показники якості життя за CQLS. А статистично значущі показники наочно демонструють чітку відповідність числових показників шкал та субшкал за рівнями проявів симптомів у балах за групами порівняння.

Оцінка внутрішньої узгодженості використаних шкал, проведена на основі статистичного аналізу, показала високий рівень надійності: індекс Кронбаха альфа склав 0.842 для PHQ-9, 0.881 для GAD-7, а для PCL-5—0.954 при аналізі всіх 20 пунктів. Додатково було визначено внутрішню узгодженість для окремих субшкал кластерів симптомів ПТСР: інтрузивність (0.891), уникання (0.779), негативне реагування (0.893) та гіперреактивність (0.852).

Результати аналізу виявили сильний позитивний кореляційний зв'язок між загальними балами PHQ-9, GAD-7 та PCL-5, а також їх субшкалами, що досягав рівня статистичної значущості p>0,001. Це свідчить про високий рівень конвергентної валідності зазначених шкал. Отримані дані підкреслюють їхню важливість у процесі діагностики розладів, пов'язаних зі стресом, супутніх порушень сну та дозволяють більш точно оцінювати психічний стан пацієнтів.

Аналіз отриманих даних засвідчив значущі відмінності між Г1 та Г2, зокрема вищі показники у Г2 за шкалами: PCL-5 (симптоми ПТСР), PSQQ (порушення сну), PHQ-9 (депресія), GAD-7 (тривога), TAS-26 (алекситимія) та CQLS (знижена якість життя). На основі отриманих результатів встановлено важливі зв'язки між рівнем прояву симптоматики: окремими посттравматичними кластерами, порушеннями сну, тривожно-депресивними проявами, а також

алекситимії та низьким рівнем якості життя. Це свідчить про підвищений ризик прогресування симптоматики та тривалу дезадаптацію у майбутньому.

Отримані результати підтвердили високу психометричну цінність використаних шкал у діагностиці розладів, пов'язаних зі стресом та порушеннями сну. Запропонований психодіагностичний алгоритм дозволяє ефективно оцінювати симптоматику, проводити диференційоване групування пацієнтів і обґрунтовувати необхідність індивідуальних підходів до їх ведення відповідно до нозологічної приналежності.

Наукова новизна здобутих результатів. Вперше була проведена диференційна діагностика розладів, пов'язаних зі стресом з порушеннями сну у межах ПТСР та розладів адаптації у групах осіб з однаковим типом психотравмівної події в анамнезі, пов'язаними з військовими подіями з початку повномасштабного вторгнення. Вперше було проаналізовано диференційований підхід до діагностики розладів, пов'язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну за посттравматичними кластерами симптомів згідно різних актуальних сучасних класифікацій. Зокрема, також виокремлено статистично відмінні результати на однорідній вибірці підгрупи жінок молодшої вікової групи. Також було детально оцінено психодіагностичний компонент запропонованого психометричного інструментарію, як важливий елемент в умовах дистанційного втручання, шляхом валідизації україномовних версій шкал на презентативній вибірці. Отже, усі завдання дослідження успішно виконані, а його мета досягнута.

Ключові слова: розлади пов'язані зі стресом, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психотравма, стрес-асоційовані розлади, розлади адаптації, травматичний стрес, гостра реакція на стрес, порушення сну, діагностичний алгоритм, війна, тривога, депресія, алекситимія, дистанційний менеджмент, якість життя.

ABSTRACT

Kohut A.O. Remote management algorithm for stress-related disorders associated with concomitant sleep disturbances in War conditions. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 “Medicine” (22 – Health Care). O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2025.

The relevance of the implementation of standardized diagnostic and therapeutic protocols is based on the need to systematize approaches to the diagnosis of patients with stress-induced disorders. At the same time, the specific context of the war in Ukraine requires the adaptation of modern classifications to current conditions. Therefore, the development of new management strategies and diagnostic algorithms taking into acКіл. the biopsychosocial model is a critically important direction for optimizing medical care and improving the quality of life of patients in modern realities.

The aim of the study is to optimize the management of patients with stress-related disorders due to military events, with concomitant sleep disorders, based on studying the characteristics of comparison groups, and by improving the algorithm for remote curation of patients in martial law.

Research objectives:

- To develop an integrative interdisciplinary clinical-diagnostic and medical-prophylactic algorithm for remote management of patients with stress-related disorders and concomitant sleep disorders in martial law.
- To investigate the diagnostic component of this algorithm based on the obtained statistical results in comparison groups.
- To propose differentiated principles of further intervention, depending on the nosological affiliation.

- To optimize the principles of organizing the further process of patient management by improving the algorithm and forming targets for further remote intervention.

111 people from the total sample were included, among whom 76.5% were women and 23.5% were men. Participants were assessed on the PCL-5 scale for the severity of individual PTSD symptoms and divided into two groups according to clinical criteria. The first group (G1) met the criteria for adjustment disorders that did not meet the diagnostic criteria for PTSD (N = 66; V% = 59.5%), while the second group (G2) met the diagnostic criteria for PTSD (N = 45; V% = 40.5%). This division made it possible to compare in more detail the features of posttraumatic symptoms with concomitant sleep disorders in the corresponding categories according to nosologies.

In order to conduct a comprehensive psychodiagnostic assessment of the mental status of the study participants, standardized Ukrainian-language questionnaires were used, including: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) to assess depressive symptoms, Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-7 (GAD-7) to determine the level of anxiety, PTSD Symptom Checklist for DSM-5 (PCL-5), Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (PSQQ), Toronto Alexithymia Scale (TAS-26), as well as the Quality of Life Scale (CQLS), developed under the editorship of Prof. Chaban. Statistical analysis includes descriptive statistics and Pearson correlation methods, which was conducted using SPSS Statistics 23.0 software.

Research results:

Among the total sample, sleep quality disorders had — 100%; depression — 50.5%; anxiety — 78%; PTSD — 40.5%; alexithymia — 49.5%; quality of life level below average — 86%.

Strong, significant positive relationships by Pearson correlation analysis were found between the indicators: PTSD, depression, anxiety, alexithymia, sleep disorders and age ($p>0.001$). And in particular, taking medications with: anxiety, latency and sleep duration ($p>0.01$).

Strong negative relationships were found with the indicators of the level of quality of life: ($p>0.001$); and in particular, quality of life with latency ($p>0.01$), sleep duration, daytime activity disorders and age ($p>0.05$).

G2 had statistically higher levels of indicators compared to G1 according to the results of the scales: PTSD by PCL-5, sleep disorders by PSQQ, depression by PHQ-9, anxiety by GAD-7, alexithymia by TAS-26 and lower indicators of quality of life by CQLS. And statistically significant indicators clearly demonstrate a clear correspondence of the numerical indicators of the scales and subscales by the levels of symptom manifestations in the scores by comparison groups.

The assessment of the internal consistency of the scales used, carried out on the basis of statistical analysis, showed a high level of reliability: the Cronbach's alpha index was 0.842 for the PHQ-9, 0.881 for the GAD-7, and 0.954 for the PCL-5 when analyzing all 20 items. Additionally, internal consistency was determined for individual subscales of PTSD symptom clusters: intrusiveness (0.891), avoidance (0.779), negative reaction (0.893), and hyperreactivity (0.852).

The results of the analysis revealed a strong positive correlation between the total scores of PHQ-9, GAD-7 and PCL-5, as well as their subscales, which reached the level of statistical significance $p>0.001$. This indicates a high level of convergent validity of the above scales. The obtained data emphasize their importance in the process of diagnosing stress-related disorders, concomitant sleep disorders and allow for a more accurate assessment of the mental state of patients. Analysis of the obtained data showed significant differences between G1 and G2, in particular higher indicators in G2 on the scales: PCL-5 (PTSD symptoms), PSQQ (sleep disorders), PHQ-9 (depression), GAD-7 (anxiety), TAS-26 (alexithymia) and CQLS (reduced quality of life). Based on the obtained results, important connections were established between the level of symptomatology: individual post-traumatic clusters, sleep disorders, anxiety-depressive manifestations, as well as alexithymia and a low level of quality of life. This indicates an increased risk of symptom progression and long-term maladaptation in the future.

The results obtained confirmed the high psychometric value of the scales used in the diagnosis of stress-related disorders and sleep disorders. The proposed psychodiagnostic algorithm allows for effective assessment of symptoms, differentiated grouping of patients and justification of the need for individual approaches to their management in accordance with the nosological affiliation.

Scientific novelty of the obtained results. For the first time, differential diagnosis of stress-related disorders with sleep disorders within PTSD and adaptation disorders was carried out in groups of individuals with the same type of psychotraumatic event in the anamnesis, associated with military events since the beginning of the full-scale invasion. For the first time, a differentiated approach to the diagnosis of stress-related disorders with concomitant sleep disorders was analyzed according to post-traumatic symptom clusters according to various current modern classifications. In particular, statistically different results were also identified in a homogeneous sample of a subgroup of women of the younger age group. The psychodiagnostic component of the proposed psychometric toolkit was also evaluated in detail as an important element in the context of remote intervention, by validating the Ukrainian-language versions of the scales on a representative sample. Thus, all the objectives of the study were successfully completed, and its goal was achieved.

Keywords: stress-related disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), psychotrauma, stress-associated disorders, adaptation disorders, traumatic stress, acute stress reaction, sleep disorders, diagnostic algorithm, war, anxiety, depression, alexithymia, remote management, quality of life.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Когут А. Особливості посттравматичних розладів із супутніми порушеннями сну серед жінок молодшого віку внаслідок військових подій. PMGP [інтернет]. 9(3). доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/514

2. Когут А. Особливості розвитку розладів, пов'язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну внаслідок військових подій. PMGP [інтернет]. 9(4) доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/569

3. Когут А, Чабан О. Психодіагностична оцінка використання шкал PCL-5, PHQ-9 та GAD-7 при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну. PMGP [інтернет]. 10(1). доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Kohut, A. O., Chaban, O. S., Dolynskyi, R. G., Sandal, O. S., Bursa, A. I., Bobryk, M. I., & Vertel, A. V. (2022). THE FEATURES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS 2 TYPE. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960), 75(8 pt 1), 1903–1907. https://doi.org/10.36740/WLek202208115
2. Kohut, A. (2024). Emotional dysregulation and low sleep quality as risk factors for stress-related disorders development due to the War psychotrauma. Neuroscience Applied, 3(Suppl. 2), 105349.
3. Kohut, A. (2023). The role of alexithymia and sleep disturbances in young women with traumatic stress as military events result. Neuroscience Applied, 2(Suppl. 2), 103600.
4. Kohut, A., Dolinskyi, R., & Leshchuk, I. (2022). Psychosomatic aspects of post-traumatic stress disorder development in patients with type 2 diabetes. Psychosomatic Medicine and General Practice, 7(2).

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ 2

ABSTRACT.....6

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....10

ЗМІСТ.....11

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....13

ВСТУП 14

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Визначення, особливості та критерії класифікації розладів, пов’язаних зі стресом.....19

1.2. Діагностичні критерії для розладів, пов’язаних зі стресом, оцінка та інструменти.....26

Висновки до першого розділу.....28

РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ, МЕТОДІВ ТА СТАТИСТИЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ…….....29

2.1. Дизайн, матеріали та методи дослідження.....29

2.2. Статистична обробка результатів дослідження……...33

Висновки до другого розділу.....85

РОЗДІЛ 3. АЛГОРИТМ ДИСТАНЦІЙНОЇ КУРАЦІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ, ПОВ’ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ТА СУПУТНІМИ ПОРУШЕННЯМИ СНУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ……86

3.1. Оцінка психодіагностичного алгоритму курації при розладах, пов’язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну.....86

3.2. Оптимізація принципів організації подальшого процесу ведення пацієнтів та формування мішеней для дистанційного втручання…….....87

Висновки до третього розділу 90

ВИСНОВКИ.....91

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....93

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 94

ДОДАТОК А.....108

ДОДАТОК Б…….109

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

СОЗ – Система охорони здоров'я

ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

DSM – Diagnostic and Statistics Manual

DSM-5 – Діагностичний і статистичний посібник психічних розладів, 5-е видання

PHQ-9 – Опитувальник здоров’я пацієнта

GAD-7 – Опитувальник оцінки генералізованого тривожного розладу

PCL-5 – Контрольний список симптомів ПТСР за DSM-5

PSQQ – Піттсбурзький опитувальник якості сну

TAS-26 – Торонтська шкала алекситимії;

CQLS – Шкала якості життя (за ред. проф. Чабана).

Me – медіана.

p – значення імовірності.

Q – квантиль.

r – коефіцієнт кореляції.

SD – стандартне відхилення.

SE – стандартна похибка.

t – критерій Стьюдента.

α – альфа Кронбаха.

μ – середнє значення.

χ2 – критерій Пірсона.

ДІ – довірчий інтервал.

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Актуальність впровадження стандартизованих діагностичних та терапевтичних протоколів ґрунтується на необхідності систематизації підходів до діагностики пацієнтів із стрес-індукованими розладами. Водночас, специфічний контекст війни в Україні потребує адаптації сучасних класифікацій до актуальних умов. Отже, розробка новітніх стратегій менеджменту та діагностичних алгоритмів із урахуванням біопсихосоціальної моделі є критично важливим напрямом для оптимізації медичної допомоги та покращення якості життя пацієнтів у сучасних реаліях.

Метою дослідження є оптимізація ведення пацієнтів із розладами, пов’язаними зі стресом, внаслідок військових подій, із супутніми порушеннями сну, на основі вивчення особливостей груп порівняння, і шляхом удосконалення алгоритму дистанційної курації пацієнтів в умовах військового стану.

Завдання дослідження:

1. Розробити інтегративний міждисциплінарний клініко-діагностичний та медико-профілактичний алгоритм дистанційного менеджменту пацієнтів із розладами, пов’язаними зі стресом та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану.
2. Дослідити діагностичну складову даного алгоритму за отриманими статистичними результатами у групах порівняння.
3. Запропонувати диференційовані принципи подальшого втручання, в залежності від нозологічної приналежності.
4. Оптимізувати принципи організації подальшого процесу ведення пацієнтів шляхом удосконалення алгоритму та формування мішеней для подальшого дистанційного втручання.

Об'єкт дослідження: розлади, пов'язані зі стресом, внаслідок військових подій, із супутніми порушеннями сну.

Предмет дослідження: діагностичні відмінності при розладах, пов'язаних зі стресом, внаслідок військових подій, із супутніми порушеннями сну.

Тип дослідження – крос-секційне обсерваційне.

Методи дослідження: клінічний, соціально-демографічний, психодіагностичний, статистичний.

Методи статистичної обробки даних. Аналіз даних відбувався у статистичному пакеті IBM SPSS 23.0. У якості описової статистики використовувалось середнє значення, кількість осіб у відповідних групах та їх відсоток від загальної сукупності. Для числових шкал також були виведені похибка середнього, стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення. Для змінних, які не мали нормального розподілу були додатково розраховані значення медіани. Метою цього аналізу є визначення, чи є значна різниця між середніми значеннями груп. Для виміру взаємозв'язку між змінними, вказаними у наших гіпотезах, проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона.

Наукова новизна здобутих результатів. Вперше була проведена диференційна діагностика розладів, пов'язаних зі стресом з порушеннями сну у межах ПТСР та розладів адаптації у групах осіб з однаковим типом психотравмівної події в анамнезі, пов'язаними з військовими подіями з початку повномасштабного вторгнення. Вперше було проаналізовано диференційований підхід до діагностики розладів, пов'язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну за посттравматичними кластерами симптомів згідно різних актуальних сучасних класифікацій. Зокрема, також виокремлено статистично відмінні результати на однорідній вибірці підгрупи жінок молодшої вікової групи. Також було детально оцінено психодіагностичний компонент запропонованого психометричного інструментарію, як важливий елемент в умовах дистанційного втручання, шляхом валідизації україномовних версій шкал на презентативній вибірці.

Практичне значення отриманих результатів. Теоретичні положення дисертаційної роботи використовуються в навчальному та лікувально-

діагностичному процесі на кафедрах та клінічних базах Навчально-наукового інституту психічного здоров’я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проведені дослідження мають теоретичне та практичне значення в міждисциплінарному аспекті не лише для психіатрії, а й у інших галузях медицини та соціальної допомоги для фахівців різного профілю.

Публікації. Результати дослідження опубліковано у 7 наукових працях (Додаток А), з них: 1 стаття у зарубіжних виданнях, що входить до наукометричної бази даних Scopus, 3 статей у фахових виданнях України, 3 тези у матеріалах науково-практичних конференцій у зарубіжних виданнях або фахових виданнях України.

Апробація результатів. Дослідження також включало активну апробацію отриманих результатів через представлення їх на науково-практичних конференціях, обговорення в професійних спільнотах та публікацію матеріалів у рецензованих наукових виданнях. Основні положення дослідження були представлені у стендових доповідях, пройшли обговорення та отримали схвалення в ході всеукраїнських і міжнародних науково-практичних конференцій, серед яких:

1. III Конгрес з міжнародною участю «ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА XXI СТОЛІТТЯ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ». Психосоматичні аспекти виникнення посттравматичного стресового розладу у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу. Київ, 4-6 листопада 2022.
2. V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика». 21-22 квітня 2023. Психосоматичні аспекти взаємозв'язку та ролі стресу і якості сну при його порушеннях.
3. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Травми війни. Мультимодальний підхід в стаціонарному лікуванні». 21-22 червня 2024 . Основи взаємозв'язку між стресом і порушеннями якості сну.

4. 36th ECNP Congress. Barcelona, Spain. 7-10 October 2023. The role of alexithymia and sleep disturbances in young women with traumatic stress as military events result.
5. 37th ECNP Congress. Milan, Italy. 21-24 September 2024. Emotional dysregulation and low sleep quality as risk factors for stress-related disorders development due to the War psychotrauma.

Впровадження результатів дослідження. Результати дослідження впроваджено у клінічну роботу Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1. Акт впровадження від 10.03.2025.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею здобувача. З науковим керівником даного дисертаційного дослідження було узгоджено напрямок наукової роботи. Автором було особисто визначено мету, методи та завдання дослідження, розроблений дизайн дослідження, виконано теоретичний аналіз проблеми на основі огляду літературних джерел, здійснено відбір пацієнтів для участі у дослідженні, проведено психодіагностичне обстеження пацієнтів, обробку та статистичний аналіз результатів дисертаційного дослідження, сформульовано висновки та практичні рекомендації. Усі подані в дисертаційному дослідженні наукові результати було отримано автором самостійно. Всі розділи дисертації були написані автором особисто. Дисертантом були оформлено статті, наукові доповіді та тези по темі дисертаційного дослідження. Всі наукові праці, що були опубліковані у співавторстві, у даному дисертаційному досліджені описано ідеї, результати, розробки, положення та пропозиції, що належать автору та становлять його індивідуальний внесок в такі праці. Здобувач є першим автором виключно всіх робіт. Більшість робіт — виконані одноосібно без залучення співавторів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому

від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)», що проводиться на кафедрі медичної психології психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (державний реєстраційний номер: 0122U202016).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена українською мовою на 109 сторінках друкованого тексту, що включає: анотацію, вступ, 3 розділи власних досліджень здобувача, висновки, практичні рекомендації. Список використаних джерел містить 117 найменувань. Робота містить 26 таблиць, 10 рисунків та має 2 додатки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Визначення, особливості та критерії класифікації розладів, пов’язаних зі стресом.

В умовах військового стану в Україні, відзначається істотне зростання рівня психосоціальних ризиків, що негативно позначаються на психічному здоров'ї населення [1-10]. Сукупний ефект цих факторів, разом із соціально-економічними аспектами та змінами у способі життя, зумовлює необхідність поглибленого дослідження стресових розладів та їх асоційованих порушень, зокрема розладів сну та емоційної регуляції, таких як алекситимія [10-15]. Особливо вразливими залишаються пацієнти з психоневрологічними захворюваннями, що визначає потребу у високоякісній медичній та соціальній підтримці в умовах військового стану, де дистанційні методи супроводу можуть бути оптимальним рішенням [15-20].

Отже, всебічне дослідження кореляцій між стрес-індукованими розладами, порушеннями сну та супутніми психічними проявами є необхідним для вдосконалення методів діагностики, лікування та супроводу пацієнтів у військових умовах України. Такий підхід сприятиме розробці ефективних стратегій медичної допомоги та покращенню якості життя пацієнтів [21-30].

В умовах тривалого впливу військового дистресу та затяжних наслідків пандемії COVID-19 особливої актуальності набуває детальне дослідження розладів, пов'язаних зі стресом, у поєднанні із супутніми порушеннями. Найбільш вразливими є групи населення з наявними хронічними та коморбідними захворюваннями, а також тяжкими станами, що негативно позначаються на фізичній активності та загальній якості життя [30-35].

Критерії класифікації за МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5 [1-11].

МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду) класифікує розлади, пов’язані зі стресом, у розділі F43. До них належать ПТСР (F43.1), гострий стресовий розлад (F43.0) та адаптаційні розлади (F43.2) [3, 7].

МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду) включає більш детальну класифікацію розладів, пов’язаних зі стресом. ПТСР (6B40) та комплексний ПТСР (6B41) виділені окремо, що дозволяє більш точно діагностувати та лікувати ці стани [2, 8].

DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання) класифікує розлади, пов’язані зі стресом, у розділі “Травматичні та стресові розлади”. До них належать ПТСР (309.81), гострий стресовий розлад (308.3) та адаптаційні розлади (309.9) [1,9,11].

У МКХ-10 розлади, пов’язані зі стресом, входять до Класу V: Розлади психіки та поведінки і класифікуються в межах блоку F40-F48—невротичних, пов’язаних зі стресом та соматоформних розладів [3, 7].

Основні категорії:

- F43.0 Гостра реакція на стрес—короткочасний стан, що виникає у відповідь на екстремальний стресовий фактор.
- F43.1. ПТСР.
- F43.2 Розлад адаптації—емоційні та поведінкові порушення, що виникають у відповідь на значні життєві зміни або стресові події.

У **DSM-5** розлади, пов’язані зі стресом, входять до категорії "Розлади, пов’язані з травмою та стресовими чинниками" [1,9,11].

Вони включають:

- **Гострий стресовий розлад (ASD)**—короткочасна реакція на травматичну подію, що триває до **1 місяця**.

- **ПТСР** —розлад, що виникає після травматичної події, з **нав’язливими спогадами, униканням та гіперзбудженням**.
- **Розлад адаптації**—емоційні та поведінкові порушення, що виникають у відповідь на **значні життєві зміни або стресові події**.
- **Реактивний розлад прив’язаності (RAD)**—розлад, що виникає у дітей через **недостатню емоційну підтримку** в ранньому віці.
- **Дезінгібований соціальний розлад (DSED)**—патологічна соціальна поведінка у дітей, що виникає через **недостатню прив’язаність.**

РОЗЛАДИ, СПЕЦИФІЧНО ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ ЗА МКХ-11 (БЛОК L1-6B4)

Розлади, специфічно пов'язані зі стресом, мають пряме відношення до дії стресогенної або травмуючої події, або серії таких подій, або переживання травматичного досвіду [2]. До кожного розладу цієї групи наявність встановленого стресора є обов'язковим, але недостатнім причинним фактором. Хоча і не у всіх осіб, які зазнали впливу стресора, розвинеться патологічний стан, розлади, об'єднані в даному розділі, не виникають без впливу стресора. Стресогенні події для деяких розладів із цієї групи не виходять за рамки звичайних життєвих ситуацій [8]. Для інших розладів потрібен вплив стресора надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру. Всі розлади цього розділу відрізняє те, що симптоми за своїм походженням, проявами та тривалістю, а також пов'язані з ними порушення функціонування, виникають лише у відповідь на стресові події [2, 8].

Виключається: •• Вигорання (QD85) •• Гостра стресова реакція** (QE84)

6B40 **ПТСР** може розвинутись після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру. Воно характеризується наявністю всіх наступних ознак:

1) повторне переживання в даний час травмуючої події або кількох подій у формі яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або жахливих сновидінь. Повторне переживання може бути представлене в одній або декількох сенсорних модальностях і зазвичай супроводжується сильними або цілком охоплюючими емоціями, зокрема, такими як страх або жах, і вираженими фізичними (тілесними) відчуттями;

2) уникнення думок та спогадів про подію або події, або уникнення діяльності, ситуацій або людей, що нагадують про подію (події);

3) постійне почуття поточної підвищеної загрози, на що, наприклад, може вказувати наднастороженість або підвищена реакція здригання на такі подразники, як раптові гучні звуки. Симптоми зберігаються принаймні протягом декількох тижнів і викликають значні порушення в особистій, сімейній, соціальної, навчальної, професійної або інших важливих сферах функціонування.

Виключається: •• Гостра стресова реакція (QE84) •• Ускладнене посттравматичне стресове розлад (6B41) .

Ускладнений посттравматичний стресовий розлад 6B41 - це розлад, який може розвинутися після впливу події чи серії подій надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру. Найчастіше це тривалі чи повторювані події, які важко чи неможливо уникнути. Виконуються всі діагностичні вимоги до ПТСР. Крім того, ускладнене ПТСР характеризується такими важкими і стійкими проявами, як: проблеми в регуляції афекту, у підтримці стосунків та у переживанні почуття близькості до інших людей. Ці симптоми викликають значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Виключається: •• Посттравматичний стресовий розлад (6B40).

Розлади адаптації класифікуються в МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5, кожна з яких має свої особливості [1-9]:

МКХ-10 (F43.2 – Розлад адаптації) [3, 7].

- Включає емоційні та поведінкові симптоми, що виникають у відповідь на значні життєві зміни або стресові події.
- Симптоми можуть проявлятися у вигляді тривожності, депресії або порушень поведінки.
- Тривалість розладу—до 6 місяців після припинення дії стресового фактора.

МКХ-11 (Блок L1-6B4 – Розлади, специфічно пов’язані зі стресом) [2, 8].

- Включає гостру стресову реакцію, ПТСР та розлад адаптації.
- Визначає розлади як наслідок впливу стресогенної або травмуючої події.
- Симптоми можуть включати емоційні порушення, когнітивні зміни та поведінкові реакції.

DSM-5 (Розлад адаптації) [1,9,11].

- Визначається як емоційна або поведінкова реакція на стресовий фактор, що перевищує очікувану адаптацію.
- Симптоми можуть включати депресивний, тривожний або змішаний тип.
- Важливий критерій—порушення соціального або професійного функціонування.

Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може виникати в осіб, які пережили або були свідками травматичної події або були пов'язані з ними, такі події включають: військові дії, дорожньо-транспортні пригоди, насильство різного характеру, захоплення заручників, терористичні атаки, тортури, стихійні лиха чи епідемії [10-12]. ПТСР є тригерним фактором погіршення фізичного

здоров’я з коморбідними супутніми захворюваннями та іншими ускладненнями. Поширеність ПТСР сильно варіюється серед різних груп населення [13-14]. Одного впливу травматичної події недостатньо для встановлення діагнозу ПТСР. Отже, оцінка психічного стану повинна здійснюватися інтегративним шляхом, включаючи: основні групи симптомів, вплив інших станів, пов’язаних із травмою, суїцидальна поведінка, тощо. Це має безпосередній вплив на розвиток ПТСР, і важливо розуміти значення цих процесів у діагностиці та лікуванні посттравматичної психопатології [15-16].

ПТСР є тригерним фактором погіршення фізичного здоров’я, включно з його зв’язком із тривалими супутніми захворюваннями. Рівень захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення в усьому світі, пов’язаних із підвищеним рівнем тривоги та стресу, зростає, особливо серед військових. Прогнозується, що найближчим часом лікування таких станів, викличе багато питань щодо вирішення цих проблем у різних системах охорони здоров’я [17-18].

Однак одного тільки впливу травматичної події недостатньо для визначення факту та діагнозу посттравматичного стресового розладу, який є неоднорідним, тому оцінити всі 20 симптомів посттравматичного стресового розладу в умовах обмеженого часу лікування може бути серйозною проблемою. Існує нагальна потреба покращити якість доступу до психіатричної допомоги та наявність коштів для короткої та точної оцінки та ідентифікації осіб, які були в групі ризику виникнення, для вимірювання факту та рівня тяжкості симптомів [19-20].

Наукові дослідження підтверджують існування прямого зв’язку між симптомами ПТСР та порушеннями якості сну [21]. Водночас значні відмінності у діагностичних підходах до класифікації розладів, пов’язаних зі стресом, зокрема окремих кластерів симптомів ПТСР, ускладнюють детальний аналіз взаємозв’язків між порушеннями сну, рівнем тривоги та депресії, алекситимією та якістю життя у групах порівняння [22-23].

Доведено тісний взаємозв’язок між симптомами ПТСР та розладами сну, зокрема порушенням якості сну, рівнем тривоги та депресивної симптоматики, а також алекситимії [24-27]. Водночас, існуючі відмінності у класифікації стрес-індукованих розладів залишають мало дослідженим питання їх кореляції з компонентами порушення сну та коморбідними психічними станами [28-30]. Важливим чинником є також кратність та тривалість впливу травматичних подій, що може спричиняти розвиток порушень сну, таких як інсомнія, кошмари чи загальна фрагментація сну [31-36].

Висока поширеність безсоння серед осіб з ПТСР підтверджує глибокий нейробіологічний зв’язок між травматичним стресом та функціонуванням системи регуляції сну [37-42]. Зокрема, виявлено, що порушення фаз швидкого сну сприяє формуванню стресових реакцій та зростанню симптоматики ПТСР [43-45]. Двосторонній зв’язок між розладами сну та посттравматичним стресом свідчить про їхню взаємну участь у механізмах психопатології та потенційну роль як предикторів майбутніх ускладнень [46-49].

Нейробіологічні механізми регуляції сну відіграють ключову роль у формуванні емоційної реактивності [50-54]. Порушення фаз швидкого сну можуть спричиняти погіршення здатності мозку модулювати негативні емоції та відновлювати адаптивні нейронні мережі [55-58]. Доведено зв’язок між низькою якістю сну та високою вираженістю симптомів ПТСР, що особливо характерно для осіб із порушенням емоційної регуляції [59-63]. Крім того, ранні розлади сну, що виникають після психотравми, можуть підвищувати ризик хронізації симптомів ПТСР, зокрема при відсутності ефективних механізмів емоційного відновлення [64-69].

Залишається недостатньо вивченим питання впливу алекситимії на посттравматичну симптоматику, особливо в контексті її прояву як особистісного чинника або реакції на травматичний досвід [70-72]. Важливим аспектом є також значення правильної емоційної регуляції у процесах когнітивної обробки психотравмуючих подій [73-75].

1.2. Діагностичні критерії для розладів, пов'язаних зі стресом, оцінка та інструменти.

Значна кількість досліджень показала, що окремі кластери симптомів ПТСР корелюють з нейробіологічними процесами в мозку людини. Це має безпосередній вплив на розвиток ПТСР, і важливо розуміти значення цих процесів у діагностиці та лікуванні посттравматичної психопатології. ПТСР є поширеним хронічним захворюванням з високою психічною захворюваністю, проте більшість мають потім ремісію [17-21]. У DSM-5 відображено в змінах, які враховують різні клінічні фенотипи ПТСР [9].

Попередні дослідження показали, що залежно від цільової популяції функціонування багатьох показників стресових розладів та їхні психометричні властивості змінюються, а також до лікування та після нього. Існує величезна різниця в діагностичних описах ПТСР у DSM-5 і запропонованій МКХ-11 [1-10].

Для діагностики **посттравматичного стресового розладу (ПТСР)** використовуються кілька валідних інструментів [76-86]:

Стандартизовані опитувальники

- **PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)**—самооцінювальний опитувальник для скринінгу та моніторингу симптомів ПТСР [76-78].
- **IES-R (Impact of Event Scale-Revised)**—оцінює рівень психологічного впливу травматичної події.
- **ОС ПТСР (Опитувальник скринінгу ПТСР)**—адаптований для української популяції інструмент для оцінки наслідків травматичного стресу.

Клінічні інтерв'ю

- **CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)**—золотий стандарт для діагностики ПТСР, що оцінює частоту та інтенсивність симптомів [79-80].

- **SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5)**—структуроване інтерв'ю для діагностики психічних розладів, включаючи ПТСР

Шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)—це інструмент самооцінки для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв DSM-5 [76-78].

Основні характеристики PCL-5:

- **20 пунктів**, що оцінюють наявність та інтенсивність симптомів ПТСР.
- Використовується для **скринінгу**, **моніторингу змін** у симптомах та **попередньої діагностики**.
- Оцінка проводиться за **п'ятибальною шкалою** (від "зовсім ні" до "дуже сильно").
- Заповнення займає **5-10 хвилин**.

Структура шкали:

PCL-5 охоплює **чотири основні кластери симптомів** ПТСР:

1. **Нав'язливі спогади** (наприклад, флешбеки, повторювані думки).
2. **Уникання** (відмова від думок, місць, людей, що нагадують про травму).
3. **Негативні зміни у когніціях та настрої** (почуття провини, негативні переконання про себе та світ).
4. **Гіперзбудження** (дратівливість, проблеми зі сном, підвищена пильність).

Висновки до першого розділу.

Проведений теоретико-методологічний аналіз, систематизування інформації з наукових джерел та контент-аналіз, які описані в даному розділі, дозволяють сформулювати наступні висновки:

- Діагностичні критерії для розладів, пов’язаних зі стресом, включають наявність травматичної події, симптоми повторного переживання, уникання, негативні зміни у настрої та когнітивних функціях, а також підвищену збудливість. Для оцінки використовуються різні інструменти, такі як CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5), PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) та IES-R (Impact of Event Scale-Revised).
- Значним науковим інтересом є дослідження кореляцій між симптомами ПТСР та порушеннями базових механізмів циклу сну-неспання, включаючи циркадні ритми та функціонування біологічного годинника. Важливим є також аналіз тривожно-депресивних проявів, алекситимії та характеристик якості життя, які можуть виступати безпосередніми наслідками психотравматичних подій.
- Розбіжності у діагностичних підходах до класифікації стресових розладів, зокрема окремих кластерів симптомів ПТСР, вказують на недостатню кількість досліджень щодо взаємозв’язку між порушеннями сну, тривожно-депресивними симптомами, алекситимією та якістю життя з урахуванням багатовекторного впливу зовнішніх і внутрішніх факторів. нічні жахіття корелюють із підвищеним рівнем тривоги та депресивних станів.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ, МЕТОДІВ ТА СТАТИСТИЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн, матеріали та методи дослідження.

Дослідження проводилося в рамках виконання дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії, тематика якої присвячена розробці алгоритму дистанційної курації пацієнтів із розладами, пов'язаними зі стресом, та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану. Робота виконувалася на базі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Дисертаційне дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)», що проводиться на кафедрі медичної психології психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (державний реєстраційний номер: 0122U202016). Додаткові ризики, враховуючи відсутність втручання у процес лікування пацієнтів — малоймовірні.

Комісія з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця зробила висновок, що дослідження Когут Анни Олесівни «Алгоритм дистанційної курації при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану» не містить підвищеного ризику для суб'єктів дослідження та виконано з урахуванням існуючих біоетичних норм та наукових

стандартів щодо проведення клінічних досліджень із залученням пацієнтів. Згідно з експертним висновком Комісії з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця, заперечень щодо подання матеріалі дисертації до захисту немає (протокол засідання від 24.02.2025 року, № 192).

Процес дослідження включав кілька ключових етапів:

- Підготовчий етап, у межах якого здійснювався аналіз наукової літератури з проблематики, формулювалися цілі та завдання дослідження, а також обиралися відповідні методи збору та аналізу даних.
- Емпіричний етап, що передбачав проведення дослідження серед цільової вибірки, використання психодіагностичних методик та математико-статистичних методів аналізу отриманих даних.
- Аналітичний етап, у рамках якого здійснювалася обробка, систематизація та інтерпретація отриманих результатів, розробка наукових висновків та їх апробація.
- Актуальним клінічним завданням, яке було науково обгрунтовано та практично вирішено в дисертаційній роботі є оптимізація ведення пацієнтів із розладами, пов’язаними зі стресом, внаслідок військових подій, із супутніми порушеннями сну, на основі вивчення особливостей груп порівняння, і шляхом удосконалення алгоритму психодіагностичної дистанційної курації пацієнтів в умовах військового стану, із врахуванням усіх актуальних факторів та ризиків надання допомоги фахівцями, із метою формування найбільш оптимальних заходів для надання допомоги із застосуванням сучасних технологій. Вперше було проаналізовано та вивчено особливості взаємозв'язку між впливом психосоціальних та особистісних факторів та показниками окремих кластерів посттравматичних симптомів та окремих компонентів порушення якості сну із відповідним рівнем тривожно-депресивної симптоматики, алекситимії та якості життя. Особистий внесок здобувача: проведено

контент-аналіз, самостійно сформульовано мету і завдання дослідження, опрацьовано результати, визначено методи дослідження, здійснено набір пацієнтів, виконано практичну частину дослідження, написано всі розділи дисертації, зроблена систематизація, інтерпретація, аналіз та узагальнення результатів, сформульовано висновки та практичні рекомендації. Дисертантом самостійно підготовлені виступи на наукових форумах, опубліковані наукові роботи, самостійно оформлена дисертаційна робота.

- Достовірність і надійність отриманих наукових результатів ґрунтуються на комплексному методологічному та теоретичному обґрунтуванні вихідних даних, застосуванні методів дослідження, які відповідають предмету, меті й завданням наукової роботи, репрезентативності вибірки, інтеграції кількісного та якісного аналізу отриманих результатів. Крім того, валідність висновків забезпечувалася одночасним використанням кількох психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку єдиного конструкта, а також застосуванням математико-статистичних методів для обробки даних.

Особливості вибірки учасників

На початковому етапі, за допомогою методів телемедицини, до дослідження були включені 141 учасник, які мали досвід перенесеного травматичного стресу, пов’язаного з військовими подіями, із тривалістю впливу більше одного місяця без ремісії, а також супутніми порушеннями сну. На подальшому етапі, відповідно до критеріїв включення та виключення, фінальна вибірка складала 111 осіб.

Критерії включення:

- вік від 18 років
- підтверджена згода на участь у дослідженні
- наявність в анамнезі травматичного стресу із супутніми порушеннями сну

Критерії виключення:

- не відповідають критеріям включення
- не було отримано усіх необхідних даних у ході дослідження
- встановлений діагноз не відповідає нозології, що входить до розділу “розладів, пов’язаних зі стресом” за МКХ-10 або є супутнім діагнозом чи ускладненням

Дизайн дослідження та методологія

Проведене дослідження має крос-секційний обсерваційний дизайн. Вибірка сформована відповідно до чітко визначених критеріїв включення, які передбачали участь осіб, що перенесли травматичний стрес, супроводжуваний порушеннями сну, з однаковим типом психотравмівної події, пов’язаної з військовими діями. Перед початком роботи була проведена біоетична експертиза, за результатами якої отримано позитивний висновок.

Збір даних здійснювався за допомогою телемедичних засобів, зокрема шляхом заповнення учасниками індивідуальних електронних форм після проходження процедури відбору відповідно до критеріїв включення/виключення. Усі отримані дані є суворо анонімними та зібрані за наявності інформованої згоди.

Методи дослідження

У межах дослідження застосовано соціально-демографічні, психодіагностичні, клінічні та статистичні методи. Аналіз проводився на основі таких україномовних психодіагностичних інструментів:

- **PHQ-9** – Опитувальник здоров’я пацієнта [87-94];
- **GAD-7** – Опитувальник генералізованого тривожного розладу [95-99];
- **PCL-5** – Контрольний список симптомів ПТСР (DSM-5);
- **PSQQ** – Піттсбурзький опитувальник якості сну;
- **TAS-26** – Торонтська шкала алекситимії [100];
- **CQLS** – Шкала якості життя (за ред. проф. Чабана).

Дані інструменти вже використовувалися й апробовувалися здобувачем за результатами попередніх досліджень [101-117].

2.2. Статистична обробка результатів дослідження.

Результати дослідження

Загальна вибірка **N=111** відповідала критеріям включення. Основні демографічні характеристики:

- Стать: чоловіки – 23.4%, жінки – 76.6%;
- Вік: 18–25 років – 70.3%, 26–44 роки – 12.6%, 45–60 років – 15.3%, понад 60 років – 1.8%;
- Освітній рівень: середня освіта – 0.9%, неповна вища/студент – 67.6%, бакалавр – 8.1%, магістр/спеціаліст – 20.7%, науковий ступінь – 2.7%;
- Зловживання тютюном – 33.3%, періодичне вживання алкоголю – 46.8%;
- Наявність хронічних захворювань – 41.4%, медикаментозна терапія – 15.3%.

Психопатологічні показники

- Депресія – 50.5%;
- Тривожний розлад – 78%;
- Порушення якості сну – 100%;
- Субклінічні симптоми ПТСР – 40.5%;
- Алекситимія – 49.5%;
- Знижений рівень якості життя – 86%.

Гендерний розподіл показав, що чоловіки складали 23,4%, а жінки — 76,6% (див. Рис. 2.1).

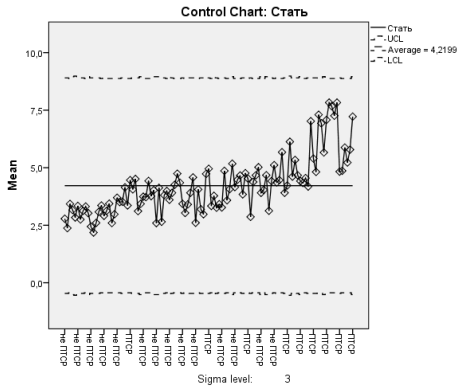

Рис. 2.1. Контрольний графік за змінною статі.

Вікові категорії розподілилися наступним чином: 18–25 років — 70,3%, 26–44 роки — 12,6%, 45–60 років — 15,3%, понад 60 років — 1,8%. (див. Рис. 2.2).

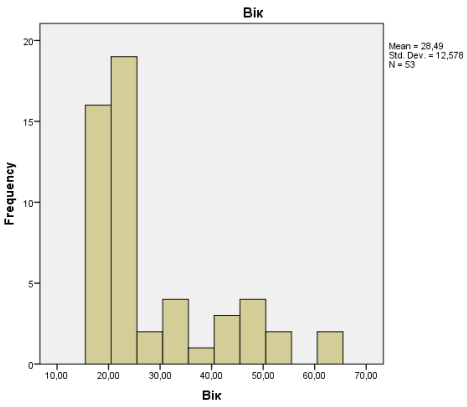

Рис. 2.2. Контрольний графік за змінною віку.

За рівнем освіти: середня — 0,9%, неповна вища/студент — 67,6%, бакалавр — 8,1%, магістр/спеціаліст — 20,7%, науковий ступінь — 2,7%. (див. Рис. 2.3).

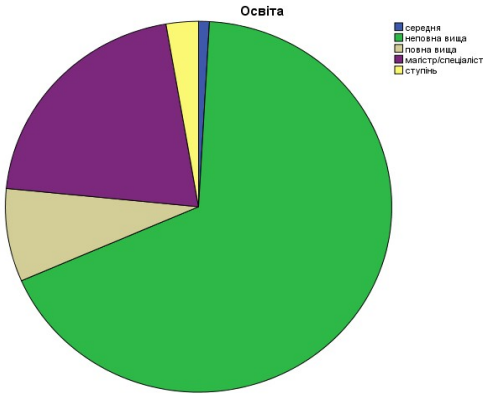

Рис. 2.3. Діаграма за показником рівня освіти.

Щодо способу життя учасників: 33,3% мали залежність від тютюнопаління, 46,8% періодично вживали алкоголь. Хронічні або супутні захворювання мали 41,4% респондентів, медикаментозну терапію отримували 15,3%. Серед поширених психологічних порушень було виявлено: депресію у 50,5%, тривожні розлади у 78%, ПТСР у 40,5%, алекситимію у 49,5%, а рівень якості життя нижче середнього спостерігався у 86% учасників. Порушення якості сну були зафіксовані у всіх респондентів. (див. Рис. 2.4).

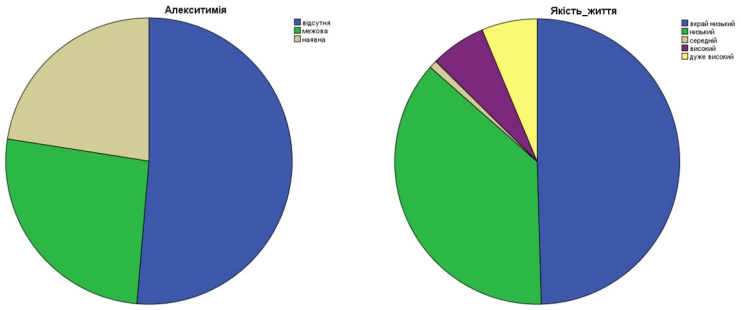

Рис. 2.4. Діаграма за поширеністю показників алекситимії та якості життя.

Розрахунок об’єму вибірки

За результатами дослідження, поширеність ПТСР становить 8-10 % серед загальної популяції, із асоційованими розладами сну - становить 48% цієї популяції (Ahmadi, R., Rahimi, S., Javaheripour, N., Emamian, F., Ghadami, M. R., Khazaie, H., Sepehry, A. A. Insomnia and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis on prevalence and interrelated association. 2020 https://doi.org/10.31234/osf.io/7n84u).

Отже можна вважати, що кількість таких у загальній популяції за критеріями включення становить 3,84%.

Необхідний об’єм вибірки розрахований за формулою (Г.Ф. Лакін, 1990):

$n=(t^2 p(100-p))/SD^2$,

де p – частка варіант, що мають дану ознаку,

SD – максимальна припустима похибка для заданого рівня значущості,

t – нормоване відхилення, з яким пов’язаний вибраний рівень значущості.

Якщо вважати припустимою похибку, що не перевищуватиме 5% для рівня значущості 0,05 і відповідного значення t = 1,96

n=t2p(100-p)/SD2=1,962*3,84(100-3,84)/52=1418,52/25= 56, 7

Це число є середнім для визначення кількості учасників в одній групі дослідження та було збільшено до 110 для загальної кількості осіб для обох груп порівняння.

Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

- Методи описової статистики (опис основних статистичних показників популяції, числових значень похибок, відхилення, перевірка отриманих сукупностей даних).
- коефіцієнт рангової кореляції Спірмена або коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона.
- порівняння показників у 2 підгрупах однієї вибірки.
- Т-критерій Ст'юдента для загальної вибірки з довірчим інтервалом (таб. 2.1)

Таблиця 2.1.

Т-критерій Ст'юдента для загальної вибірки

	Значення тесту = 0					
	t	df	Білатеральна кореляція	Серелнє значення	95% довірчий інтервал	
					Нижня межа	Верхня
PHQ_1	13,428	110	,000	1,38739	1,1826	1,5921
PHQ_2	17,523	110	,000	1,54955	1,3743	1,7248
PHQ_3	17,141	110	,000	1,74775	1,5457	1,9498
PHQ_4	19,105	110	,000	1,77477	1,5907	1,9589
PHQ_5	11,534	110	,000	1,10811	,9177	1,2985
PHQ_6	10,547	110	,000	1,14414	,9292	1,3591
PHQ_7	13,124	110	,000	1,32432	1,1244	1,5243
PHQ_8	8,126	110	,000	,79279	,5994	,9862
PHQ_9	5,549	110	,000	,42342	,2722	,5746
PHQ_Бал	19,459	110	,000	11,25225	10,1063	12,3982

GAD_1	15,011	110	,000	1,48649	1,2902	1,6827
GAD_2	10,200	110	,000	,88288	,7113	1,0544
GAD_3	14,495	110	,000	1,43243	1,2366	1,6283
GAD_4	13,659	110	,000	1,41441	1,2092	1,6196
GAD_5	8,188	110	,000	,81982	,6214	1,0182
GAD_6	14,283	110	,000	1,35135	1,1639	1,5389
GAD_7	11,568	110	,000	1,18919	,9855	1,3929
GAD_Бал	16,356	110	,000	8,57658	7,5374	9,6157
PCL_1	15,618	110	,000	1,83784	1,6046	2,0710
PCL_2	9,070	110	,000	1,12613	,8801	1,3722
PCL_3	9,402	110	,000	1,22523	,9670	1,4835
PCL_4	15,111	110	,000	1,84685	1,6046	2,0891
PCL_5	10,009	110	,000	1,40541	1,1271	1,6837
Інтрузивність	14,025	110	,000	7,44144	6,3899	8,4929
PCL_6	12,542	110	,000	1,62162	1,3654	1,8778
PCL_7	9,618	110	,000	1,33333	1,0586	1,6081
Уникання	12,179	110	,000	2,95495	2,4741	3,4358
PCL_8	9,046	110	,000	1,15315	,9005	1,4058
PCL_9	10,885	110	,000	1,48649	1,2158	1,7571
PCL_10	10,411	110	,000	1,27928	1,0358	1,5228
PCL_11	13,173	110	,000	1,72072	1,4618	1,9796
PCL_12	11,231	110	,000	1,51351	1,2465	1,7806
PCL_13	13,434	110	,000	1,80180	1,5360	2,0676
PCL_14	9,688	110	,000	1,27027	1,0104	1,5301
Негативні_ Реакції	14,272	110	,000	10,22523	8,8054	11,6451
PCL_15	12,314	110	,000	1,46847	1,2321	1,7048
PCL_16	7,197	110	,000	,78378	,5680	,9996
PCL_17	12,125	110	,000	1,49550	1,2511	1,7399
PCL_18	13,451	110	,000	1,69369	1,4442	1,9432
PCL_19	13,751	110	,000	1,80180	1,5421	2,0615

PCL_20	13,079	110	,000	1,81982	1,5441	2,0956
Гіперреактивність	15,945	110	,000	9,06306	7,9367	10,1895
PCL_Бал	15,835	110	,000	29,68468	25,9697	33,3996
Суб_єктивна_якість	20,275	110	,000	1,62162	1,4631	1,7801
Латентність	14,594	110	,000	3,12613	2,7016	3,5506
Тривалість	11,214	110	,000	1,35135	1,1125	1,5902
Засинання	15,302	110	,000	1,69369	1,4743	1,9130
Прокидання	14,724	110	,000	1,62162	1,4034	1,8399
Вставання	9,436	110	,000	1,08108	,8540	1,3081
Порушення_Дихання	6,086	110	,000	,42342	,2855	,5613
Кашель	6,410	110	,000	,63964	,4419	,8374
Холод	12,354	110	,000	1,28829	1,0816	1,4949
Жар	12,029	110	,000	1,21622	1,0159	1,4166
Кошмари	13,270	110	,000	1,31532	1,1189	1,5118
Біль	8,086	110	,000	,83784	,6325	1,0432
Відволікання	8,542	110	,000	1,04505	,8026	1,2875
Розлади_сну	16,051	110	,000	11,16216	9,7840	12,5403
Денна_активність	16,005	109	,000	2,60000	2,2780	2,9220
Засоби_для_засинання	5,927	110	,000	,54054	,3598	,7213
Сусід	13,288	92	,000	1,61290	1,3718	1,8540
Хропіння	5,620	109	,000	,49091	,3178	,6640
Затримки_дихання	4,485	110	,000	,26126	,1458	,3767
Посмикування	10,520	110	,000	1,09009	,8847	1,2954
Дезорієнтація	5,567	110	,000	,40541	,2611	,5497
Неспокій	5,978	92	,000	,74194	,4954	,9884

TAS_Бал	34,946	110	,000	64,27928	60,6341	67,9245
CQLS_1	24,101	110	,000	5,23423	4,8038	5,6646
CQLS_2	25,016	110	,000	5,17117	4,7615	5,5808
CQLS_3	18,658	110	,000	5,09910	4,5575	5,6407
CQLS_4	12,586	110	,000	4,06306	3,4233	4,7028
CQLS_5	22,400	110	,000	5,51351	5,0257	6,0013
CQLS_6	25,402	110	,000	6,09910	5,6233	6,5749
CQLS_7	20,290	110	,000	5,20721	4,6986	5,7158
CQLS_8	29,855	110	,000	7,00901	6,5437	7,4743
CQLS_9	24,405	110	,000	5,71171	5,2479	6,1755
CQLS_10	29,853	110	,000	6,17117	5,7615	6,5808
CQLS_Бал	31,737	110	,000	55,27928	51,8275	58,7311

У таблицях 2.1 та 2.2 представлені результати визначення т-критерію ст’юдента та показники описової статистики для загальної вибірки.

Таблиця 2.2.

Показники описової статистики

	N	Mean	Std. Deviation (SD)	Std. Error Mean (SE)
PHQ_1	111	1,3874	1,08855	,10332
PHQ_2	111	1,5495	,93165	,08843
PHQ_3	111	1,7477	1,07423	,10196
PHQ_4	111	1,7748	,97873	,09290
PHQ_5	111	1,1081	1,01221	,09607
PHQ_6	111	1,1441	1,14294	,10848
PHQ_7	111	1,3243	1,06312	,10091
PHQ_8	111	,7928	1,02795	,09757
PHQ_9	111	,4234	,80396	,07631
PHQ_Бал	111	11,2523	6,09242	,57827
GAD_1	111	1,4865	1,04329	,09902
GAD_2	111	,8829	,91193	,08656

GAD_3	111	1,4324	1,04117	,09882
GAD_4	111	1,4144	1,09103	,10356
GAD_5	111	,8198	1,05484	,10012
GAD_6	111	1,3514	,99680	,09461
GAD_7	111	1,1892	1,08304	,10280
GAD_Бал	111	8,5766	5,52441	,52435
PCL_1	111	1,8378	1,23980	,11768
PCL_2	111	1,1261	1,30814	,12416
PCL_3	111	1,2252	1,37302	,13032
PCL_4	111	1,8468	1,28769	,12222
PCL_5	111	1,4054	1,47942	,14042
Інтрузивність	111	7,4414	5,59006	,53059
PCL_6	111	1,6216	1,36218	,12929
PCL_7	111	1,3333	1,46059	,13863
Уникання	111	2,9550	2,55623	,24263
PCL_8	111	1,1532	1,34298	,12747
PCL_9	111	1,4865	1,43884	,13657
PCL_10	111	1,2793	1,29454	,12287
PCL_11	111	1,7207	1,37623	,13063
PCL_12	111	1,5135	1,41976	,13476
PCL_13	111	1,8018	1,41305	,13412
PCL_14	111	1,2703	1,38134	,13111
Негативні_Реакції	111	10,2252	7,54825	,71645
PCL_15	111	1,4685	1,25640	,11925
PCL_16	111	,7838	1,14737	,10890
PCL_17	111	1,4955	1,29947	,12334
PCL_18	111	1,6937	1,32660	,12592
PCL_19	111	1,8018	1,38051	,13103
PCL_20	111	1,8198	1,46597	,13914
Гіперреактивність	111	9,0631	5,98829	,56838
PCL_Бал	111	29,6847	19,74979	1,87457

Суб_єктивна_якість	111	1,6216	,84266	,07998
Латентність	111	3,1261	2,25678	,21420
Тривалість	111	1,3514	1,26956	,12050
Засинання	111	1,6937	1,16613	,11068
Прокидання	111	1,6216	1,16036	,11014
Вставання	111	1,0811	1,20706	,11457
Порушення_Дихання	111	,4234	,73298	,06957
Кашель	111	,6396	1,05134	,09979
Холод	111	1,2883	1,09866	,10428
Жар	111	1,2162	1,06520	,10110
Кошмари	111	1,3153	1,04431	,09912
Біль	111	,8378	1,09163	,10361
Відволікання	111	1,0450	1,28903	,12235
Розлади_сну	111	11,1622	7,32684	,69543
Денна_активність	110	2,6000	1,70375	,16245
Засоби_для_засинання	111	,5405	,96091	,09121
Сусід	93	1,6129	1,17058	,12138
Хропіння	110	,4909	,91617	,08735
Затримки_дихання	111	,2613	,61366	,05825
Посмикування	111	1,0901	1,09170	,10362
Дезорієнтація	111	,4054	,76727	,07283
Неспокій	93	,7419	1,19695	,12412
TAS_Бал	111	64,2793	19,37908	1,83938
CQLS_1	111	5,2342	2,28813	,21718
CQLS_2	111	5,1712	2,17788	,20672
CQLS_3	111	5,0991	2,87925	,27329
CQLS_4	111	4,0631	3,40128	,32284
CQLS_5	111	5,5135	2,59322	,24614
CQLS_6	111	6,0991	2,52966	,24010
CQLS_7	111	5,2072	2,70393	,25665
CQLS_8	111	7,0090	2,47348	,23477

CQLS_9	111	5,7117	2,46572	,23404
CQLS_10	111	6,1712	2,17788	,20672
CQLS_Бал	111	55,2793	18,35071	1,74177

Примітка: N= загальна кількість осіб, Mean - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення , Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення

Таблиця 2.3.

Показники описової статистики

	N	Min	Max	Mean (μ)	Std. Deviation (SD)
PHQ_1	111	,00	3,00	1,3874	1,08855
PHQ_2	111	,00	3,00	1,5495	,93165
PHQ_3	111	,00	3,00	1,7477	1,07423
PHQ_4	111	,00	3,00	1,7748	,97873
PHQ_5	111	,00	3,00	1,1081	1,01221
PHQ_6	111	,00	3,00	1,1441	1,14294
PHQ_7	111	,00	3,00	1,3243	1,06312
PHQ_8	111	,00	3,00	,7928	1,02795
PHQ_9	111	,00	3,00	,4234	,80396
PHQ_Бал	111	,00	27,00	11,2523	6,09242
GAD_1	111	,00	3,00	1,4865	1,04329
GAD_2	111	,00	3,00	,8829	,91193
GAD_3	111	,00	3,00	1,4324	1,04117
GAD_4	111	,00	3,00	1,4144	1,09103
GAD_5	111	,00	3,00	,8198	1,05484
GAD_6	111	,00	3,00	1,3514	,99680
GAD_7	111	,00	3,00	1,1892	1,08304
GAD_Бал	111	,00	21,00	8,5766	5,52441
PCL_1	111	,00	4,00	1,8378	1,23980
PCL_2	111	,00	4,00	1,1261	1,30814
PCL_3	111	,00	4,00	1,2252	1,37302

PCL_4	111	,00	4,00	1,8468	1,28769
PCL_5	111	,00	4,00	1,4054	1,47942
Інтрузивність	111	,00	20,00	7,4414	5,59006
PCL_6	111	,00	4,00	1,6216	1,36218
PCL_7	111	,00	4,00	1,3333	1,46059
Уникання	111	,00	8,00	2,9550	2,55623
PCL_8	111	,00	4,00	1,1532	1,34298
PCL_9	111	,00	4,00	1,4865	1,43884
PCL_10	111	,00	4,00	1,2793	1,29454
PCL_11	111	,00	4,00	1,7207	1,37623
PCL_12	111	,00	4,00	1,5135	1,41976
PCL_13	111	,00	4,00	1,8018	1,41305
PCL_14	111	,00	4,00	1,2703	1,38134
Негативні_Реакції	111	,00	28,00	10,2252	7,54825
PCL_15	111	,00	4,00	1,4685	1,25640
PCL_16	111	,00	4,00	,7838	1,14737
PCL_17	111	,00	4,00	1,4955	1,29947
PCL_18	111	,00	4,00	1,6937	1,32660
PCL_19	111	,00	4,00	1,8018	1,38051
PCL_20	111	,00	4,00	1,8198	1,46597
Гіперреактивність	111	,00	24,00	9,0631	5,98829
PCL_Бал	111	,00	80,00	29,6847	19,74979
Суб_єктивна_якість	111	,00	3,00	1,6216	,84266
Латентність	111	,00	9,00	3,1261	2,25678
Тривалість	111	,00	7,00	1,3514	1,26956
Засинання	111	,00	3,00	1,6937	1,16613
Прокидання	111	,00	3,00	1,6216	1,16036
Вставання	111	,00	3,00	1,0811	1,20706
Порушення_Дихання	111	,00	3,00	,4234	,73298
Кашель	111	,00	3,00	,6396	1,05134
Холод	111	,00	3,00	1,2883	1,09866

Жар	111	,00	3,00	1,2162	1,06520
Кошмари	111	,00	3,00	1,3153	1,04431
Біль	111	,00	3,00	,8378	1,09163
Відволікання	111	,00	3,00	1,0450	1,28903
Розлади_сну	111	,00	30,00	11,1622	7,32684
Денна_активність	110	,00	6,00	2,6000	1,70375
Засоби_для_засинання	111	,00	3,00	,5405	,96091
Сусід	93	,00	3,00	1,6129	1,17058
Хропіння	110	,00	3,00	,4909	,91617
Затримки_дихання	111	,00	3,00	,2613	,61366
Посмикування	111	,00	3,00	1,0901	1,09170
Дезорієнтація	111	,00	3,00	,4054	,76727
Неспокій	93	,00	3,00	,7419	1,19695
TAS_Бал	111	24,00	130,00	64,2793	19,37908
CQLS_1	111	,00	10,00	5,2342	2,28813
CQLS_2	111	,00	10,00	5,1712	2,17788
CQLS_3	111	,00	10,00	5,0991	2,87925
CQLS_4	111	,00	10,00	4,0631	3,40128
CQLS_5	111	,00	10,00	5,5135	2,59322
CQLS_6	111	,00	10,00	6,0991	2,52966
CQLS_7	111	,00	10,00	5,2072	2,70393
CQLS_8	111	,00	10,00	7,0090	2,47348
CQLS_9	111	,00	10,00	5,7117	2,46572
CQLS_10	111	,00	10,00	6,1712	2,17788
CQLS_Бал	111	17,00	100,00	55,2793	18,35071

Примітка: N= загальна кількість осіб, μ - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення, Міп. – мінімальне значення, Мах. – максимальне значення

Таблиця 2.4.

Кореляції Пірсона між загальними балами усіх основних шкал та віком.

		Вік	PHQ _Бал	GAD_ Бал	PCL_ Бал	Порушення сну	TAS_ Бал	CQLS _Бал
Вік	Pearson Correlation	1	,533**	,596**	,603**	,679**	,636**	-,349*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,010
PHQ_Бал	Pearson Correlation	,533**	1	,816**	,826**	,704**	,677**	-,554**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
GAD_Бал	Pearson Correlation	,596**	,816**	1	,847**	,668**	,672**	-,418**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
PCL_Бал	Pearson Correlation	,603**	,826**	,847**	1	,747**	,723**	-,408**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
Порушення сну	Pearson Correlation	,679**	,704**	,668**	,747**	1	,715**	-,443**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000

TAS_Бал	Pearson Correlation	,636**	,677**	,672**	,723**	,715**	1	-,413**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
CQLS_Бал	Pearson Correlation	-,349*	-,554**	-,418**	-,408**	-,443**	-,413**	1
	Sig. (2-tailed)	,010	,000	,000	,000	,000	,000	

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05. Pearson Correlation (r= .); Sig. (2-tailed) (p= .)*

Кореляційні зв'язки та їх статистична значущість

Аналіз отриманих даних підтвердив **сильні, значущі позитивні кореляційні зв'язки** між **усіма** основними психометричними показниками, зокрема:

- ПТСР, депресія, тривожний розлад, алекситимія, порушення сну та вік (p>0,001);
- Лікування та рівень тривоги, латентність та тривалість сну (p>0,01).

Водночас, встановлено негативні кореляції між:

- Якістю життя та психопатологічними показниками (p>0,001);
- Якістю життя та латентністю, тривалістю сну та денною активністю (p>0,01);
- Віком та порушенням життєдіяльності (p>0,05).

Детальні результати кореляційного аналізу представлено у таблиці 2.4.

Оцінка методів скринінгу симптомів ПТСР шляхом валідизації та оцінки психометричних властивостей шкал PHQ-9, PCL-5 та GAD-7

Психометричний аналіз шкал проводився для загальної вибірки (N=111), що включала осіб із травматичним стресом та порушеннями сну, спричиненими військовими подіями.

Оцінка депресивних симптомів: шкала PHQ-9

Статистичний аналіз внутрішньої узгодженості шкали PHQ-9 за показником Кронбаха альфа становив 0,842. Описові статистичні показники для шкали: середнє значення (M) = 11,2523; варіативність (Var.) = 37,118; стандартне відхилення (SD) = 6,09242. Результати кореляційного аналізу за методом Пірсона для окремих пунктів шкали представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Кореляції між усіма 9-ма пунктами шкали PHQ-9 між собою (PHQ_1-9)

	PHQ_1	PHQ_2	PHQ_3	PHQ_4	PHQ_5	PHQ_6	PHQ_7	PHQ_8	PHQ_9
PHQ_1	1,000	,514	,349	,509	,498	,444	,464	,438	,289
PHQ_2	,514	1,000	,358	,506	,206	,429	,378	,348	,366
PHQ_3	,349	,358	1,000	,421	,326	,430	,431	,282	,156
PHQ_4	,509	,506	,421	1,000	,245	,411	,298	,351	,330
PHQ_5	,498	,206	,326	,245	1,000	,442	,297	,293	,245
PHQ_6	,444	,429	,430	,411	,442	1,000	,373	,498	,438
PHQ_7	,464	,378	,431	,298	,297	,373	1,000	,461	,168
PHQ_8	,438	,348	,282	,351	,293	,498	,461	1,000	,338

PHQ_9	,289	,366	,156	,330	,245	,438	,168	,338	1,000

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05*
Pearson Correlation (r= .); Sig. (2-tailed) (p= .)

Таблиця 2.6.

Показники описової статистики для шкали PHQ-9

	M	Min	Max	Діапазон	Max / Min	Var	Кіл. пунктів
Числове значення	1,250	,423	1,775	1,351	4,191	,195	9
Відхилення	1,037	,646	1,306	,660	2,021	,038	9
Коваріації	,386	,135	,585	,450	4,329	,016	9
Кореляції	,370	,156	,514	,358	3,289	,009	9

Примітка: N= загальна кількість осіб, μ - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення , Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення

Оцінка генералізованого тривожного розладу (GAD-7)

Статистичний аналіз внутрішньої узгодженості опитувальника General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) показав високий рівень надійності, індекс Кронбаха альфа становив **0.881**. Описові статистичні характеристики шкали вказують на середнє значення (**M=8,5766**), варіативність (**Var=30,519**) та стандартне відхилення (**SD=5,52441**). Кореляційний аналіз за методом Пірсона між усіма 7 пунктами шкали наведений у **таблиці 2.7.**

Таблиця 2.7.

Кореляції між усіма 7-ма пунктами шкали GAD-7 між собою (GAD_1-7)

	GAD_1	GAD_2	GAD_3	GAD_4	GAD_5	GAD_6	GAD_7
GAD_1	1,000	,662	,508	,596	,394	,499	,569

GAD_2	,662	1,000	,686	,597	,545	,366	,612
GAD_3	,508	,686	1,000	,617	,668	,317	,491
GAD_4	,596	,597	,617	1,000	,524	,392	,525
GAD_5	,394	,545	,668	,524	1,000	,458	,508
GAD_6	,499	,366	,317	,392	,458	1,000	,308
GAD_7	,569	,612	,491	,525	,508	,308	1,000

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05*
Pearson Correlation (r= .); Sig. (2-tailed) (p= .)

Таблиця 2.8.

Показники описової статистики для шкали GAD-7

	M	Min	Max	Діапазон	Max / Min	Var	Кіл. пунктів
Числове значення	1,225	,820	1,486	,667	1,813	,074	7
Відхилення	1,068	,832	1,190	,359	1,431	,015	7
Коваріації	,549	,329	,733	,405	2,232	,014	7
Кореляції	,516	,308	,686	,377	2,224	,012	7

Примітка: N= загальна кількість осіб, μ - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення , Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення

Таблиця 2.9.

Показники описової статистики для шкали PCL-5

	M	Min	Max	Діапазон	Max / Min	Var	Кіл. пунктів
Числове значення	1,484	,784	1,847	1,063	2,356	,084	20
Відхилення	1,837	1,316	2,189	,872	1,663	,051	20
Коваріації	,930	,428	1,555	1,126	3,630	,040	20
Кореляції	,507	,276	,719	,443	2,603	,009	20

Примітка: N= загальна кількість осіб, μ - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення , Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення

Оцінка симптомів ПТСР (PCL-5)

За результатами психометричного аналізу шкали Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (PCL-5), індекс Кронбаха альфа для 20 пунктів становить **0.954**, що свідчить про високу внутрішню узгодженість. Описова статистика: **M=29,6847**, **Var=390,054**, **SD=19,74979**. Окремі статистичні параметри для всіх 20 пунктів наведені нижче. (див. Рис. 2.4, таб. 2.10).

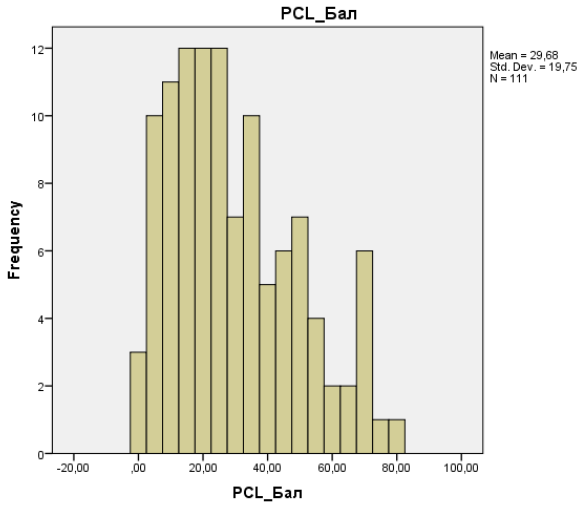

Рис. 2.4. Описова статистика за PCL-5.

Таблиця 2.10.

Кореляції між усіма пунктами субшкали інтрузивності PCL-5

	PCL_1	PCL_2	PCL_3	PCL_4	PCL_5
PCL_1	1,000	,607	,630	,639	,685
PCL_2	,607	1,000	,708	,465	,607
PCL_3	,630	,708	1,000	,575	,693
PCL_4	,639	,465	,575	1,000	,601
PCL_5	,685	,607	,693	,601	1,000

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05*
Pearson Correlation (r= .); Sig. (2-tailed) (p= .)

Аналіз кластерів симптомів ПТСР:

- **Інтрузивність**: внутрішня узгодженість шкали PCL-5 для кластеру інтрузивності (5 пунктів) – **Кронбаха альфа = 0.891**, **M=7,4414**, **Var=31,249**, **SD=5,59006**. Див. рис. 2.5.

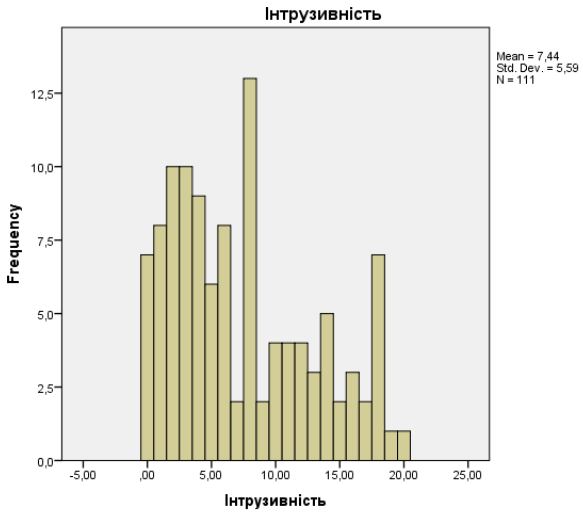

Рис. 2.5. Інтрузивність.

- **Уникання**: внутрішня узгодженість (**Кронбаха альфа = 0.779**), **M=2,9550**, **Var=6,534**, **SD=2,55623**. Див. рис. 2.6.

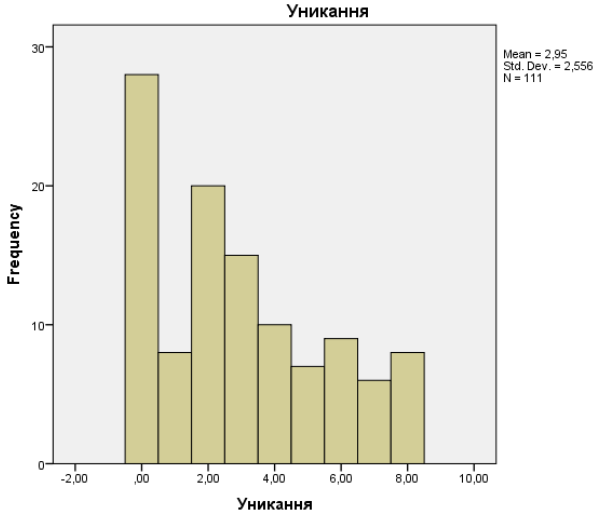

Рис. 2.6. Уникання

- **Негативні реакції**: внутрішня узгодженість (**Кронбаха альфа = 0.779**), **M=10,2252**, **Var=56,976**, **SD=7,54825**.

Таблиця 2.11.

Кореляції між усіма пунктами субшкали негативного реагування PCL-5

	PCL_8	PCL_9	PCL_10	PCL_11	PCL_12	PCL_13	PCL_14
PCL_8	1,000	,497	,592	,658	,459	,481	,561
PCL_9	,497	1,000	,658	,657	,482	,553	,555
PCL_10	,592	,658	1,000	,662	,361	,448	,593
PCL_11	,658	,657	,662	1,000	,423	,514	,552
PCL_12	,459	,482	,361	,423	1,000	,577	,527

PCL_13	,481	,553	,448	,514	,577	1,000	,638
PCL_14	,561	,555	,593	,552	,527	,638	1,000

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05*
Pearson Correlation (r= .); Sig. (2-tailed) (p= .)

Гіперреактивність: внутрішня узгодженість (**Кронбаха альфа = 0.852**), **M=7,4414**, **Var=31,249**, **SD=5,59006**. (див. Рис. 2.8, таб. 2.13).

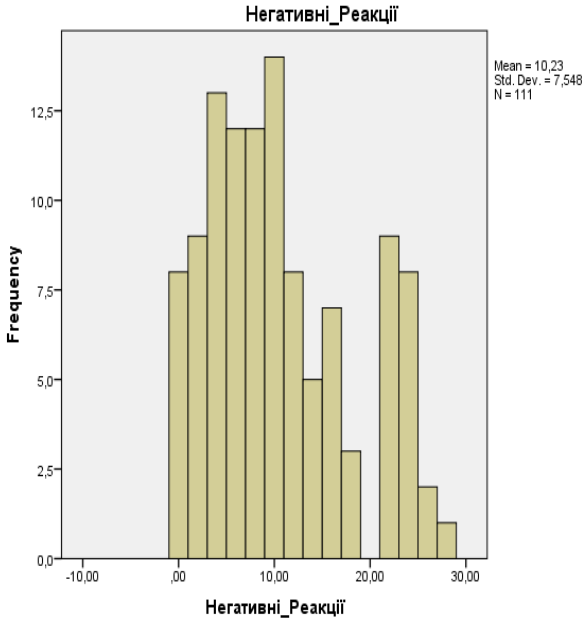

Рис. 2.7. Негативні реакції.

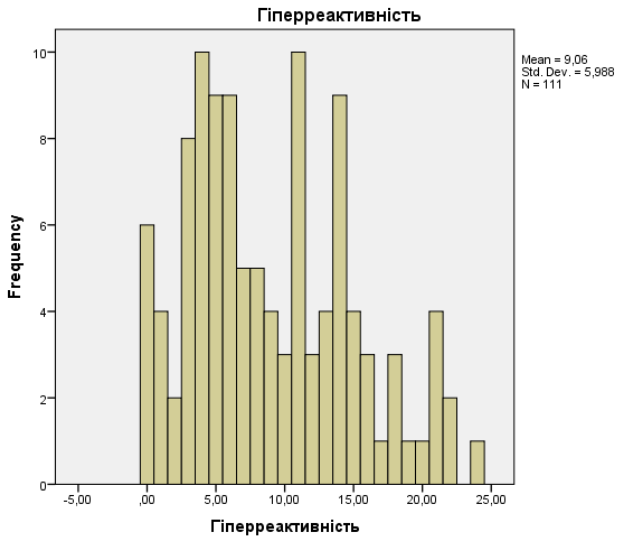

Рис. 2.8 Гіперреактивність.

Таблиця 2.12.

Значення шкали PCL-5 та кореляції у разі видаленні 1 пункту шкали

	Сер. Знач. шкали	Дисперсія шкали	Кореляція	Множинна кореляція	Кронбах Альфа
PCL_1	27,8468	353,713	,746	,696	,951
PCL_2	28,5586	354,140	,695	,620	,951
PCL_3	28,4595	349,869	,746	,706	,950
PCL_4	27,8378	355,064	,687	,589	,951
PCL_5	28,2793	348,294	,717	,714	,951
PCL_6	28,0631	351,223	,724	,681	,951
PCL_7	28,3514	345,757	,776	,721	,950
PCL_8	28,5315	350,942	,741	,660	,950
PCL_9	28,1982	348,924	,727	,678	,951
PCL_10	28,4054	354,080	,704	,686	,951
PCL_11	27,9640	347,035	,802	,745	,950
PCL_12	28,1712	356,907	,580	,511	,953
PCL_13	27,8829	354,704	,627	,615	,952
PCL_14	28,4144	349,809	,742	,654	,950
PCL_15	28,2162	359,389	,611	,616	,952
PCL_16	28,9009	364,036	,564	,506	,953
PCL_17	28,1892	355,991	,660	,658	,952
PCL_18	27,9910	353,191	,704	,709	,951
PCL_19	27,8829	352,686	,684	,618	,951
PCL_20	27,8649	351,954	,654	,522	,952

Таблиця 2.13.

Кореляції між усіма пунктами субшкали гіперреактивності PCL-5

	PCL_15	PCL_16	PCL_17	PCL_18	PCL_19	PCL_20
PCL_15	1,000	,405	,681	,572	,437	,456

PCL_16	,405	1,000	,444	,314	,369	,350
PCL_17	,681	,444	1,000	,664	,486	,482
PCL_18	,572	,314	,664	1,000	,676	,481
PCL_19	,437	,369	,486	,676	1,000	,526
PCL_20	,456	,350	,482	,481	,526	1,000

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05*
Pearson Correlation (r= .); Sig. (2-tailed) (p= .)

Таблиця 2.14.

Кореляції між показниками PHQ-9, GAD-7 та PCL-5 (із субшкалами PCL-5)

	PHQ_Бал	GAD_Бал	Інтрузивність	Уникання	Негативні_Реакції	Гіперреактивність	PCL_Бал
PHQ_Бал	1	,816** ,000	,703** ,000	,646** ,000	,784** ,000	,805** ,000	,826** ,000
GAD_Бал	,816** ,000	1	,745** ,000	,669** ,000	,790** ,000	,819** ,000	,847** ,000
Інтрузивність	,703** ,000	,745** ,000	1	,788** ,000	,766** ,000	,725** ,000	,897** ,000

Уникання	,646** ,000 0	,669** ,000 0	,788** ,000	1	,792** ,000	,686** ,000	,863** ,000 0
Негативні_ Реакції	,784** ,000 0 111	,790** ,000 0 111	,766** ,000 111	,792** ,000 111	1 111	,799** ,000 111	,944** ,000 0 111
Гіперреактивність	,805** ,000 0 111	,819** ,000 0 111	,725** ,000 111	,686** ,000 111	,799** ,000 111	1 111	,903** ,000 0 111
PCL_Бал	,826** ,000 0 111	,847** ,000 0 111	,897** ,000 111	,863** ,000 111	,944** ,000 111	,903** ,000 111	1 111

Примітка:
*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*
** p>0.05*

Таблиця 2.15.

Кореляції із показниками якості сну

	PHQ_ Бал	GAD_Бал	Суб_єктивна_якість	Латентність	Тривалість	Розлади_сну	Денна _активність	TAS_Бал	CQLS_Бал	PCL_Бал
PHQ_Бал	1 111	,816** ,000 111	,637** ,000 111	,527** ,000 111	,449** ,000 111	,704** ,000 111	,630** ,000 110	,677** ,000 111	-,554** ,000 111	,826** ,000 111

GAD_Бал	,816**	1	,545**	,544**	,400**	,668**	,663**	,672**	-,418**	,847**
	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
Суб_єктивна_якість	,637**	,545**	1	,742**	,499**	,670**	,527**	,690**	-,423**	,615**
	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
Латентність	,527**	,544**	,742**	1	,340**	,648**	,387**	,503**	-,286**	,521**
	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,002	,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
Тривалість	,449**	,400**	,499**	,340**	1	,471**	,425**	,461**	-,225*	,437**
	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,017	,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
Розлади_сну	,704**	,668**	,670**	,648**	,471**	1	,566**	,715**	-,443**	,747**
	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
Денна_активність	,630**	,663**	,527**	,387**	,425**	,566**	1	,625**	-,471**	,656**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
TAS_Бал	,677**	,672**	,690**	,503**	,461**	,715**	,625**	1	-,413**	,723**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
CQLS_Бал	-,554**	-,418**	-,423**	-,286**	-,225*	-,443**	-,471**	-,413**	1	-,408**
	,000	,000	,000	,002	,017	,000	,000	,000		,000
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111
PCL_Бал	,826**	,847**	,615**	,521**	,437**	,747**	,656**	,723**	-,408**	1
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	111	111	111	111	111	111	110	111	111	111

Примітка:

*** Двосторонні кореляції значимі на рівнях: p>0.01; p>0.001 (.000)*

Спостерігається прямий, сильний позитивний кореляційний зв'язок між сумарними показниками шкал **PHQ-9, GAD-7 та PCL-5** (рівень значущості **p>0,001 (0.000)**), що вказує на високий рівень конвергентної валідності.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Вік is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,036	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of PHQ_Бал is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of GAD_Бал is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Інтрузивність is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of Уникання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of Негативні_Реакції is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of Гіперреактивність is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
8	The distribution of PCL_Бал is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of Суб_єктивна_якість is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
10	The distribution of Латентність is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
11	The distribution of Тривалість is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,002	Reject the null hypothesis.
12	The distribution of Засинання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,014	Reject the null hypothesis.
13	The distribution of Прокидання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
14	The distribution of Вставання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,001	Reject the null hypothesis.
15	The distribution of Порушення_Дихання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,001	Reject the null hypothesis.
16	The distribution of Кашель is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,012	Reject the null hypothesis.
17	The distribution of Холод is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Рис 2.9. Результати тесту Манна Уітні для двох незалежних вибірок.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
18	The distribution of Жар is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
19	The distribution of Кошмари is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
20	The distribution of Біль is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,003	Reject the null hypothesis.
21	The distribution of Відволікання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
22	The distribution of Розлади_сну is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
23	The distribution of Денна_активність is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
24	The distribution of Засоби_для_засинання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,013	Reject the null hypothesis.
25	The distribution of Сусід is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,814	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
26	The distribution of Хронінна is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,024	Reject the null hypothesis.
27	The distribution of Затримки_дихання is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,020	Reject the null hypothesis.
28	The distribution of Посмикування is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,013	Reject the null hypothesis.
29	The distribution of Дезорієнтація is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,001	Reject the null hypothesis.
30	The distribution of Неспокій is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
31	The distribution of TAS_Бал is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
32	The distribution of CQLS_Бал is the same across categories of ПТСР.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Рис. 2.10. Результати тесту Манна Уітні для двох незалежних вибірок. Продовження.

Аналіз та інтерпретація результатів дослідження за групами порівняння.

Взаємозв'язки та групове розподілення

Учасників розподілено на **дві групи** згідно з інтенсивністю симптомів ПТСР за **МКХ-10**:

- **Група 1 (Г1)** – **N=66 (V%=59,5%)** – адаптаційні розлади.
- **Група 2 (Г2)** – **N=45 (V%=40,5%)** – учасники з вираженими симптомами ПТСР.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних і кількісні показники за групами порівняння наведені у таблицях 2.16-2.23.

Таблиця 2.16.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Вікова_категорія							
		18-25		26-44		45-60		60 і біл.	
		Стать		Стать		Стать		Стать	
		чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін
Групи	Г1	13	36	1	7	2	7	0	0
	Г2	3	26	1	5	4	4	2	0

Таблиця 2.17.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Освіта				
		середня	неповна вища	повна вища	магістр/ спеціаліст	ступінь
Групи	Г1	1	46	5	11	3
	Г2	0	29	4	12	0

Таблиця 2.18.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Супутні_розлади							
		ні				так			
		Алкоголь				Алкоголь			
		ні		так		ні		так	
		Тютюнопаління		Тютюнопаління		Тютюнопаління		Тютюнопаління	
		ні	так	ні	так	ні	так	ні	так
Групи	Г1	17	4	12	9	11	3	5	5
	Г2	13	2	6	2	6	3	4	9

Таблиця 2.19.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Супутні_розлади			
		ні		так	
		Медикаменти		Медикаменти	
		ні	так	ні	так
Групи	Г1	37	5	17	7
	Г2	20	3	20	2

Таблиця 2.20.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Депресія			
		немає	легка	середньої тяжкості	важка
		Кіл.	Кіл.	Кіл.	Кіл.
Групи	Г1	45	18	3	0
	Г2	5	14	10	16

Таблиця 2.21.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Тривога			
		немає	легка	середньої тяжкості	важка
		Кіл.	Кіл.	Кіл.	Кіл.
Групи	Г1	24	35	6	1
	Г2	1	11	13	20

Таблиця 2.22.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Алекситимія		
		відсутня	межова	наявна
		Кіл.	Кіл.	Кіл.
Групи	Г1	41	20	5
	Г2	16	9	20

Таблиця 2.23.

Демографічні дані вибірки та груп досліджуваних

		Якість_життя. Рівень				
		вкрай низький	низький	середній	високий	дуже високий
		Кіл.	Кіл.	Кіл.	Кіл.	Кіл.
Групи	Г1	25	28	1	7	5
	Г2	30	13	0	0	2

Показники описової статистики за групами порівняння наведені у таблицях 2.24-2.26.

Таблиця 2.24.

Показники описової статистики у групах

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PHQ_1		45	1,9556	1,14724	,17102
		66	1,0000	,85934	,10578
PHQ_2		45	2,1556	,82450	,12291
		66	1,1364	,76231	,09383
PHQ_3		45	2,2000	,96766	,14425
		66	1,4394	1,03966	,12797
PHQ_4		45	2,3111	,90006	,13417
		66	1,4091	,85893	,10573

PHQ_5	45	1,4667	1,12006	,16697
	66	,8636	,85730	,10553
PHQ_6	45	1,8889	1,11237	,16582
	66	,6364	,85280	,10497
PHQ_7	45	1,9778	1,01105	,15072
	66	,8788	,85061	,10470
PHQ_8	45	1,3556	1,17077	,17453
	66	,4091	,70115	,08631
PHQ_9	45	,7111	1,07919	,16088
	66	,2273	,45726	,05629
PHQ_Бал	45	16,0222	5,45014	,81246
	66	8,0000	4,02683	,49567
GAD_1	45	2,1556	,99899	,14892
	66	1,0303	,80326	,09887
GAD_2	45	1,5333	,94388	,14071
	66	,4394	,55826	,06872
GAD_3	45	2,1111	1,00504	,14982
	66	,9697	,78387	,09649
GAD_4	45	2,0889	1,01852	,15183
	66	,9545	,88460	,10889
GAD_5	45	1,5333	1,12006	,16697
	66	,3333	,66410	,08174
GAD_6	45	1,8667	,91949	,13707
	66	1,0000	,89443	,11010
GAD_7	45	1,8667	1,14018	,16997
	66	,7273	,75540	,09298
GAD_Бал	45	13,1556	5,04054	,75140
	66	5,4545	3,16802	,38996

PCL_1	45	2,8222	1,05073	,15663
	66	1,1667	,85185	,10485
PCL_2	45	2,0667	1,32116	,19695
	66	,4848	,82727	,10183
PCL_3	45	2,2667	1,38826	,20695
	66	,5152	,78920	,09714
PCL_4	45	2,8889	,91010	,13567
	66	1,1364	,99051	,12192
PCL_5	45	2,5778	1,35661	,20223
	66	,6061	,92618	,11400
Інтрузивність	45	12,6222	4,30269	,64141
	66	3,9091	3,01650	,37131
PCL_6	45	2,7778	,92660	,13813
	66	,8333	1,00128	,12325
PCL_7	45	2,4889	1,40813	,20991
	66	,5455	,84456	,10396
Уникання	45	5,2667	2,02709	,30218
	66	1,3788	1,43329	,17643
PCL_8	45	2,2444	1,26411	,18844
	66	,4091	,76414	,09406
PCL_9	45	2,6222	1,35326	,20173
	66	,7121	,87293	,10745
PCL_10	45	2,3111	1,27604	,19022
	66	,5758	,70297	,08653
PCL_11	45	3,0000	,87905	,13104
	66	,8485	,88130	,10848
PCL_12	45	2,3778	1,38644	,20668
	66	,9242	1,11370	,13709

PCL_13	45	2,6889	1,31118	,19546
	66	1,1970	1,13977	,14030
PCL_14	45	2,3333	1,39805	,20841
	66	,5455	,76825	,09457
Негативні_Реакції	45	17,5778	5,56976	,83029
	66	5,2121	3,53233	,43480
PCL_15	45	2,2444	1,24600	,18574
	66	,9394	,95883	,11802
PCL_16	45	1,3111	1,36219	,20306
	66	,4242	,80500	,09909
PCL_17	45	2,3778	1,24843	,18611
	66	,8939	,94672	,11653
PCL_18	45	2,7556	1,15120	,17161
	66	,9697	,87653	,10789
PCL_19	45	2,7111	1,21771	,18153
	66	1,1818	1,12194	,13810
PCL_20	45	2,8222	1,31924	,19666
	66	1,1364	1,13526	,13974
Гіперреактивність	45	14,2222	4,95841	,73916
	66	5,5455	3,61272	,44470
PCL_Бал	45	49,6889	13,38558	1,99540
	66	16,0455	8,53668	1,05079
Суб_єктивна_якість	45	2,0667	,80904	,12060
	66	1,3182	,72662	,08944
Латентність	45	4,0222	2,35959	,35175
	66	2,5152	1,97867	,24356
Тривалість	45	1,7333	1,19469	,17809
	66	1,0909	1,26159	,15529

Засинання	45	2,0222	1,15776	,17259
	66	1,4697	1,12619	,13862
Прокидання	45	2,3111	1,04059	,15512
	66	1,1515	,99603	,12260
Вставання	45	1,6000	1,32116	,19695
	66	,7273	,98521	,12127
Порушення_Дихання	45	,7111	,89499	,13342
	66	,2273	,52022	,06403
Кашель	45	1,0000	1,27920	,19069
	66	,3939	,78208	,09627
Холод	45	1,7333	1,13618	,16937
	66	,9848	,96862	,11923
Жар	45	1,6667	1,12815	,16817
	66	,9091	,90685	,11163
Кошмари	45	1,8667	,99087	,14771
	66	,9394	,90942	,11194
Біль	45	1,2000	1,17937	,17581
	66	,5909	,96040	,11822
Відволікання	45	1,5778	1,37327	,20471
	66	,6818	1,09768	,13511
Розлади_сну	45	15,6889	7,47974	1,11501
	66	8,0758	5,39604	,66421
Денна_активність	45	3,4889	1,77895	,26519
	65	1,9846	1,35199	,16769
Засоби_для_засинанн	45	,7778	1,04205	,15534
я	66	,3788	,87293	,10745
Сусід	37	1,6486	1,05978	,17423
	56	1,5893	1,24720	,16666

Хропіння	44	,7727	1,13841	,17162
	66	,3030	,67868	,08354
Затримки_дихання	45	,4444	,81340	,12125
	66	,1364	,38775	,04773
Посмикування	45	1,4000	1,13618	,16937
	66	,8788	1,01550	,12500
Дезорієнтація	45	,7333	1,00905	,15042
	66	,1818	,42640	,05249
Неспокій	37	1,3243	1,35511	,22278
	56	,3571	,90310	,12068
TAS_Бал	45	74,5778	23,26379	3,46796
	66	57,2576	12,07070	1,48580
CQLS_1	45	4,3778	2,17725	,32456
	66	5,8182	2,19025	,26960
CQLS_2	45	4,2667	2,00454	,29882
	66	5,7879	2,08670	,25685
CQLS_3	45	4,5333	2,83324	,42236
	66	5,4848	2,86755	,35297
CQLS_4	45	3,7778	3,22553	,48083
	66	4,2576	3,52708	,43415
CQLS_5	45	4,9556	2,46757	,36784
	66	5,8939	2,62608	,32325
CQLS_6	45	5,6889	2,60089	,38772
	66	6,3788	2,46055	,30287
CQLS_7	45	4,8889	2,38577	,35565
	66	5,4242	2,89860	,35679
CQLS_8	45	6,4889	2,36088	,35194
	66	7,3636	2,50314	,30812

CQLS_9	45	4,8444	2,32531	,34664
	66	6,3030	2,39852	,29524
CQLS_10	45	5,3333	2,09978	,31302
	66	6,7424	2,05547	,25301
CQLS_Бал	45	49,1556	17,14107	2,55524
	66	59,4545	18,09223	2,22700

Примітка: N= загальна кількість осіб, μ - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення , Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення

Таблиця 2.25.

Статистичний аналіз двох незалежних вибірок у групах.

Тест Левеню та т-тест середніх значень. Довірчий інтервал.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Довірчий інтервал	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Differ	SE	Ниж.	Верх.
PHQ_1	23,335	,000	5,014	109	,000	,95556	,19056	,57786	1,33325
			4,752	76,523	,000	,95556	,20109	,55510	1,35602
PHQ_2	4,100	,045	6,690	109	,000	1,01919	,15234	,71726	1,32112
			6,591	89,627	,000	1,01919	,15463	,71197	1,32642
PHQ_3	,209	,648	3,891	109	,000	,76061	,19549	,37315	1,14806
			3,944	99,003	,000	,76061	,19283	,37798	1,14323
PHQ_4	1,002	,319	5,328	109	,000	,90202	,16931	,56646	1,23758

			5,280	91,679	,000	,90202	,17082	,56274	1,24131
PHQ_5	10,153	,002	3,209 3,053	109 77,771	,002 ,003	,60303 ,60303	,18790 ,19752	,23061 ,20978	,97545 ,99628
PHQ_6	9,343	,003	6,707 6,382	109 77,867	,000 ,000	1,25253 1,25253	,18675 ,19626	,88239 ,86180	1,62266 1,64325
PHQ_7	4,353	,039	6,187 5,988	109 83,545	,000 ,000	1,09899 1,09899	,17762 ,18352	,74696 ,73402	1,45102 1,46396
PHQ_8	25,057	,000	5,321 4,861	109 65,499	,000 ,000	,94646 ,94646	,17786 ,19470	,59394 ,55767	1,29899 1,33525
PHQ_9	38,306	,000	3,245 2,839	109 54,875	,002 ,006	,48384 ,48384	,14910 ,17044	,18833 ,14226	,77935 ,82542
PHQ_Бал	9,030	,003	8,916 8,429	109 75,746	,000 ,000	8,02222 8,02222	,89974 ,95172	6,23897 6,12660	9,80547 9,91785
GAD_1	15,316	,000	6,559 6,295	109 80,723	,000 ,000	1,12525 1,12525	,17157 ,17876	,78521 ,76957	1,46530 1,48094

GAD_2	21,616	,000	7,662 6,986	109 64,989	,000 ,000	1,09394 1,09394	,14278 ,15659	,81095 ,78121	1,37693 1,40667
GAD_3	15,868	,000	6,710 6,405	109 78,882	,000 ,000	1,14141 1,14141	,17010 ,17820	,80429 ,78670	1,47854 1,49613
GAD_4	6,429	,013	6,236 6,071	109 85,575	,000 ,000	1,13434 1,13434	,18191 ,18684	,77381 ,76289	1,49488 1,50579
GAD_5	31,644	,000	7,076 6,455	109 65,089	,000 ,000	1,20000 1,20000	,16958 ,18591	,86391 ,82873	1,53609 1,57127
GAD_6	3,623	,060	4,956 4,930	109 92,910	,000 ,000	,86667 ,86667	,17488 ,17581	,52005 ,51754	1,21328 1,21579
GAD_7	25,293	,000	6,337 5,881	109 70,032	,000 ,000	1,13939 1,13939	,17981 ,19374	,78302 ,75300	1,49576 1,52579
GAD_Бал	19,345	,000	9,885 9,097	109 67,575	,000 ,000	7,70101 7,70101	,77909 ,84656	6,15687 6,01153	9,24515 9,39049
PCL_1	1,772	,186	9,137	109	,000	1,65556	,18119	1,29645	2,01466

			8,783	81,229	,000	1,65556	,18849	1,28053	2,03058
PCL_2	19,860	,000	7,75771,134	10967,409	,000,000	1,58182 1,58182	,20393 ,22171	1,17764 1,13932	1,98599 2,02431
PCL_3	26,264	,000	8,4517,661	10963,442	,000,000	1,75152 1,75152	,20726 ,22862	1,34073 1,29472	2,16230 2,20831
PCL_4	,405	,526	9,4549,608	10999,735	,000,000	1,75253 1,75253	,18537 ,18241	1,38513 1,39063	2,11992 2,11442
PCL_5	10,358	,002	9,1068,493	10971,520	,000,000	1,97172 1,97172	,21653 ,23215	1,54257 1,50888	2,40087 2,43456
Інтрузивність	10,566	,002	12,54911,757	10972,890	,000,000	8,71313 8,71313	,69433 ,74113	7,33699 7,23603	10,08928 10,19024
PCL_6	,205	,652	10,35010,504	10999,331	,000,000	1,94444 1,94444	,18788 ,18512	1,57208 1,57714	2,31681 2,31175
PCL_7	30,153	,000	9,0808,297	10965,561	,000,000	1,94343 1,94343	,21404 ,23424	1,51922 1,47569	2,36765 2,41118

Уникання	8,637	,004	11,843 11,111	109 73,341	,000 ,000	3,88788 3,88788	,32829 ,34991	3,23721 3,19056	4,53855 4,58520
PCL_8	26,391	,000	9,526 8,714	109 65,887	,000 ,000	1,83535 1,83535	,19267 ,21061	1,45349 1,41484	2,21722 2,25587
PCL_9	13,667	,000	9,043 8,357	109 68,761	,000 ,000	1,91010 1,91010	,21121 ,22856	1,49148 1,45410	2,32872 2,36610
PCL_10	18,675	,000	9,200 8,304	109 62,288	,000 ,000	1,73535 1,73535	,18862 ,20898	1,36151 1,31765	2,10920 2,15305
PCL_11	,166	,684	12,641 12,647	109 94,826	,000 ,000	2,15152 2,15152	,17020 ,17012	1,81418 1,81378	2,48885 2,48925
PCL_12	6,557	,012	6,107 5,861	109 80,663	,000 ,000	1,45354 1,45354	,23800 ,24801	,98183 ,96004	1,92524 1,94703
PCL_13	3,487	,065	6,368 6,201	109 85,631	,000 ,000	1,49192 1,49192	,23428 ,24060	1,02757 1,01360	1,95626 1,97024
PCL_14	34,305	,000	8,658	109	,000	1,78788	,20650	1,37861	2,19715

			7,812	62,198	,000	1,78788	,22886	1,33042	2,24533
Негативні_Реакції	24,349	,000	14,316 13,194	109 67,981	,000 ,000	12,36566 12,36566	,86377 ,93725	10,65368 10,49540	14,07763 14,23592
PCL_15	7,348	,008	6,228 5,930	109 78,086	,000 ,000	1,30505 1,30505	,20955 ,22007	,88973 ,86694	1,72038 1,74317
PCL_16	25,044	,000	4,305 3,925	109 64,956	,000 ,000	,88687 ,88687	,20600 ,22595	,47858 ,43561	1,29516 1,33813
PCL_17	7,553	,007	7,115 6,758	109 77,230	,000 ,000	1,48384 1,48384	,20854 ,21958	1,07052 1,04662	1,89716 1,92106
PCL_18	7,315	,008	9,270 8,810	109 77,466	,000 ,000	1,78586 1,78586	,19266 ,20271	1,40402 1,38225	2,16770 2,18947
PCL_19	1,625	,205	6,810 6,705	109 89,400	,000 ,000	1,52929 1,52929	,22455 ,22809	1,08423 1,07612	1,97435 1,98247
PCL_20	1,161	,284	7,190 6,988	109 84,983	,000 ,000	1,68586 1,68586	,23448 ,24125	1,22113 1,20618	2,15059 2,16554

Гіперреактивність	3,290	,072	10,666 10,059	109 74,968	,000 ,000	8,67677 8,67677	,81351 ,86262	7,06441 6,95834	10,28912 10,39520
PCL_Бал	11,452	,001	16,173 14,918	109 68,235	,000 ,000	33,64343 33,64343	2,08022 2,25517	29,52051 29,14359	37,76635 38,14328
Суб_єктивна_якість	,008	,930	5,088 4,985	109 87,741	,000 ,000	,74848 ,74848	,14711 ,15015	,45691 ,45008	1,04006 1,04689
Латентність	3,951	,049	3,642 3,523	109 83,338	,000 ,001	1,50707 1,50707	,41383 ,42784	,68687 ,65617	2,32727 2,35798
Тривалість	,880	,350	2,691 2,719	109 97,996	,008 ,008	,64242 ,64242	,23876 ,23629	,16921 ,17352	1,11563 1,11133
Засинання	1,086	,300	2,509 2,496	109 92,909	,014 ,014	,55253 ,55253	,22020 ,22137	,11609 ,11293	,98896 ,99212
Прокидання	2,345	,129	5,914 5,865	109 91,873	,000 ,000	1,15960 1,15960	,19608 ,19772	,77098 ,76689	1,54822 1,55230
Вставання	19,232	,000	3,985	109	,000	,87273	,21901	,43866	1,30680

			3,773	76,269	,000	,87273	,23129	,41210	1,33335
Порушення_ Дихання	18,850	,000	3,595 3,269	109 64,297	,000 ,002	,48384 ,48384	,13460 ,14799	,21707 ,18822	,75060 ,77945
Кашель	24,017	,000	3,096 2,837	109 66,367	,002 ,006	,60606 ,60606	,19575 ,21361	,21808 ,17961	,99404 1,03251
Холод	8,707	,004	3,725 3,614	109 84,385	,000 ,001	,74848 ,74848	,20096 ,20713	,35018 ,33661	1,14679 1,16036
Жар	8,261	,005	3,911 3,753	109 80,706	,000 ,000	,75758 ,75758	,19373 ,20185	,37362 ,35594	1,14153 1,15921
Кошмари	2,462	,120	5,086 5,003	109 89,149	,000 ,000	,92727 ,92727	,18233 ,18534	,56590 ,55902	1,28865 1,29552
Біль	4,822	,030	2,988 2,875	109 81,505	,003 ,005	,60909 ,60909	,20382 ,21186	,20513 ,18760	1,01305 1,03059
Відволікання	15,120	,000	3,810 3,653	109 80,361	,000 ,000	,89596 ,89596	,23517 ,24528	,42986 ,40786	1,36206 1,38406

Розлади_сну	8,851	,004	6,231 5,866	109 74,424	,000 ,000	7,61313 7,61313	1,22188 1,29785	5,19141 5,02735	10,03485 10,19892
Денна_активність	12,057	,001	5,036 4,794	108 77,685	,000 ,000	1,50427 1,50427	,29870 ,31376	,91220 ,87958	2,09635 2,12897
Засоби_для_засинання	6,733	,011	2,184 2,112	109 83,273	,031 ,038	,39899 ,39899	,18266 ,18888	,03696 ,02333	,76102 ,77465
Сусід	3,634	,060	,238 ,246	91 85,286	,812 ,806	,05936 ,05936	,24928 ,24111	-,43580 -,42000	,55453 ,53872
Хропіння	20,360	,000	2,710 2,461	108 63,435	,008 ,017	,46970 ,46970	,17334 ,19087	,12611 ,08832	,81328 ,85108
Затримки_дихання	26,246	,000	2,668 2,364	109 57,753	,009 ,021	,30808 ,30808	,11547 ,13031	,07923 ,04721	,53693 ,56895
Посмикування	3,647	,059	2,529 2,476	109 87,427	,013 ,015	,52121 ,52121	,20606 ,21050	,11282 ,10284	,92961 ,93958
Дезорієнтація	36,937	,000	3,958	109	,000	,55152	,13933	,27537	,82766

			3,462	54,816	,001	,55152	,15931	,23222	,87081
Неспокій	26,061	,000	4,13438,817	9157,015	,000,000	,96718,96718	,23395,25337	,50247,45983	1,43189 1,47454
TAS_Бал	22,220	,000	5,12744,591	10960,261	,000,000	17,32020 17,32020	3,37820 3,77285	10,62472 9,77406	24,01568 24,86634
CQLS_1	,075	,784	-3,410-3,414	10995,038	,001,001	-1,44040-1,44040	,42241,42193	-2,27761-2,27804	-,60320-,60277
CQLS_2	,289	,592	-3,831-3,861	10997,142	,000,000	-1,52121-1,52121	,39707,39404	-2,308 20-2,303 26	-,73423-,73917
CQLS_3	,140	,709	-1,725-1,729	10995,418	,087,087	-,95152-,95152	,55170,55043	-2,044 96-2,044 19	,14193,14116

CQLS_4	1,195	,277	-,728 -,741	109 99,997	,468 ,461	-,47980 -,47980	,65895 ,64784	-1,78582 -1,76509	,82623 ,80549
CQLS_5	1,090	,299	-1,894 -1,916	109 98,452	,061 ,058	-,93838 -,93838	,49554 ,48969	-1,92053 -1,91010	,04376 ,03334
CQLS_6	,127	,723	-1,417 -1,402	109 91,116	,159 ,164	-,68990 -,68990	,48681 ,49199	-1,65475 -1,66717	,27495 ,28737
CQLS_7	2,386	,125	-1,024 -1,063	109 105,083	,308 ,290	-,53535 -,53535	,52261 ,50377	-1,57116 -1,53423	,50045 ,46353
CQLS_8	,497	,482	-1,849 -1,870	109 98,233	,067 ,064	-,87475 -,87475	,47301 ,46776	-1,81223 -1,80297	,06273 ,05347

CQLS_9	,016	,901	-3,184 -3,203	109 96,586	,002 ,002	-1,45859 -1,45859	,45803 ,45533	-2,36638 -2,36233	-,55079 -,55484
CQLS_10	,043	,835	-3,515 -3,501	109 93,313	,001 ,001	-1,40909 -1,40909	,40085 ,40248	-2,20356 -2,20831	-,61462 -,60987
CQLS_Бал	,370	,544	-3,007 -3,038	109 97,968	,003 ,003	-10,29899 -10,29899	3,42460 3,38951	-17,08644 -17,02539	-3,51154 -3,57259

Таблиця 2.26.

Показники описової статистики

	Г1				Г2			
	Mean	Max	Min	SD	Mean	Max	Min	SD
PHQ_Бал	8,00	19,00	,00	4,03	16,02	27,00	6,00	5,45
GAD_Бал	5,45	15,00	,00	3,17	13,16	21,00	4,00	5,04
Інтрузивність	3,91	14,00	,00	3,02	12,62	20,00	3,00	4,30
Уникання	1,38	5,00	,00	1,43	5,27	8,00	1,00	2,03

Негативні Реакції	5,21	15,00	,00	3,53	17,58	28,00	8,00	5,57
Гіперреактивність	5,55	14,00	,00	3,61	14,22	24,00	3,00	4,96
PCL-5 Бал	16,05	31,00	,00	8,54	49,69	80,00	32,00	13,39
Суб’єктивна якість сну	1,32	3,00	,00	,73	2,07	3,00	,00	,81
Латентність	2,52	6,00	,00	1,98	4,02	9,00	,00	2,36
Тривалість	1,09	7,00	,00	1,26	1,73	4,00	,00	1,19
Засинання	1,47	3,00	,00	1,13	2,02	3,00	,00	1,16
Прокидання	1,15	3,00	,00	1,00	2,31	3,00	,00	1,04
Вставання	,73	3,00	,00	,99	1,60	3,00	,00	1,32
Порушення Дихання	,23	3,00	,00	,52	,71	3,00	,00	,89
Кашель	,39	3,00	,00	,78	1,00	3,00	,00	1,28
Холод	,98	3,00	,00	,97	1,73	3,00	,00	1,14
Жар	,91	3,00	,00	,91	1,67	3,00	,00	1,13
Кошмари	,94	3,00	,00	,91	1,87	3,00	,00	,99
Біль	,59	3,00	,00	,96	1,20	3,00	,00	1,18
Відволікання	,68	3,00	,00	1,10	1,58	3,00	,00	1,37
Порушення сну	8,08	24,00	,00	5,40	15,69	30,00	3,00	7,48
Денна активність	1,98	6,00	,00	1,35	3,49	6,00	,00	1,78
Прийом медикаментів	,38	3,00	,00	,87	,78	3,00	,00	1,04
Сусідство	1,59	3,00	,00	1,25	1,65	3,00	,00	1,06
Хропіння	,30	3,00	,00	,68	,77	3,00	,00	1,14
Затримки дихання	,14	2,00	,00	,39	,44	3,00	,00	,81

Посмикування ногами	,88	3,00	,00	1,02	1,40	3,00	,00	1,14
Дезорієнтація	,18	2,00	,00	,43	,73	3,00	,00	1,01
Неспокій	,36	3,00	,00	,90	1,32	3,00	,00	1,36
TAS-26 Бал	57,26	80,00	24,00	12,07	74,58	130,00	43,00	23,26
CQLS Бал	59,45	100,00	17,00	18,09	49,16	88,00	18,00	17,14

Примітка: N= загальна кількість осіб, μ - середнє значення, SE – помилка середнього, SD - стандартне відхилення , Me- медіана, Min. – мінімальне значення, Max. – максимальне значення

Статистичні висновки

Аналіз показників підтвердив значущі відмінності між Г1 та Г2. У Г2 спостерігалися статистично вищі показники за шкалами:

- PCL-5 – симптоми ПТСР;
- PSQQ – порушення сну;
- PHQ-9 – депресія;
- GAD-7 – тривога;
- TAS-26 – алекситимія;
- CQLS – нижчий рівень якості життя.

Основні статистичні висновки

- Г2 мала статистично вищі рівні показників порівняно з Г1 за шкалами PCL-5, PSQQ, PHQ-9, GAD-7, TAS-26, та нижчий рівень якості життя за CQLS.
- Виявлено сильні позитивні кореляції між ПТСР, депресією, тривожністю, алекситимією та порушеннями сну ($p>0,001$), а також між медикаментозним лікуванням та параметрами тривоги та сну ($p>0,01$).
- Спостерігається сильний негативний зв’язок між якістю життя та порушеннями сну, денною активністю та віком ($p>0,05$).

Статистичний опис статистично відмінної групи із числа загальної вибірки серед жінок молодшої вікової групи та їх підгруп.

Ідентичну за основними параметрами та соціально-демографічними показниками підгрупу дослідження склали жінки віком від 18 до 45 років із середнім віком (M=23), (n=22) із симптомами ПТСР та супутніми порушеннями сну, за наявності однакового типу психотравмівної події в анамнезі, пов'язаної з військовими подіями. У межах дослідження учасники були розподілені на дві порівнювані групи (ПГ) залежно від вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оціненого за шкалою PCL-5: Група 1 (ПГ1) — розлади адаптації (N = 12; V% = 54.5%) та Група 2 (ПГ2) — ПТСР (N = 10; V% = 45.5%).

Статистичний аналіз середніх значень показників PCL-5 підтвердив значущі відмінності між групами. Загальні показники PCL-5: Min = 3:29; Max = 25:80; M = 16.5:47.3; SD = 7.79:16.15. Окремі субшкали мали такі результати: інтрузивність (M = 3.67:12.10; SD = 2.87:5.34), уникнення (M = 1.33:4.8; SD = 1.37:2.78), негативні зміни (M = 6.33:15.8; SD = 2.77:6.16) та гіперреактивність (M = 5.17:14.6; SD = 3.69:4.22).

Крім того, у ПГ2 спостерігалися статистично вищі рівні показників у порівнянні з ПГ1 за наступними компонентами:

- **Порушення сну за PSQQ**: M = 13.6; SD = 7.63 (ПГ2) проти M = 5.08; SD = 3.29 (ПГ1),
- **Депресія за PHQ-9**: M = 15.8; SD = 5.94 (ПГ2) проти M = 7.58; SD = 3.78 (ПГ1),
- **Тривога за GAD-7**: M = 11.1; SD = 5.55 (ПГ2) проти M = 6.33; SD = 3.31 (ПГ1),
- **Алекситимія за TAS-26**: M = 69.2; SD = 26.2 (ПГ2) проти M = 55.67; SD = 10.8 (ПГ1),
- **Нижчі показники якості життя за CQLS**: M = 46.7; SD = 20.86 (ПГ2) проти M = 54.17; SD = 19.22 (ПГ1).

Отримані дані свідчать про чітку кореляцію між наявністю симптомів ПТСР, порушеннями сну, депресивною та тривожною симптоматикою, алекситимією та зниженням рівня загальної якості життя. Це підкреслює необхідність подальшого вивчення механізмів взаємозв'язку між цими факторами з метою оптимізації діагностичних та терапевтичних підходів. Отримані результати статистичного аналізу підтвердили значущі кореляційні зв'язки між симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та супутніми психічними й фізіологічними порушеннями. Встановлено, що всі чотири кластери симптомів ПТСР мають сильну позитивну кореляцію із загальним балом PCL-5 на рівні $p > 0,001$.

Спостерігається значуща позитивна кореляція між симптомами вторгнення та показниками депресії, тривоги та порушень сну ($p > 0,001$), а також алекситимією ($p > 0,01$), суб'єктивною якістю сну та порушенням денного функціонування ($p > 0,05$). Симптом уникнення має тісний зв'язок із депресією та порушеннями сну ($p > 0,001$), тривогою й алекситимією ($p > 0,01$), а також суб'єктивною якістю сну та тривалістю ($p > 0,05$). Негативні думки та емоції корелюють із депресією, тривогою, порушеннями сну, тривалістю та алекситимією ($p > 0,001$), суб'єктивною якістю сну ($p > 0,01$) та порушенням денного функціонування ($p > 0,05$). Симптом гіперреактивності також показав значущі зв'язки із депресією, тривогою, порушеннями сну ($p > 0,001$), суб'єктивною якістю сну, тривалістю та алекситимією ($p > 0,01$), а також латентністю сну ($p > 0,05$).

Результати кореляційного аналізу засвідчили негативний зв'язок між показниками якості життя та кластерами негативних думок та емоцій, алекситимією ($p > 0,01$), депресією, тривалістю сну та його суб'єктивною якістю ($p > 0,05$). Надійні позитивні кореляції були виявлені між алекситимією та депресією ($r = 0.653$, $p = 0.001$), тривогою ($r = 0.563$, $p = 0.006$), симптомами вторгнення, уникнення, негативними думками, гіперреактивністю та загальним балом PCL-5.

Важливим аспектом аналізу стало виявлення значущих кореляцій між порушеннями сну та психопатологічними факторами: депресією ($r = 0.756$, $p = 0.000$), тривогою ($r = 0.654$, $p = 0.001$), симптомами ПТСР ($r = 0.861$, $p = 0.000$) та негативним зв’язком із рівнем якості життя ($r = -0.531$, $p = 0.011$).

Отримані дані підтверджують значущі зв’язки між:

- Кластерами симптомів ПТСР та порушенням сну;
- Тривожними та депресивними розладами;
- Алекситимією та низьким рівнем якості життя.

Таким чином, учасники з вираженими симптомами ПТСР та супутніми розладами сну також демонструють вищі рівні проявів тривоги, депресії, алекситимії та нижчі показники якості життя. Це свідчить про підвищений ризик поглиблення симптоматики та тривалої дезадаптації у майбутньому.

Висновки до розділу 2.

1. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань дисертаційного дослідження було сформовано дизайн дослідження.

2. Були сформовані групи дисертаційного дослідження, що дозволило використовувати їх для порівняння в ході дослідження.

3. Для проведення дисертаційного дослідження обрана батарея психодіагностичних методик, яка спрямована на досягнення мети та вирішення поставлених наукових завдань даного дисертаційного дослідження.

4. Методи математичної та статистичної обробки одержаних даних дисертаційного дослідження відповідають характеру статистичних даних і дають можливість підтвердити отримані результати відповідно до принципів доказовості.

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Когут А. Особливості розвитку розладів, пов'язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну внаслідок військових подій. PMGP [інтернет]. 9(4) доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/569

2. Когут А, Чабан О. Психодіагностична оцінка використання шкал PCL-5, PHQ-9 та GAD-7 при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну. PMGP [інтернет]. 10(1). доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597

РОЗДІЛ 3

АЛГОРИТМ ДИСТАНЦІЙНОЇ КУРАЦІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ТА СУПУТНІМИ ПОРУШЕННЯМИ СНУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

3.1. Оцінка психодіагностичного алгоритму курації при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну.

Таким чином, отримані результати підтверджують глибокий зв'язок між симптомами ПТСР, порушеннями сну, депресивною та тривожною симптоматикою, алекситимією та загальним рівнем якості життя. Це підкреслює необхідність подальших досліджень для розробки діагностичних та терапевтичних стратегій, спрямованих на покращення психологічного благополуччя даної категорії пацієнтів.

Отримані результати підтверджують високу психометричну цінність використаних шкал у діагностиці розладів, пов'язаних із стресом та порушеннями сну. Запропонований психодіагностичний алгоритм дозволяє ефективно оцінювати симптоматику та проводити диференційоване групування пацієнтів.

Отримані статистично значущі результати підтверджують високу психометричну цінність шкал PHQ-9, GAD-7, PCL-5 для діагностики розладів, пов'язаних зі стресом та порушеннями сну. Встановлено, що запропонований психодіагностичний алгоритм ефективно оцінює симптоматику та дозволяє диференціювати групи за рівнем виразності патологічних проявів. На основі отриманих даних рекомендовано розробку диференційованих стратегій втручання відповідно до нозологічної приналежності та подальшої організації процесу ведення пацієнтів.

За результатами огляду літератури та проведеного дослідження можна скласти орієнтовний діагностичний, профілактичний та медико-реабілітаційний алгоритм ведення пацієнтів, що висвітлює важливість індивідуалізованого підходу до кожного пацієнта у міждисциплінарній взаємодії спеціалістів різного профілю.

З початком настання широкомасштабних військових подій на території України — світова професійна спільнота активно долучилася до розробки рекомендацій та алгоритмів надання першої психологічної та медичної допомоги населенню в даних умовах. Наша задача — критично оцінити всі можливі варіанти надання та отримання даної допомоги із урахуванням можливих комбінацій, як із боку надавачів, так і власне, отримувачів допомоги.

Алгоритм надання віддаленої допомоги має як свої переваги, так і недоліки. Ставлячи питання вибору — між фізичною безпекою життів, як лікаря, так і пацієнта, і зокрема — психологічною безпекою, у разі неможливості надання запланованої допомоги або її переривання, у зв’язку з технічними або об’єктивними причинами. У фокусі нашої уваги — саме населення, яке перебуває на території України, де в даний час діє режим військового стану (як надавачі, так і отримувачі допомоги).

3.2. Оптимізація принципів організації подальшого процесу ведення пацієнтів та формування мішеней для дистанційного втручання.

1. Скринінг та первинна оцінка стану.

2. Клініко-анамнестичний аналіз.

3. Використання стандартизованих методик.

4. Психоосвітні заходи (психоедукація).

5. Психокорекція.

6. Використання навчальних матеріалів щодо регуляції сну, уникнення гіперактивації симпатичної нервової системи.

7. Дистанційний моніторинг.

8. Стратегії адаптації до хронічного стресу та відновлення соціальної активності.

9. Психотерапія.

10. Моніторинг динаміки стану (ведення щоденника сну та емоційного стану, використання мобільних додатків для самоконтролю показників тривожності та депресії).

11. Соціальна інтеграція.

12. Довгострокова підтримка та реабілітація.

13. Стратегії посттравматичного зростання.

14. Психофармакотерапія за показаннями.

З метою організації подальшого процесу ведення пацієнтів не в дистанційних умовах, в залежності від рівня організації:

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ АСПЕКТ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРНИ ЗДОРОВ'Я

- контроль та своєчасна корекція
- своєчасне направлення для консультування до вузьких спеціалістів
- вдосконалення комунікативних навичок лікарів при роботі з пацієнтами та їх оточенням з дотриманням принципів медичної деонтології та психологічних аспектів взаємодії “лікар-пацієнт” при роботі з пацієнтами
- індивідуальний підхід до кожного пацієнта
- консультування у суміжних спеціалістів відповідного профілю (сімейний лікар, невропатолог, психотерапевт, медичний психолог)

- психоедукація із впровадженням навичок психогігієни та психопрофілактики із формуванням комплаєнтної поведінки для формування терапевтичного альянсу
- своєчасне виявлення аддиктивної поведінки у пацієнта або вже наявних залежностей
- проведення обов'язкової диференційної діагностики з іншими нозологіями рубрик неврологічних та психічних розладів
- первинна та вторинна психопрофілактика
- підтримка здорового способу життя
- контроль наявності оптимальних соціально-економічних умов та рівня якості життя пацієнтів із залученням підтримки родичів та близьких пацієнта, за потреби — контроль лікаря, зі зверненням до соціальних служб, із метою покращення ефективності лікування пацієнта.
- Підбір індивідуалізованих комплексних профілактичних програм
- можливість використання сучасних розробок для дистанційного ведення пацієнтів за допомоги телемоніторингу, телемедицини та використання різноманітних додатків, за умови можливостей пацієнта.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ТА ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- відновлювальна терапія
- патогенетичне лікування основного та супутніх захворювань і ускладнень
- симптоматичне лікування
- проведення додаткових психодіагностичних та інструментальних, зокрема — нейровізуалізаційних обстежень з метою встановлення точного психоневрологічного діагнозу, що є обов'язковим для визначення індивідуального специфічного лікування згідно сучасних протоколів лікування

- відвідування тренінгів, груп підтримки (бажано у ЛЗ разом з іншими пацієнтами)
- модифікація способу життя пацієнтів із врахуванням індивідуальних особливостей: рухова активність, збалансований раціон харчування з контролем рівня вітамінів та мінералів або дієтичне харчування, режим та якість сну, денна активність, працетерапія — за допомоги суміжних спеціалістів (дієтолог, нутриціолог, фізіотерапевт, реабілітолог, ерготерапевт, логопед, сомнолог)
- реадаптація (повернення до звичного життя після госпіталізації)
- сімейна адаптація
- соціальна адаптація
- самоактуалізація особистості пацієнта
- професійна реабілітація
- подальший контроль та спостереження спеціалістами у міждисциплінарній взаємодії

Висновки до третього розділу.

1. Розроблено інтегративний міждисциплінарний клініко-діагностичний та медико-профілактичний алгоритм дистанційного менеджменту пацієнтів із розладами, пов’язаними зі стресом та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану.
2. Досліджено діагностичну складову даного алгоритму за отриманими статистичними результатами у групах порівняння.
3. Запропоновано диференційовані принципи подальшого втручання, в залежності від нозологічної приналежності.
4. Оптимізовано принципи організації подальшого процесу ведення пацієнтів шляхом удосконалення алгоритму та формування мішеней для подальшого дистанційного втручання.

ВИСНОВКИ

В даному дисертаційному дослідженні наведено теоретичне обґрунтування та запропоновано нове практичне розв’язання актуальної наукової задачі, яка поглиблює знання про особливості диференційної діагностики розладів, пов’язаних зі стресом шляхом вивчення особливостей груп порівняння.

1. Оптимізовано алгоритм ведення пацієнтів із розладами, пов’язаними зі стресом, внаслідок військових подій, із супутніми порушеннями сну, на основі вивчення особливостей груп порівняння, і шляхом удосконалення алгоритму психодіагностичної дистанційної курації пацієнтів в умовах військового стану.
2. Вперше було проаналізовано та вивчено особливості взаємозв'язку між впливом психосоціальних та особистісних факторів та показниками окремих кластерів посттравматичних симптомів та окремих компонентів порушення якості сну із відповідним рівнем тривожно-депресивної симптоматики, алекситимії та якості життя.
3. Розроблено інтегративний міждисциплінарний клініко-діагностичний та медико-профілактичний алгоритм дистанційного менеджменту пацієнтів із розладами, пов’язаними зі стресом та супутніми порушеннями сну в умовах військового стану.
4. Досліджено діагностичну складову даного алгоритму за отриманими статистичними результатами у групах порівняння.
5. Оптимізовано принципи організації подальшого процесу ведення пацієнтів шляхом удосконалення алгоритму та формування мішеней для подальшого дистанційного втручання.
6. Вперше була проведена диференційна діагностика розладів, пов’язаних зі стресом з порушеннями сну у межах ПТСР та розладів адаптації у групах

осіб з однаковим типом психотравмівної події в анамнезі, пов’язаними з військовими подіями з початку повномасштабного вторгнення.

7. Вперше було проаналізовано диференційований підхід до діагностики розладів, пов’язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну за посттравматичними кластерами симптомів згідно різних актуальних сучасних класифікацій.
8. Виокремлено статистично відмінні результати на однорідній вибірці підгрупи жінок молодшої вікової групи.
9. Детально оцінено психодіагностичний компонент запропонованого психометричного інструментарію, як важливий елемент в умовах дистанційного втручання, шляхом валідизації україномовних версій шкал на презентативній вибірці.

Отже, обгрунтованість та достовірність наукових положень, отриманих результатів та запропонованих автором рішень підтверджується теоретичним обґрунтуванням базових положень та за результатами.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Оцінку рівня психосоціальної дезадаптації для проведення диференційної діагностики з тривожно-депресивними розладами.
2. Розробку удосконалених психодіагностичних алгоритмів ведення пацієнтів із стресовими розладами та порушеннями сну.
3. Створення індивідуальних програм психокорекції, спрямованих на формування копінг-стратегій та механізмів подолання стресу.
4. Для складання оптимальної схеми діагностичних та психокорекційних заходів рекомендовано врахувати поточний психоемоційний статус для проведення психодіагностичного тестування.
5. Доцільне використання розробленого алгоритму при розладах, пов’язаних зі стресом.
6. Пропонується використовувати представлені у дослідженні статистичні моделі для оцінки інших потенційних психодіагностичних інструментів.

Основні положення дисертації можуть бути використані у підготовці лекційних курсів та практичних занять для студентів, інтернів та аспірантів, а також в клінічниій крактиці психіатрів, лікарів-психологів, психотерапевтів, невропатологів, лікарів загальної практики та педіатрів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
3. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації. Наказ МОЗ України від 19.07.2024 р. № 1265. Доступно за посиланням: moz.gov.ua.
4. WHO. Mental Health Atlas 2020 Кіл.ry Profile: Ukraine. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-ukr-2020-Кіл.ry-profile.
5. WHO. Ukraine - WHO 2024 Health Emergency Appeal. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/ukraine—who-2024-health-emergency-appeal.pdf.
6. WHO. Ukraine WHO Special Initiative for Mental Health Situational Assessment. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-special-initiative-Кіл.ry-report—ukraine—2020.pdf?sfvrsn=ad137e9_4.
7. UNICEF. The impact of war on children in Ukraine. Available at: https://www.unicef.org/ukraine/en/stories/impact-war-children-ukraine. WHO. International Classification of Diseases (ICD-10). Available at: https://www.who.int/classifications/icd/en/.
8. WHO. International Classification of Diseases (ICD-11). Available at: https://icd.who.int/en.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Available at: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm.
10. Martsenkovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Mental health in Ukraine in 2023. European Psychiatry. 2024;67(1):e27. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.12.
11. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
12. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 7:22-32. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/.
13. Ehler A, Clark DM. The impact of war on mental health: A systematic review. J Clin Psychol. 2022;78(3):123-137.
14. Nickerson A, Liddell BJ, Moulds ML, et al. Trauma treatment frameworks in war-affected populations. Lancet Psychiatry. 2019;6(2):165-173.
15. Morina N, Schnyder U, Schick M, et al. Psychological adaptation in war survivors: Emerging challenges and approaches. Psychol Med. 2020;50(12):1867-1878.
16. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, et al. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2019;367:l6068.
17. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. JAMA. 2006;295(9):1023-1032.
18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617-627.

19. Klymenko I, Tverdokhlib N, Zlobin O, Karachynskyi O, Kononenko O. PTSD in military personnel: diagnosis, treatment and support. Amazonia Investiga. 2024;13(74):286-298.

20. Hrynzovskyi O, et al. Prevalence and determinants of PTSD in military personnel. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(1565):1-15.

21. Ahmadi R, Rahimi-Jafari S, Olfati M, et al. Insomnia and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis on interrelated association (n = 57,618) and prevalence (n = 573,665). Neurosci Biobehav Rev. 2022;141:104850. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104850

22. Spoormaker VI, van den Bout J. Sleep and stress-related disorders: a review. Sleep Med Rev. 2005;9(5):341-356.

23. Ross RJ, Ball WA, Sullivan KA, Caroff SN. Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1989;146(6):697-707.

24. Germain A. Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now? Am J Psychiatry. 2013;170(4):372-382.

25. Van Liempt S, Vermetten E, Geuze E, Westenberg H. The impact of impaired sleep on the development of PTSD symptoms in trauma-exposed individuals: a prospective study. J Psychiatr Res. 2013;47(4):548-555.

26. Walker MP. The role of sleep in cognition and emotion. Ann Rev Psychol. 2009;60:49-79.

27. Belleville G, Guay S, Marchand A. Impact of sleep disturbances on PTSD symptoms and perceived health. J Psychosom Res. 2009;66(2):221-227.

28. Han KS, Kim L, Shim I. Stress and sleep disorder. Exp Neurobiol. 2012 Dec;21(4):141-50. doi: 10.5607/en.2012.21.4.141. Epub 2012 Dec 26. PMID: 23319874; PMCID: PMC3538178.

29. Cox RC, Taylor S, Strachan E, Olatunji BO. Insomnia and posttraumatic stress symptoms: Evidence of shared etiology. Psychiatry Res. 2020;286:112548. doi:10.1016/j.psychres.2019.112548

30. Weber FC, Wetter TC. The Many Faces of Sleep Disorders in Post-Traumatic Stress Disorder: An Update on Clinical Features and Treatment. Neuropsychobiology. 2022;81(2):85-97. doi:10.1159/000517329
31. Lancel M, van Marle HJF, Van Veen MM, van Schagen AM. Disturbed Sleep in PTSD: Thinking Beyond Nightmares. Front Psychiatry. 2021;12:767760. Published 2021 Nov 24. doi:10.3389/fpsyt.2021.767760
32. Maher AR, Apaydin EA, Hilton L, et al. Sleep management in posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med. 2021;87:203-219. doi:10.1016/j.sleep.2021.08.016
33. Biggs QM, Ursano RJ, Wang J, Wynn GH, Carr RB, Fullerton CS. Post traumatic stress symptom variation associated with sleep characteristics. BMC Psychiatry. 2020;20(1):174. Published 2020 Apr 16. doi:10.1186/s12888-020-02550-y
34. Slavish DC, Briggs M, Fentem A, Messman BA, Contractor AA. Bidirectional associations between daily PTSD symptoms and sleep disturbances: A systematic review. Sleep Med Rev. 2022;63:101623. doi:10.1016/j.smrv.2022.101623
35. Maguire DG, Ruddock MW, Milanak ME, Moore T, Cobice D, Armour C. Sleep, a Governor of Morbidity in PTSD: A Systematic Review of Biological Markers in PTSD-Related Sleep Disturbances. Nat Sci Sleep. 2020;12:545-562. Published 2020 Jul 31. doi:10.2147/NSS.S260734
36. Nagy SM, Pickett SM, Hunsanger JA. The relationship between mindfulness, PTSD-related sleep disturbance, and sleep quality: Contributions beyond emotion regulation difficulties. Psychol Trauma. 2022;14(7):1073-1079. doi:10.1037/tra0000572
37. van der Helm E, Walker MP. Sleep and Emotional Memory Processing. Sleep Med Clin. 2011;6(1):31-43. doi:10.1016/j.jsmc.2010.12.010
38. Dolan M, Slavish DC, Weiss NH, Contractor AA. The Role of Emotion Dysregulation in the Relationship Between Sleep Disturbances and PTSD

Symptom Severity. J Nerv Ment Dis. 2023;211(3):203-215. doi:10.1097/NMD.0000000000001631

39. Pickett SM, Barbaro N, Mello D. The relationship between subjective sleep disturbance, sleep quality, and emotion regulation difficulties in a sample of college students reporting trauma exposure. Psychol Trauma. 2016;8(1):25-33. doi:10.1037/tra0000064
40. Pace-Schott EF, Seo J, Bottary R. The influence of sleep on fear extinction in trauma-related disorders. Neurobiol Stress. 2022;22:100500. Published 2022 Nov 7. doi:10.1016/j.ynstr.2022.100500
41. Fairholme CP, Nosen EL, Nillni YI, Schumacher JA, Tull MT, Coffey SF. Sleep disturbance and emotion dysregulation as transdiagnostic processes in a comorbid sample. Behav Res Ther. 2013;51(9):540-546. doi:10.1016/j.brat.2013.05.014
42. Ahmadi R, Rahimi-Jafari S, Olfati M, et al. Insomnia and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis on interrelated association (n = 57,618) and prevalence (n = 573,665). Neurosci Biobehav Rev. 2022;141:104850. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104850
43. Han KS, Kim L, Shim I. Stress and sleep disorder. Exp Neurobiol. 2012 Dec;21(4):141-50. doi: 10.5607/en.2012.21.4.141. Epub 2012 Dec 26. PMID: 23319874; PMCID: PMC3538178.
44. Cox RC, Taylor S, Strachan E, Olatunji BO. Insomnia and posttraumatic stress symptoms: Evidence of shared etiology. Psychiatry Res. 2020;286:112548. doi:10.1016/j.psychres.2019.112548
45. Weber FC, Wetter TC. The Many Faces of Sleep Disorders in Post-Traumatic Stress Disorder: An Update on Clinical Features and Treatment. Neuropsychobiology. 2022;81(2):85-97. doi:10.1159/000517329
46. Lancel M, van Marle HJF, Van Veen MM, van Schagen AM. Disturbed Sleep in PTSD: Thinking Beyond Nightmares. Front Psychiatry. 2021;12:767760. Published 2021 Nov 24. doi:10.3389/fpsyt.2021.767760

47. Maher AR, Apaydin EA, Hilton L, et al. Sleep management in posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med. 2021;87:203-219. doi:10.1016/j.sleep.2021.08.016
48. Biggs QM, Ursano RJ, Wang J, Wynn GH, Carr RB, Fullerton CS. Post traumatic stress symptom variation associated with sleep characteristics. BMC Psychiatry. 2020;20(1):174. Published 2020 Apr 16. doi:10.1186/s12888-020-02550-y
49. Slavish DC, Briggs M, Fentem A, Messman BA, Contractor AA. Bidirectional associations between daily PTSD symptoms and sleep disturbances: A systematic review. Sleep Med Rev. 2022;63:101623. doi:10.1016/j.smrv.2022.101623
50. Maguire DG, Ruddock MW, Milanak ME, Moore T, Cobice D, Armour C. Sleep, a Governor of Morbidity in PTSD: A Systematic Review of Biological Markers in PTSD-Related Sleep Disturbances. Nat Sci Sleep. 2020;12:545-562. Published 2020 Jul 31. doi:10.2147/NSS.S260734
51. Nagy SM, Pickett SM, Hunsanger JA. The relationship between mindfulness, PTSD-related sleep disturbance, and sleep quality: Contributions beyond emotion regulation difficulties. Psychol Trauma. 2022;14(7):1073-1079. doi:10.1037/tra0000572
52. van der Helm E, Walker MP. Sleep and Emotional Memory Processing. Sleep Med Clin. 2011;6(1):31-43. doi:10.1016/j.jsmc.2010.12.010
53. Dolan M, Slavish DC, Weiss NH, Contractor AA. The Role of Emotion Dysregulation in the Relationship Between Sleep Disturbances and PTSD Symptom Severity. J Nerv Ment Dis. 2023;211(3):203-215. doi:10.1097/NMD.0000000000001631
54. Pickett SM, Barbaro N, Mello D. The relationship between subjective sleep disturbance, sleep quality, and emotion regulation difficulties in a sample of college students reporting trauma exposure. Psychol Trauma. 2016;8(1):25-33. doi:10.1037/tra0000064

55. Pace-Schott EF, Seo J, Bottary R. The influence of sleep on fear extinction in trauma-related disorders. Neurobiol Stress. 2022;22:100500. Published 2022 Nov 7. doi:10.1016/j.ynstr.2022.100500
56. Fairholme CP, Nosen EL, Nillni YI, Schumacher JA, Tull MT, Coffey SF. Sleep disturbance and emotion dysregulation as transdiagnostic processes in a comorbid sample. Behav Res Ther. 2013;51(9):540-546. doi:10.1016/j.brat.2013.05.014
57. Seo J, Oliver KI, Daffre C, Moore KN, Lasko NB, Pace-Schott EF. In Trauma-Exposed Individuals, Self-reported Hyperarousal and Sleep Architecture Predict Resting-State Functional Connectivity in Frontocortical and Paralimbic Regions. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 2019;4(12):1059-1069. doi:10.1016/j.bpsc.2019.06.013
58. Gibson CJ, Richards A, Villanueva C, Barrientos M, Neylan TC, Inslicht SS. Subjective Sleep Related to Post Traumatic Stress Disorder Symptoms among Trauma-Exposed Men and Women. Behav Sleep Med. 2019;17(4):492-501. doi:10.1080/15402002.2017.1409223
59. Koch T, Liedl A, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in Afghan refugees. Psychol Trauma. 2020;12(3):235-243. doi:10.1037/tra0000489
60. Jeong H, Lee YJ, Kim N, et al. Increased medial prefrontal cortical thickness and resilience to traumatic experiences in North Korean refugees. Sci Rep. 2021;11(1):14910. Published 2021 Jul 21. doi:10.1038/s41598-021-94452-6
61. Zhou A, McDaniel M, Hong X, Mattin M, Wang X, Shih CH. Emotion dysregulation mediates the association between acute sleep disturbance and later posttraumatic stress symptoms in trauma exposed adults. Eur J Psychotraumatol. 2023;14(2):2202056. doi:10.1080/20008066.2023.2202056
62. Edwards ER. Posttraumatic stress and alexithymia: A meta-analysis of presentation and severity. Psychol Trauma. 2022;14(7):1192-1200. doi:10.1037/tra0000539

63. Putica A, Van Dam NT, Steward T, Agathos J, Felmingham K, O'Donnell M. Alexithymia in post-traumatic stress disorder is not just emotion numbing: Systematic review of neural evidence and clinical implications. J Affect Disord. 2021;278:519-527. doi:10.1016/j.jad.2020.09.100
64. Ogłodek EA. Alexithymia and Emotional Deficits Related to Posttraumatic Stress Disorder: An Investigation of Content and Process Disturbances. Case Rep Psychiatry. 2022;2022:7760988. Published 2022 Jan 22. doi:10.1155/2022/7760988
65. Sopp MR, Brueckner AH, Michael T. The Prospective Influence of Trait Alexithymia on Intrusive Memories: What Is the Role of Emotional Recognition Memory?. Front Psychol. 2019;9:2642. Published 2019 Jan 8. doi:10.3389/fpsyg.2018.02642
66. Putica A, O'Donnell ML, Agathos J, Felmingham KL, Krug I, Van Dam NT. Posttraumatic Stress and Alexithymia: Symptom Associations [published online ahead of print, 2023 Jul 11]. J Nerv Ment Dis. 2023;10.1097/NMD.0000000000001689. doi:10.1097/NMD.0000000000001689
67. Bowen ME, McDevitt-Murphy ME, Olin CC, Buckley BE. The Utility of Assessing Alexithymia, in Addition to Coping, in the Context of Posttraumatic Stress. J Nerv Ment Dis. 2023;211(1):17-22. doi:10.1097/NMD.0000000000001561
68. Alimoradi Z, Majd NR, Broström A, et al. Is alexithymia associated with sleep problems? A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2022;133:104513. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.12.036
69. Huang YH, Yang CM, Huang YC, Huang YT, Yen NS. Do alexithymia and negative affect predict poor sleep quality? The moderating role of interoceptive sensibility. PLoS One. 2022;17(10):e0275359. Published 2022 Oct 3. doi:10.1371/journal.pone.0275359
70. Chan WS, Lam SCY, Ng ASY, Lobo S. Daily Associations of Sleep Quality and Sleep Duration with Anxiety in Young Adults: The Moderating Effect of

Alexithymia. Behav Sleep Med. 2022;20(6):787-797. doi:10.1080/15402002.2021.2016406

71. Zhang Y, Zhao Y, Ni T, Chen J, Tang W. Alexithymia and post-traumatic stress disorder symptoms in Chinese undergraduate students during the COVID-19 national lockdown: The mediating role of sleep problems and the moderating role of self-esteem. Front Psychol. 2022;13:1040935. Published 2022 Nov 11. doi:10.3389/fpsyg.2022.1040935
72. Pei C, Fan C, Luo H, et al. Sleep problems in adolescents with depression: Role of childhood trauma, alexithymia, rumination, and self-esteem. J Affect Disord. 2023;338:83-91. doi:10.1016/j.jad.2023.05.095
73. Li X, Wang X, Sun L, et al. Associations between childhood maltreatment and suicidal ideation in depressed adolescents: The mediating effect of alexithymia and insomnia. Child Abuse Negl. 2023;135:105990. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105990
74. Lee S, Lee J, Jeon S, et al. Nightmares and alexithymia in traumatized North Korean refugees. Sleep Med. 2021;86:75-80. doi:10.1016/j.sleep.2021.08.005
75. Ma Q, Zhang X, Zou L. The Mediating Effect of Alexithymia on the Relationship Between Schizotypal Traits and Sleep Problems Among College Students. Front Psychiatry. 2020;11:153. Published 2020 Mar 4. doi:10.3389/fpsyt.2020.00153
76. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
77. Bezsheiko V. Adaptation of the Scale for Clinical Diagnosis of PTSD and the "PTSD Symptom Checklist" Questionnaire for the Ukrainian Population. Psychosomatic Medicine and General Practice. 2016;1(1):e010108. Available at: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8
78. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress. 2018;31(6):826-36.

79. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Available at: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp.

80. National Center for PTSD**.** Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Washington, DC: US Department of Veterans Affairs; 2018.

81. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine. 1979;41(3):209-18.

82. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015.

83. Lovibond SH, Lovibond PF. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behavior Research and Therapy. 1995;33(3):335-43.

84. Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and stress response. Psychophysiology. 2000;37(2):139-49.

85. Porges SW. The polyvagal perspective. Biological Psychology. 2007;74(2):116-43.

86. Український інститут психічного здоров'я**.** ОС ПТСР: Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу. Київ: УІПЗ; 2023.

87. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

88. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. Psychiatr Ann. 2002;32(9):509-515. doi:10.3928/0048-5713-20020901-06.

89. Zhang WQ. Validity and reliability of the Patient Health Questionnaire-9 for university students [Internet]. Vancouver: University of British Columbia; 2020 [cited 2025 Apr 23]. Available from: 3.
90. Cheung RYM. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) [Internet]. In: Handbook of Assessment in Mindfulness Research. Springer; 2024 [cited 2025 Apr 23]. Available from: 4.
91. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. JAMA. 1999;282(18):1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737.
92. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the PHQ-9. J Affect Disord. 2004;81(1):61-66. doi:10.1016/S0165-0327(03)00198-3.
93. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. J Gen Intern Med. 2007;22(11):1596-1602. doi:10.1007/s11606-007-0333-y.
94. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. CMAJ. 2012;184(3):E191-E196. doi:10.1503/cmaj.110829.
95. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
96. Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Med Care. 2008;46(3):266-274. doi:10.1097/MLR.0b013e318160d093.
97. Williams N. The GAD-7 Questionnaire. Occup Med. 2014;64(3):224. doi:10.1093/occmed/kqt161.
98. Han ZR, Fang H, Ahemaitijiang N, Wang H. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). In: Handbook of Assessment in Mindfulness Research. Springer; 2024.

99. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) [Database record]. PsycTESTS. 2006.

100. Karger P. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology. Psychopathology. 2012;45(4):207-214.

101. Когут А. Особливості посттравматичних розладів із супутніми порушеннями сну серед жінок молодшого віку внаслідок військових подій. PMGP [Інтернет]. 2024 Вересень 30 [цитовано 2025 Квітень 09];9(3). Доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/514

102. Когут А. Особливості розвитку розладів, пов'язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну внаслідок військових подій. PMGP [Інтернет]. 2024 Грудень 30 [цитовано 2025 Квітень 09];9(4). Доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/569

103. Когут А, Чабан О. Психодіагностична оцінка використання шкал PCL-5, PHQ-9 та GAD-7 при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну. PMGP [Інтернет]. 2025 Березень 31 [цитовано 2025 Квітень 09];10(1). Доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597

104. Kohut AO, Chaban OS, Dolynskyi RG, Sandal OS, Bursa AI, Bobryk MI, Vertel AV. The features of posttraumatic stress disorder development in patients with diabetes mellitus type 2. Wiad Lek. 2022;75(8 pt 1):1903–1907. doi:10.36740/WLek202208115.

105. Kohut A. Emotional dysregulation and low sleep quality as risk factors for stress-related disorders development due to the war psychotrauma. Neurosci Appl. 2024;3(Suppl. 2):105349.

106. Kohut A. The role of alexithymia and sleep disturbances in young women with traumatic stress as military events result. Neurosci Appl. 2023;2(Suppl. 2):103600.

107. Kohut A, Dolinskyi R, Leshchuk I. Psychosomatic aspects of post-traumatic stress disorder development in patients with type 2 diabetes. Psychosom Med Gen Pract. 2022;7(2).

108. Kogut A, Bobryk M, Potapov O, Frankova I, Komisarenko J, Khaustova O, Chaban O. Multidisciplinary approach to research of the adherence to treatment phenomenon in patients with diabetes mellitus. Ment Health Glob Challenges J. 2019;1(1):40–41. doi:10.32437/mhgcj.v1i1.18.

109. Kohut A, Potapov O, Frankova I, Bobryk M, Komisarenko J, Chaban O. Multidisciplinary intention: Revealing the consequence of psychosocial factors on the adherence to treatment of the patients with type 2 diabetes mellitus. Ment Health Glob Challenges J. 2019;2(1):15–17. doi:10.32437/mhgcj.v2i1.43.

110. Kohut A, Bobryk M, Komisarenko J, Chaban O. The significance of multidisciplinary approach for the increasing in patients with diabetes mellitus type 2 quality of life level. Ment Health Glob Challenges J. 2019;70–75. doi:10.32437/MHGCJ-2019(0).71.

111. Kohut A, Frankova I, Potapov O, Bobryk M, Komisarenko J, Chaban O. Whether the use of a multidisciplinary approach may increase the adherence and effectiveness of treating patients with type 1 diabetes and type 2 diabetes? Psychosom Med Gen Pract. 2019;4(1):e0401184. doi:10.26766/pmgp.v4i1.184.

112. Khaustova O, Kogut A. Consequences of psychosocial factors on the treatment efficiency of diabetes mellitus type 1 and type 2. 27th Eur Congress Psychiatry. Warsaw, Poland, April 6-9, 2019. Available from: https://epa-congress.org/abstract-book-2019..

113. Kohut A, Bobryk M, Komisarenko J, Chaban O. The importance of multidisciplinary approach to improving the effectiveness of therapy of the patients with diabetes mellitus type 2. Ukr Sci Med Youth J. 2020;2(114).

114. Kogut A. Psychosomatic aspects and psychosocial factors of treatment adherence in patients with diabetes mellitus type I, II. Ukr Sci Med Youth J. 2017;2(102).

115. Kogut A, et al. Phenomenon in patients with diabetes mellitus. MHGC Proc. 2018;45-46.

116. Kohut AO, Chaban OS, Burdeinyi AO, Dolynskyi RG, Bursa AI, Bobryk MI, Gershanov A. Post-COVID cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus. Wiad Lek. 2022;75(8 pt 1):1895–1899. doi:10.36740/WLek202208113.

117. Kogut A, Bobryk M, Komisarenko J, Khaustova O, Chaban O. Особливості когнітивних порушень у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу з коморбідними постковідними розладами. Psychosom Med Gen Pract. 2021;6(1):e0601334. Available from: https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/334..

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Когут А. Особливості посттравматичних розладів із супутніми порушеннями сну серед жінок молодшого віку внаслідок військових подій. PMGP [інтернет]. 9(3). доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/514

2. Когут А. Особливості розвитку розладів, пов'язаних зі стресом із супутніми порушеннями сну внаслідок військових подій. PMGP [інтернет]. 9(4) доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/569

3. Когут А, Чабан О. Психодіагностична оцінка використання шкал PCL-5, PHQ-9 та GAD-7 при розладах, пов'язаних зі стресом та супутніми порушеннями сну. PMGP [інтернет]. 10(1). доступний у: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

4. Kohut, A. O., Chaban, O. S., Dolynskyi, R. G., Sandal, O. S., Bursa, A. I., Bobryk, M. I., & Vertel, A. V. (2022). THE FEATURES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS 2 TYPE. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960), 75(8 pt 1), 1903–1907. https://doi.org/10.36740/WLek202208115

5. Kohut, A. (2024). Emotional dysregulation and low sleep quality as risk factors for stress-related disorders development due to the War psychotrauma. Neuroscience Applied, 3(Suppl. 2), 105349.

6. Kohut, A. (2023). The role of alexithymia and sleep disturbances in young women with traumatic stress as military events result. Neuroscience Applied, 2(Suppl. 2), 103600.

7. Когут А. Психосоматичні аспекти виникнення посттравматичного стресового розладу у хворих на цукровий діабет 2 типу / Когут А., Долинський Р., Лещук І. // [Електронний ресурс] Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. 7, (2) – Режим доступу: https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/384/689

ДОДАТОК Б

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах:

1. III Конгрес з міжнародною участю «ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА XXI СТОЛІТТЯ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ». Психосоматичні аспекти виникнення посттравматичного стресового розладу у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу. Київ, 4-6 листопада 2022.
2. V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика». Київ, 21-22 квітня 2023. Психосоматичні аспекти взаємозв'язку та ролі стресу і якості сну при його порушеннях.
3. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Травми війни. Мультимодальний підхід в стаціонарному лікуванні». Київ, 21-22 червня 2024. Основи взаємозв'язку між стресом і порушеннями якості сну.
4. 36th ECNP Congress. Barcelona, Spain. 7-10 October 2023. The role of alexithymia and sleep disturbances in young women with traumatic stress as military events result.
5. 37th ECNP Congress. Milan, Italy. 21-24 September 2024. Emotional dysregulation and low sleep quality as risk factors for stress-related disorders development due to the War psychotrauma.