

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

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА ВИПУСКНА РОБОТА

на тему:

**« ОЦІНКА ЯКОСТІ СЛУХУ ВІД ВИРАЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ ПТСР
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ РЕАБІЛІТАЦІЮ»**

Виконав: здобувач вищої освіти VI курсу, групи IV
напряму підготовки (спеціальності)

225 «Медична психологія»

(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

Медична психологія

(назва освітньої програми)

Колотило Марія Олександрівна

(прізвище, ім'я та по-батькові)

Керівник: д.мед. наук, проф., завідувач кафедри загальної і
медичної психології Матяш Михайло Миколайович

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

Рецензент: кандидат психологічних наук Войтович Г.В.

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

Київ – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	9
1.1. Поняття про посттравматичний стресовий розлад.....	9
1.2. Епідеміологія та патогенез ПТСР серед учасників бойових дій.....	18
1.3. Психофізіологічні аспекти впливу ПТСР на регуляцію сну.....	24
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, ВИБІРКИ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1 Дизайн дослідження та етапи його організації.....	32
2.2 Характеристики вибірки.....	34
2.3 Методи дослідження.....	40
Висновки до розділу 2.....	46
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	48
3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження зв'язку якості сну з вираженістю симптомів ПТСР.....	48
3.2 Рекомендації для оптимізації реабілітаційних програм щодо поліпшення якості сну учасників бойових дій з ПТСР.....	60
Висновки до розділу 3.....	70
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	76
ДОДАТКИ.....	85

Актуальність теми. Збройний конфлікт та участь у бойових діях спричиняють значний психотравматичний вплив на військовослужбовців, що призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій. За прогнозами психіатрів, у найкращому випадку близько 20% українських військовослужбовців можуть стикатися з хронічним ПТСР, який вже отримав неофіційну назву «синдром АТО» [52].

Така поширеність ПТСР серед військових підкреслює масштаб проблеми й обумовлює нагальну потребу в ефективній реабілітації та психологічній допомозі учасникам бойових дій.

Одним із найбільш частих і виснажливих проявів ПТСР є порушення сну. Сон після пережитої травми зазнає суттєвих змін, насамперед, безсоння (труднощі засинання чи підтримання сну) та повторювані травматичні кошмари є настільки поширеними, що їх вважають «візитною картою» ПТСР. За даними досліджень, до 90% осіб з ПТСР повідомляють про ті чи інші проблеми зі сном [31; 61; 66]. Ці симптоми інтегровані в діагностичні критерії розладу (наприклад, кошмарні сновидіння належать до кластеру нав'язливих переживань, а інсомнія – до симптомів гіперактивності). Хронічне недосипання та фрагментований сон негативно впливають на фізичне і психічне відновлення: порушення сну можуть підсилювати і продовжувати симптоми ПТСР, погіршуючи здатність людини до адаптації [40]. Доведено, що погана якість сну та тяжкі розлади сну асоціюються з більш високою інтенсивністю симптоматики ПТСР [46]. Крім того, виражені нічні кошмари та інсомнія здатні передбачати розвиток більш тяжких форм ПТСР у майбутньому [47]. Таким чином, встановлено взаємозв'язок між якістю сну та психотравматичною симптоматикою, оскільки порушення сну виступають наслідком впливу психотравматичних чинників і водночас слугують механізмом, що сприяє збереженню та інтенсифікації проявів посттравматичного стресового розладу [53].

Для системи охорони здоров'я та психосоціальної реабілітації учасників бойових дій це становить серйозний виклик. Стандартні підходи до терапії ПТСР (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, методи експозиції чи Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) спрямовані передусім на опрацювання травматичних спогадів і зниження основної симптоматики розладу. Проте практика показує, що навіть після успішного подолання травматичних переживань, порушення сну часто зберігаються [48]. Як відомо, за даними клінічних спостережень, розлади сну нерідко виявляються резистентними до суто травмаорієнтованого лікування [37]. Наявність стійкого безсоння та кошмарів після завершення основного курсу терапії ПТСР підвищує ризик рецидиву або хронізації розладу [48]. Отже, сучасні підходи в психотравматології підкреслюють про необхідність корекції сну у пацієнтів з ПТСР. Поліпшення якості сну розглядається як важливий резерв підвищення ефективності реабілітації. Так, сучасні дослідження свідчать, що успішне лікування інсомнії та нічних кошмарів у пацієнтів з ПТСР покращує їхнє функціонування, емоційний стан і якість життя [59]. Таким чином, проблема взаємозв'язку між якістю сну та проявами ПТСР є актуальною як з наукової, так і з клінічної точки зору. Її вирішення має значення для розробки комплексних програм допомоги учасникам бойових дій, що дозволить зменшити психопатологічні наслідки бойової травми й поліпшити їх психічне здоров'я.

Мета дослідження – оцінити зв'язок між якістю сну та вираженістю симптомів ПТСР у учасників бойових дій, які проходять курс психологічної реабілітації, та запропонувати рекомендації для оптимізації реабілітаційних програм щодо поліпшення якості сну учасників бойових дій з ПТСР6.

Для досягнення поставленої мети були сформовані наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми визначення поняття «посттравматичного стресового розладу».
2. Розглянути епідеміологія та патогенез ПТСР серед учасників бойових дій.

3. Визначити психофізіологічні аспекти впливу ПТСР на регуляцію сну.

4. Організувати та здійснити емпіричне дослідження психічного стану учасників бойових дій, які перебувають на реабілітаційному лікуванні та оцінити інтенсивність симптомів ПТСР та якість сну у вибірці за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик.

5. Розробити рекомендації для оптимізації реабілітаційних програм щодо поліпшення якості сну учасників бойових дій з ПТСР.

Об'єкт дослідження – якість сну учасників бойових дій, які проходять реабілітацію з симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Предмет дослідження – дослідити взаємозв'язок між показниками якості сну та вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій, що проходять реабілітацію.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань було застосовано комплекс методів.

Теоретичні: аналіз, синтез, порівняння та систематизація наукових джерел з медичної психології травматичного стресу та сомнології.

Емпіричні: клінічна шкала CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) для оцінки вираженості симптомів ПТСР; Піттсбурзький індекс якості сну (PSQI) для вимірювання суб'єктивної якості сну; шкала тяжкості безсоння (Insomnia Severity Index, ISI за Ч. Моріном) для оцінки ступеня інсомнії; опитувальник психологічного стресу PSM-25 (Questionnaire of Psychological Stress, 25 питань) для вимірювання рівня дистресу; опитувальник якості життя, розроблений О.С. Чабаном (шкала оцінки різних сфер життєдіяльності пацієнта), а також загальний опитувальник здоров'я MOS SF-36 для оцінки фізичного та психічного компонентів якості життя; шкала госпітальної тривожності і депресії (HADS) для виявлення рівнів тривожних та депресивних проявів.

Статистичні: обробка отриманих даних здійснювалася з використанням програмного пакету Jamovi; обчислено показники описової статистики вибірки, проаналізовано кореляційні зв'язки між змінними

(коефіцієнт кореляції Спірмена), а також проведено порівняння середніх показників у групах методом t-критерію Стьюдента.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проведено на базі Київського міського центру допомоги ветеранам АТО та ООС (м. Київ), у період з січня по березень 2025 року. У вибірку увійшли 98 респондентів – військовослужбовців та добровольців-учасників бойових дій, що проходили курс реабілітації в зазначеному центрі.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження мають практичну цінність для системи психологічної допомоги ветеранам. Виявлені закономірності покладено в основу розробки рекомендацій щодо корекції порушень сну учасників бойових дій з ПТСР. Зокрема, запропоновано удосконалення реабілітаційної програми Центру допомоги ветеранам шляхом впровадження спеціалізованих заходів з нормалізації сну (психоедукація щодо гігієни сну, когнітивно-поведінкові техніки подолання безсоння, методи роботи з травматичними сновидіннями тощо). Апробація результатів проведена на клінічній базі центру, що підтверджено актом впровадження.

Наукова новизна одержаних результатів. Дане дослідження є одним із перших в Україні, що присвячене комплексній оцінці взаємозв'язку між якістю сну та вираженістю ПТСР у військових ветеранів на етапі реабілітації.

Вперше на вибірці українських учасників бойових дій застосовано стандартизований інструментарій (CAPS-5, PSQI, ISI та інші опитувальники) для паралельної оцінки стану сну, рівня посттравматичних симптомів та суміжних показників психологічного здоров'я. Отримано нові дані про статистично значущу кореляцію між балами CAPS-5 і індексами якості сну, що підтверджує гіпотезу про негативний вплив тяжкості ПТСР на архітектоніку та суб'єктивну повноцінність сну ветеранів.

Продемонстровано системний взаємозв'язок погіршення сну, що супроводжується зростанням рівня психопатологічних проявів, а також зниженням показників якості життя та збільшенням коморбідної тривожності й депресивності.

Вперше обґрунтовано доцільність цілеспрямованої діагностики та корекції розладів сну у структурі реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з ПТСР. Нові емпіричні дані, отримані в ході дослідження, доповнюють наукові уявлення про наслідки бойової психотравми та можуть слугувати основою для подальших розробок у галузі психосоматичного супроводу військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, який нараховує 78 найменувань і додатків. Повний обсяг становить 105 сторінок, основний текст викладено на 84 сторінках.

РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Поняття про посттравматичний стресовий розлад

Проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його подолання набула особливої актуальності на тлі повномасштабного вторгнення Росії на територію України. Значну увагу цьому питанню приділяють у контексті військовослужбовців, котрі постійно піддаються впливу множинних стресових чинників, як соціального, так і особистісного походження. Причиною підвищеного психологічного напруження виступає також специфіка професійних обов'язків, зумовлена їх характером та особистісними рисами військовослужбовців, що впливає на особливості сприйняття критичних ситуацій.

Ментальні симптоми, що виникають у зв'язку з адаптаційним синдромом, описуються як «емоційний стрес» – афективні стани, що супроводжують стрес і спричиняють негативні зміни в організмі. Емоційний компонент відіграє провідну роль у структурі цілеспрямованої поведінки, оскільки саме він першочергово активується у відповідь на стресові впливи екстремального характеру.

Сучасні наукові підходи трактують емоційний стрес як психофізіологічний феномен, що виникає у разі перевищення зовнішніми вимогами адаптаційного потенціалу особистості. Недостатня сформованість ефективних копінг-стратегій зумовлює розвиток напруженого стану, який порушує внутрішню рівновагу (гомеостаз) організму та активує адаптаційну відповідь, спрямовану на подолання стресогенного чинника. У разі неефективності зазначених реакцій стрес може набувати хронічного характеру, що, у свою чергу, підвищує ризик виникнення патологічних змін або органічних уражень [18, с. 93]. З психологічної точки зору, стрес включає

специфічний спосіб, яким особистість відображає та реагує на екстремальні ситуації.

Травматичний досвід, який порушує звичні поведінкові алгоритми, включає ситуації з реальною загрозою життю та безпеці, а також порушення базових інстинктів – самозбереження та збереження роду. Це призводить до деструктивного впливу на психіку, де механізм витіснення виявляється дозовано, відновлюючи спогади про травматичний досвід.

Науковці визначають соціальну дезадаптацію молоді як процес, що пов'язаний з перехідними життєвими обставинами та адаптацією до нових умов. Серед загальноприйнятих симптомів дезадаптації виділяють емоційні розлади, невротичні реакції та стани. Також визначають медико-біологічні та соціопатичні дисфункції, що ускладнюють соціальну адаптацію на різних етапах життя. Соціальна адаптація, від латинського «Adapto» (приспособлення) і «socium» (суспільство), розглядається як процес і результат пристосування особистості до суспільного середовища через оволодіння соціально нормативною поведінкою та відповідь на вимоги суспільства [24, с. 20].

Соціальна адаптація визначається як процес, який спрямований на оптимізацію взаємин між індивідом та його соціальним оточенням. Цей процес включає аналіз ситуацій та відповідну корекцію як поведінкових реакцій особистості, так і стану соціального контексту, у якому вона функціонує [29, с. 84]. Основне завдання соціальної адаптації особистості полягає в реінтеграції соціально корисних норм та відновленні продуктивних взаємовідносин з соціальними агентами, включаючи групи та окремих осіб, а також позитивні зміни у спілкуванні, поведінці та активності індивіда.

Психологічна адаптація ґрунтується на засвоєнні соціально значущих поведінкових стандартів та ціннісних орієнтирів, спрямовуючи особистісні установки відповідно до очікувань соціального середовища. Важливо розуміти, що соціальні та психологічні аспекти адаптації є взаємопов'язаними, хоча і можуть мати моменти несумісності.

Наукове співтовариство не сформувало єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів через складність і многогранність цього явища, яке включає різні адаптивні та дезадаптивні процеси. Різноманіття гіпотез спонукало дослідників і клініцистів до розробки багатоаспектних моделей, включаючи психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовнорефлекторну і новітню мультифакторну модель ПТСР.

Відомий український вчений М. М. Матяш провів аналіз посттравматичного стресового розладу, виділивши різні субсиндроми, такі як емоційно-психологічний, вегетативний, когнітивний та соціально-психологічний. Розроблений ним психосоціальний підхід включає вплив зовнішніх чинників на розвиток ПТСР, роблячи акцент на мультифакторність цього процесу та значущість соціальних факторів, які сприяють успішній адаптації осіб, які пережили психічні травми, серед яких відсутність фізичних наслідків травми, фінансова стабільність, збереження соціального статусу та підтримка з боку суспільства і близьких [16, с. 125].

Відповідно до Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів (DSM-5), депресивні стани описуються через присутність сумного або дратівливого настрою, а також через соматичні та когнітивні зміни, які впливають на якість життя особи [30]. Серед них особливе місце займає «депресивний розлад», діагностика якого встановлюється при виявленні щонайменше п'яти з наступних симптомів протягом останніх двох тижнів, а саме: стійко пригнічений настрій, значне зниження інтересу або задоволення від звичних активностей, істотні зміни ваги або апетиту, підвищена сонливість або безсоння, психомоторна агітація або інгібування, втрата енергії, почуття неповноцінності або провини, погіршення концентрації уваги, а також повторювані думки про смерть або суїцидальні ідеї.

В сучасній західній психології визначилося стандартизоване застосування структурованого діагностичного інтерв'ю як важливий інструмент для детального аналізу симптоматики розладів. Це діагностичне

інтерв'ю інтегрує точність методологічних рекомендацій із задоволенням психометричних критеріїв надійності та валідності, забезпечуючи підвищення точності діагнозу та оптимізацію підходів до лікування.

Особливу роль у когнітивному відновленні після травм віграють дисоціативні стани, які характеризуються аномаліями в пам'яті щодо травматичних подій та супроводжуються втратою зв'язку з реальністю. Ці стани можуть спонукати особу до неадекватної поведінки, відповідної не теперішньому становищу, а минулим травматичним умовам. Така відмова від прийняття реального життєвого досвіду обумовлює когнітивний конфлікт, що призводить до дезадаптації через неконтрольовані прориви травматичних спогадів, з часом збільшуючи емоційну інтенсивність і ускладнюючи психологічне функціонування особи [3].

Комплексний аналіз наукових досліджень та висновків вчених, таких як О. Туриніної, В. Ягупова, дозволив сформулювати класифікацію психотравмуючих ситуацій на основі таких параметрів як раптовість, тривалість, інтенсивність, частота подій, характер наслідків та ступінь включеності особи, а також наявність підсилюючих чинників [26; 29].

Результати значної кількості досліджень свідчать, що психологічний стан, який формується під впливом бойових дій та екстремальних умов, не підпадає під жодну з існуючих клінічних класифікацій. Травматичні наслідки можуть стати очевидними раптово або з часом, навіть на фоні зовнішнього благополуччя військовослужбовця, з часом чітко демонструючи погіршення стану. Численні симптоми такої зміни стану були описані в літературі, але довгий час не існувало чітких критеріїв для їх діагностики.

Актуальність соціально-психологічного дослідження феноменів психічної травми і психотравми обумовлена відсутністю узгодженості теоретичних підходів, спільних концептуальних моделей та методичних розробок, необхідних для всебічного аналізу та порівняння результатів вивчення цих явищ.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є непсихотичною відстроченою реакцією на травматичний стрес, яка може спричинити ряд психічних та поведінкових порушень. Виникнення ПТСР вимагає впливу стресора, що виходить за рамки звичайного людського досвіду і здатний викликати значний дистрес [15; 16]. Основні симптоми ПТСР включають порушення сну, патологічні спогади, амнезію на певні події, уникнення, підвищену пильність та надмобілізацію [28, с. 95]. Вторинні симптоми ПТСР охоплюють депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні порушення, проблеми з функціонуванням «Его».

Соціальний стресовий розлад проявляється через неклінічні (психологічні реакції) та клінічні (невроз, патохарактерологічний розвиток особистості, алкоголізм) розлади. Основні клінічні симптоми соціального стресового розладу включають вегетативні дисфункції, порушення сну, астеничні розлади, істеричні розлади та панічні атаки. Особливо ці симптоми характерні для осіб з вимушеною міграцією, у яких високий ризик психогенних розладів.

О. Радченко, в своїх дослідженнях посттравматичного стресового розладу, охарактеризував цей стан як «хронічний військовий невроз». Він відзначив, що цей невроз має як фізичні, так і психологічні аспекти. Вперше Кардинер детально описав його симптоми, які включають різку реактивність на зовнішні подразники, постійне відчуття дратівливості, зацикленість на обставинах травматичних подій, віддаленість від реальності, а також схильність до агресії [22, с. 42].

Н. Є Гуцуляк розглядає психологічну травму як глибокий розлад особистісної самооцінки, який виникає внаслідок втрати або загрози втрати ключових сенсоутворюючих соціальних цінностей. Він стверджує, що особистісний розвиток у контексті травматизованої зони може відігравати роль у зміцненні цих цінностей, однак внутрішні конфлікти часто перешкоджають формуванню цілісної особистості. Натомість, гармонійна

рання соціалізація може запобігати психологічному травматизму, зміцнюючи індивідуальну стійкість перед дезінтеграцією [8, с. 378–390].

Вчений С. Касл розглядає два основних підходи до поняття стресу, пов'язаного з трудовою діяльністю. В обмеженому визначенні стрес визначається як переважання вимог середовища над ресурсами індивіда для їх виконання, що призводить до перевантаження. В широкому розумінні, стрес виникає через невідповідність між потребами індивіда та можливостями їх задоволення у робочому середовищі [51, с. 3].

У сфері дослідження посттравматичних стресових розладів, значну увагу приділяють інтегрованому підходу до аналізу фізичного та психічного здоров'я. Вчені звертають увагу на необхідність врахування індивідуально-психологічних особливостей, які впливають на появу психосоматичних порушень. Важливу роль відіграють механізми адаптації та внутрішньоособистісні конфлікти у розвитку невротичних розладів, на що вказують Р. Лазарус та Г. Сельє [75].

Для посттравматичного стресового розладу, згідно з клінічною класифікацією, характерні тривалі патологічні стани, що виявляються у військовослужбовців, учасників бойових дій, колишніх депортованих і еквівійськовополонених, які пережили короткотривалі або тривалі екстремальні ситуації. Серед симптомів виявляють гіпервідгук на потенційні загрози, емоційну стійкість до встановлення міцних соціальних зв'язків, інтенсивні переживання негативного спектра емоцій, а також складнощі з пам'яттю та концентрацією уваги.

Стан підвищеної пильності, що проявляється у формі стійкої концентрації уваги на навколишньому середовищі та постійного очікування потенційної загрози, належить до характерних симптомів посттравматичного стресового розладу. У таких випадках навіть незначні зовнішні подразники здатні провокувати надмірно виражені фізіологічні реакції, зокрема імпульсивне падіння на землю у відповідь на несуттєві звукові сигнали.

Емоційна відстороненість, яка проявляється у здатності відчувати широкий спектр емоцій або у формуванні близьких стосунків, також є ключовим симптомом. Це стан може призвести до значного зниження здатності особи відчувати радість, любов чи задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення.

Агресивна поведінка часто спостерігається як реакція на внутрішні конфлікти або зовнішні чинники, які особа сприймає як загрозу. Ця агресія може мати як фізичний, так і психологічний характер.

Порушення концентрації уваги та пам'яті також часто супроводжують ПТСР, де особи можуть відчувати труднощі при зосередженні або згадуванні інформації, особливо під час стресових ситуацій.

Серйозним наслідком посттравматичного стресу є депресія, яка може заглиблюватись до вкрай глибоких рівнів відчаю. Цей стан часто супроводжується апатією, нервовим виснаженням та песимістичним баченням світу.

Загальна тривожність може проявлятися через фізіологічні симптоми, такі як біль у спині, спазми у шлунку та головні болі, а також через психічні симптоми, такі як страх, почуття переслідування та комплекси провини.

Зловживання психоактивними речовинами часто є спробою самолікування для зменшення симптомів ПТСР, особливо серед учасників бойових дій, що може призвести до помилкової класифікації їх як залежних від наркотиків чи алкоголю [54, с. 266].

У пам'яті особи, що пережила травматичні події, можуть неочікувано виникати спогади, які не були викликані свідомо. Такі спогади можуть з'являтися як під час сну, так і в стані бадьорості. У свідомості вони проявляються тоді, коли зовнішнє середовище містить нагадування про пережите, такі як запахи, звуки чи види, що асоціюються з військовими діями. Відмінною рисою таких спогадів від звичайних є супровід сильних емоцій – тривоги та страху.

А. Козінчук вказує на те, що так званий «афганський» синдром спричиняє асоціальну поведінку серед військових, а його науковий термін – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Цей розлад часто починає проявлятися через 3-6 місяців після демобілізації, а одним із головних його симптомів є «флешбеки». Учасники бойових дій переживають спогади про неприємні події, які вони намагаються витіснити, що може вести до зловживання алкоголем, наркотиками чи залучення до кримінальних груп. Серед інших симптомів ПТСР – необґрунтована агресія до родини та друзів, порушення сну, головні болі, серцеві напади [11].

Травматичні події здатні викликати страх, спричинений відчуттям власної безпорадності, що призводить до дезінтеграції особистості. Внаслідок цього може розвинути депресія, суб'єктивне відчуття нікчемності та покинутості, невпевненість у власних силах та відчуженість від близьких. Посттравматична депресія може досягати глибоких відчаїв, підвищується рівень апатії та почуття провини, що може призвести до саморуйнівних думок і навіть суїциду. Побутові стресогенні фактори сприймаються як надмірні, що призводить до зниження толерантності до психоемоційного навантаження, ускладнення міжособистісних взаємин та посилення відчуття соціальної ізоляції. Клінічна картина також охоплює такі симптоми, як інсомнія, підвищена дратівливість, порушення концентрації уваги, епізодичні сплески агресії та виражена готовність до імпульсивної поведінки за типом «реакції втечі [23, с. 129].

Навіть незначний інцидент може спровокувати різкий сплеск гніву, внаслідок чого особистість може здаватися відмінною від своєї звичної суті. Близькі, друзі та колеги часто спостерігають зміни в характері індивіда.

Відкладені відповіді на інтенсивну стресову подію охоплюють комплексні трансформації у емоційній та психологічній сферах, зміни у

поведінці, які виникають внаслідок психічної травми. Психічна травма представляє собою результат екстремального стресового впливу, що руйнує систему особистісних захистів і призводить до глибоких порушень інтегрованої системи функціонування особи на різних рівнях, від психологічних до біологічних [28, с. 35].

Посттравматичний стресовий розлад характеризується змінами, ініційованими спогадами про травму, що виявляються в емоційних (страх, смуток, тривога, гнів), когнітивних (труднощі в запам'ятовуванні, порушення уваги, погіршення інтелектуальної діяльності), фізичних (болі, тремтіння, тики, розлади сну) та поведінкових (проблеми у спілкуванні, самоізоляція, зловживання алкоголем і наркотиками) аспектах.

Відомі дослідники посттравматичної патології, ідентифікують три основні групи симптомів, а саме: надмірне збудження, періодичні напади депресії та істеричне реагування [21, с. 11]. Динаміка переживання травматичної ситуації проходить через чотири етапи, що включають заперечення, агресія та провини, депресія, і зцілення, кожен з яких відіграє важливу роль у процесі адаптації особистості до пережитого стресу [32, с. 8].

Така послідовність, є ключовим елементом у розумінні динаміки травматичного впливу. При відсутності проходження потерпілим всіх фаз переживання травматичної події, процес відновлення може затягнутися, не мати логічного завершення, внаслідок чого можуть виникнути комплекси симптомів, з якими впоратися без зовнішньої допомоги стає неможливим.

Симптоми сумісної травматизації часто мімікрують за симптоматикою посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але проявляються у менш вираженій формі. Ці симптоми можна класифікувати на три основні групи:

1. Симптоми повторного переживання. Включають негативні сновидіння, повторювані ігри (у дітей), сильний емоційний дистрес та нав'язливі спогади про пережиті події.

2. Симптоми уникання. Характеризуються відчуттям відчуженості від інших, емоційним спустошенням та уникненням ситуацій, що можуть нагадувати про травму.

3. Симптоми підвищеної збудливості. Проявляються через порушення сну, підвищену дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, анксіозність та раптові сплески гніву.

Розуміння цих категорій симптомів є важливим для адекватного втручання та підтримки в процесі відновлення після травматичних подій.

Ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) зростає в тому випадку, коли у анамнезі особи присутній попередній психотравматичний досвід. Тому всеосяжний аналіз та оцінка усього спектра травматичного досвіду протягом життя особи є важливими для мінімізації наслідків психотравми. Щодо професійної діяльності військовослужбовців, виділено наступні типи психічних травм:

1. Психічна травма як екстремальна подія, яка обмежена у часі (має чітко визначений початок і кінець) і здатна суттєво вплинути на психіку особи. Наприклад, це може бути отримання фізичних травм під час виконання службових завдань чи втрата бойового товариша.

2. Довготривала психотравма, що виникає в результаті повторюваності малих психотравмуючих подій або постійного професійного стресу. Такий тип психотравми формується з часом і може не мати конкретної причини.

3. Кумулятивна психотравма, яка розвивається через накопичення як екстремального, так і повсякденного травматичного досвіду. Особливість цього типу полягає в тому, що кожна наступна психотравма посилює вплив попередньої, що призводить до більш серйозних порушень [42, с. 1315].

Загалом, виникнення посттравматичного розладу в конкретної особи залежить від взаємодії між характеристиками травматичної події, демографічними даними, індивідуальними особливостями особистості, а також соціальними та соціально-психологічними факторами. Різноманіття та

ступінь вираженості симптомів, що ведуть до ПТСР, можуть мати різне походження, але детальне вивчення всіх аспектів психотравми є ключовим для забезпечення ефективного втручання та підтримки.

1.2 Епідеміологія та патогенез ПТСР серед учасників бойових дій

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це розлад психіки, що виникає в результаті переживання або спостереження екстремально травматичних подій, які загрожують життю чи безпеці людини. В умовах війни ПТСР є надзвичайно поширеним явищем, яке може розвинути практично у кожної особи, безпосередньо або опосередковано залученої до бойових дій [22, с. 42-43].

ПТСР характеризується основними симптоматичними ознаками до яких належать настирливі інтризивні спогади або флешбеки травматичних подій; уникання всього, що нагадує про травму; негативні зміни у думках і настрої; підвищена збудливість і реактивність (роздратованість, гіпервігільантність, порушення сну тощо) [30, с. 275]. Важливо, що ці симптоми зберігаються понад 1 місяць після події і призводять до значного дистресу та порушення функціонування.

Вивчення епідеміології ПТСР серед учасників бойових дій показує, що масштаби проблеми значні, особливо в українському контексті останніх років. За даними Міністерства охорони здоров'я України, внаслідок війни психологічної допомоги потребуватимуть близько 15 млн громадян, з них 3 - 4 млн можуть потребувати медикаментозного лікування психічних розладів [73]. Значна частка цього навантаження припадає на військовослужбовців та учасників бойових дій. Станом на 2023 рік спостерігається різке зростання зареєстрованих випадків ПТСР, так, кількість офіційно діагностованих пацієнтів з ПТСР зросла з 3 167 у 2021 році до 12 494 у 2023 році [70]. Хоча ця статистика охоплює все населення, експерти оцінюють, що близько 30% українських військовослужбовців і ветеранів страждають на ПТСР.

Досвід війни на сході України, яка триває з 2014 року, підтвердив високу вірогідність розвитку ПТСР у бійців. За даними досліджень, проведених після бойових дій 2014–2017 років (АТО/ООС), до 25% військовослужбовців, що брали участь у боях, мали прояви ПТСР різного ступеня [73]. Інше дослідження показало, що 26% українських військових 2014–2015 років мали ознаки посттравматичних розладів [13]. При цьому майже 20–30% військових, які зазнали психологічної травми в бою, не могли впоратися з нею без професійної допомоги. Важливо відзначити, що практично всі бійці (до 98%) потребують кваліфікованої психологічної підтримки після пережитого бойового стресу. Повномасштабне вторгнення Росії у 2022 році призвело до ще більшої психологічної травматизації населення та військових. Опитування, проведене навесні 2022 року серед постраждалих від війни мешканців Київщини, виявило дуже високий рівень ПТСР у тих, хто безпосередньо перебував у зоні бойових дій – приблизно 43,1% опитаних відповідали критеріям ПТСР [68, с. 59].

Для порівняння, серед вимушених переселенців (біженців) цей показник становив 27,5%, а серед осіб, що не потрапили в зону бойових дій – 18,6% [68]. Інші масштабні дослідження підтверджують аналогічні тенденції: наприклад, наприкінці 2022 року понад половина українців, які залишалися на батьківщині під час бойових дій, відповідали діагностичним критеріям ПТСР (50,8% за DSM-5 серед недисплектованих осіб) [57, с. 7]. Отже, інтенсивність впливу війни прямо пропорційна поширеності ПТСР, тобто найбільше людей піддаються ризику, хто зазнав найсильніших і найтриваліших бойових стресорів.

Таблиця 1.1 Поширеність ПТСР серед українських військових і населення в умовах війни (окремі дослідження) [13; 68]

Категорія населення / військових	Показники ПТСР (% осіб)
Військові – учасники бойових дій (АТО/ООС, 2014–2017)	25% мали симптоми ПТСР (різного ступеня)
Учасники бойових дій, під впливом «бойового стресу»	80% відчули бойовий стрес; 20–30% потребували допомоги

Особи в зоні активних бойових дій (2022)	43,1% з ПТСР (опитування, Київщина)
Вимушені переселенці (біженці за кордон, 2022)	27,5% з ПТСР (опитування, Київщина)
Оціночна частка серед діючих військових (2023)	30% (експертна оцінка)

Як видно з табл.1 1, вже попередній конфлікт 2014–2017 рр. заклав високий рівень психотравм серед українських військових, а повномасштабна війна 2022 р. потенційно ще більше підвищує цей тягар. Важливими епідеміологічними закономірностями є те, що більша тривалість та більша інтенсивність бойових дій збільшують ризик психічної дезадаптації.

До факторів ризику ПТСР належать також раптовість і неконтрольованість травмуючих подій, недостатня соціальна підтримка, а також індивідуальні особливості (вік, попередні психотравми, сімейний анамнез психічних розладів тощо). Наприклад, найуразливішими до розвитку ПТСР вважаються люди молодшого віку (до 22 років) або старші за 30 років. Крім того, жінки в загальній популяції демонструють вищу частоту ПТСР після травми (до 20%), ніж чоловіки (8%), хоча серед безпосередніх учасників бойових дій переважають чоловіки.

Таким чином, епідеміологічний профіль ПТСР серед учасників бойових дій в Україні характеризується високою поширеністю (20–30% і більше), що залежить від інтенсивності бойового досвіду та індивідуальних чинників. Ці дані підкреслюють нагальну потребу у масштабних програмах психологічної допомоги ветеранам, так за оцінками МОЗ, близько 1,8 млн. українських військових і ветеранів можуть потребувати психологічної підтримки внаслідок війни.

Механізми розвитку ПТСР є складними та багатофакторними. Вони поєднують психосоціальні чинники (характер травми, стійкість психіки) і нейробіологічні зміни, які виникають у відповідь на екстремальний стрес. Сучасні дослідження виділяють низку ключових патогенетичних ланок ПТСР, які включають нейроендокринні, нейрохімічні та нейроанатомічні зміни, що

зумовлюють типові реакції організму на травму [22]. Іншими словами, психотравма запускає каскад стрес-реакцій, який може закріпитися і стати хронічним, порушуючи нормальну роботу мозкових систем, відповідальних за страх, пам'ять і емоційну регуляцію.

На нейроанатомічному рівні основну роль відіграють структури лімбічної системи мозку – мигдалина (амігдала), гіпокамп, поясна звивина – та префронтальна кора [41, с. 29]. Мигдалина є центральною для обробки відчуття страху і тривоги, оскільки саме вона формує реакцію «бий або біжи». Під час травми активація мигдалини надмірно висока, що сприяє закріпленню страху та емоційного забарвлення спогадів. Водночас, функція префронтальної кори, яка в нормі гальмує надмірні реакції страху і допомагає усвідомленню безпеки, може пригнічуватися. Дисбаланс між «емоційним мозком» (гіперактивна мигдалина) та «раціональним мозком» (гіпофункція префронтальних регуляторних центрів) лежить в основі патофізіології ПТСР [41]. Гіпокамп, що відповідає за консолідацію пам'яті, також страждає, так травматичні спогади зберігаються фрагментарно, в відриві від контексту, тому вони спливають як нав'язливі спалахи пам'яті (флешбеки) або надреалістичні кошмари.

Нейрохімічні особливості ПТСР включають дисбаланс нейромедіаторів, тобто підвищення рівня збуджувальних та стрес-медіаторів (норадреналіну, адреналіну, глутамату) і зниження гальмівних медіаторів (насамперед ГАМК). γ -аміномасляна кислота (ГАМК) – головний гальмівний нейротрансмітер ЦНС – відіграє ключову роль у підтриманні балансу між збудженням і гальмуванням [22]. У ході досліджень було встановлено, що у пацієнтів із ПТСР спостерігається значне зниження рівнів ГАМК як у крові, так і в окремих ділянках мозку (префронтально-лімбічна область). Знижений рівень ГАМК виявлено, зокрема, в учасників бойових дій з ПТСР порівняно як з нетравмованими особами, так і з ветеранами, що пережили травму без розвитку ПТСР. Вважається, що дефіцит ГАМК зумовлює недостатнє гальмування страхових реакцій і пов'язаний із розвитком таких симптомів, як первинне

безсоння та тривожність. Як відомо, у пацієнтів з ПТСР із низьким рівнем ГАМК частіше спостерігаються стійкі порушення сну, чого не відмічається у травмованих осіб без ПТСР. Навпаки, підвищення концентрації ГАМК у ранні терміни після травми асоціюється з меншим ризиком збереження ПТСР надалі. Так, серед постраждалих у ДТП зростання ГАМК у плазмі через 6 тижнів після травми ($>0,20$ ммоль/мл) передбачало одужання від ПТСР через рік у 75% випадків, тоді як стійко низький рівень ГАМК був пов'язаний із персистенцією ПТСР (і розвитком депресії) у 80% постраждалих. Таким чином, дефіцит ГАМК є одним із біохімічних маркерів ПТСР, що підтверджує гіперактивність збудливих систем мозку.

Поряд з гальмівною системою, у розвитку ПТСР важливу роль відіграє гіперактивація системи норадреналіну (НА) – провідного медіатора стресу та реакції «боротьби/втечі». В учасників бойових дій із ПТСР у дослідженнях відзначено підвищені показники частоти серцевих скорочень і артеріального тиску, що нашттовхнуло на гіпотезу про хронічну активацію симпатичної нервової системи [45; 50]. Це підтверджено біохімічно, так у хворих на ПТСР виявлено підвищення активності локус церулеус (основне ядро синтезу НА в мозку), збільшення виділення метаболітів норадреналіну із сечею та підвищення концентрації моноамінів (в тому числі НА) у спинномозковій рідині. Надлишковий викид норадреналіну у центральній нервовій системі здатен пояснити багато симптомів ПТСР [35; 58]. Зокрема, хронічна адренергічна «буря» починається у нічний час, що призводить до порушення нормальної структури сну, так НА надмірно стимулює альфа-1-адренорецептори, викликаючи фрагментацію фази швидкого сну (REM), почастішання нічних кошмарів і постійну фізіологічну тривогу. Це зазначено у клінічних спостереженнях, що у бійців з ПТСР часто виникають нічні панічні атаки, пітливість, раптові пробудження зі страхом, пов'язані з надлишком адреналіну.

Нейроендокринні зрушення при ПТСР часто торкаються і гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. Хоча результати досліджень рівнів

кортизолу при хронічному ПТСР різноспрямовані, багато робіт відзначають феномен «надлишку кортикотропін-релізінг гормону (CRH) та відносного дефіциту кортизолу», що може бути наслідком виснаження надниркових залоз після тривалого стресу. Такий стан призводить до парадоксальної ситуації, оскільки організм знаходиться у стані постійної бойової готовності (через CRH та катехоламіни), але нормальна циклова регуляція циркадного ритму порушена. У результаті добовий ритм гормонів і активності збивається, що негативно впливає на сон, настроєві коливання та метаболізм.

Отже, патогенез ПТСР можна розглядати як поєднання психологічних та біологічних факторів, оскільки екстремальний страх і жах травматичної події запускають у мозку процеси «запам'ятовування страху» (кондиціонування страху) з одночасним збоєм систем, що гальмують стрес-реакцію. Хронічна гіперзбудливість нервової системи (гіперактивна мигдалина, адренергічна система) у поєднанні з недостатнім гальмуванням (пригнічення ГАМК, кора) призводить до того, що травматичний досвід постійно переробляється психікою як актуальний, а не минулий. Це проявляється нав'язливими спогадами, підвищеною настороженістю та порушеннями сну. Якщо травматичний стрес продовжується або повторно переживається (як у випадку тривалих бойових ротацій чи повторних поранень), ризик хронізації ПТСР та ускладнення його перебігу (наприклад, розвиток комплексного ПТСР) значно зростає. Відсутність втручання може призвести до довготривалих наслідків, які обумовлюють погіршення працездатності, проблем у сім'ї та суспільстві, зростання коморбідних станів (депресії, залежностей тощо). Навпаки, своєчасна психологічна допомога та соціальна підтримка можуть значно послабити прояви ПТСР або запобігти їхньому розвитку навіть за наявності тяжких травматичних подій.

Таким чином, сучасні дослідження свідчать про високу поширеність ПТСР серед українських військових, особливо за умов інтенсивного бойового досвіду. Патогенетичні механізми ПТСР включають закріплення патологічного страху в нервовій системі, нейрохімічний дисбаланс (низька

ГАМК, висока адренергічна активність) та нейроендокринні порушення, що разом призводять до стійких психічних симптомів. Усвідомлення цих процесів є важливим для розробки ефективних стратегій реабілітації військових із ПТСР та попередження довготривалих наслідків для їхнього психічного здоров'я.

1.3 Психофізіологічні аспекти впливу ПТСР на регуляцію сну

Порушення сну є одним з найбільш характерних і стійких проявів ПТСР. У воєнний час цей аспект набуває особливого значення, оскільки якість сну безпосередньо впливає на здатність бійців відновлювати сили, адаптуватися до стресу та проходити реабілітацію [1, с. 192]. ПТСР спричиняє складний комплекс психофізіологічних зрушень, які дезорганізують нормальну регуляцію сну. Це проявляється безсонням, частими нічними кошмарами, фрагментацією структури сну, а іноді – специфічними патернами рухової активності під час сновидінь. Нижче розглянуто основні патофізіологічні механізми та клінічні прояви порушень сну при ПТСР, а також їхні наслідки для психічного та фізичного здоров'я воїнів.

Безсоння та інші розлади сну настільки часті при ПТСР, що їх вважають ядром симптоматології цього розладу [55]. За різними дослідженнями, від 70% до 90% пацієнтів з ПТСР страждають на ті чи інші проблеми зі сном [35; 58; 65; 74].

Зокрема, інсомнія (хронічне безсоння) відзначається у переважній більшості (до 90–100%) учасників бойових дій з ПТСР [60, с. 759]. У військовослужбовців з ПТСР значно частіше, спостерігаються скарги на труднощі засинання, уривчастий, неглибокий сон і відчуття невідпочитості після сну. Одне велике дослідження серед американських військових (Millennium Cohort) показало, що 92% учасників з діагнозом ПТСР відчували хронічне безсоння, порівняно з 28% без ПТСР [72]. Хоча подібні статистичні дані по українських бійцях ще збираються, численні свідчення з військових

частин та шпиталів підтверджують масовість проблем зі сном у військових, які повертаються з передової.

Нічні кошмари – ще один патогномонічний симптом ПТСР, тісно пов'язаний із нейрофізіологією сну. Кошмари при ПТСР, як правило, яскраві, реалістичні, часто відтворюють події бойових зіткнень або інші пережиті травматичні події [39, с. 421]. Вони призводять до інтенсивної емоційної реакції (панічного пробудження, серцебиття, потовиділення) та частих нічних пробуджень. Дослідження показують, що нічні кошмари спостерігаються більш ніж у половини пацієнтів з ПТСР. Зокрема, близько 65% військових з бойовим досвідом страждають від повторюваних травматичних сновидінь [72].

Нічні кошмари при ПТСР вважаються настільки типовими, що деякі дослідники пропонують виділяти спеціальний діагноз «розлад, пов'язаний із травматичними сновидіннями» як підгрупу ПТСР учасників бойових дій [64, с. 101]. Кошмари значно погіршують якість сну, часто змушують уникати сну (солдати можуть боятися засинати через очікування жахів) і асоціюються з більш тяжким перебігом ПТСР, резистентністю до лікування та суїцидальними тенденціями. Ще одним характерним феноменом є фрагментація сну та порушення його структури. Через гіперзбудженість нервової системи у ПТСР знижується тривалість глибоких стадій сну і порушується цикл швидкого сну (REM). Спостерігається збільшення частоти коротких пробуджень та переривань сну (мікропробудження, підвищений показник WASO – часу неспання після засинання) [72]. Замість нормального послідовного проходження стадій 1 – 2 – 3 – REM сон хворого на ПТСР може «застрягати» на поверхневих рівнях (стадія N1/N2), періоди глибокого повільного сну (SWS) урізані, а REM-сон настає або надто швидко і уривчасто, або, навпаки, пригнічується [76].

Дослідження показали, що результати щодо тривалості REM-сну при ПТСР неоднозначні, так деякі вчені знаходять її збільшення, інші – зменшення. У будь-якому разі, цілісність REM-сну порушена – цей стан називають

фрагментацією REM. Цікаво, що після успішного лікування ПТСР (наприклад, психотерапією) у пацієнтів спостерігається тенденція до нормалізації структури сну – зокрема, зростає частка REM-сну після зниження вираженості симптомів [72]. Це підтверджує тісний зв'язок між якістю сну та психічним станом при ПТСР.

У таблиці 1.2 узагальнено основні види порушень сну, характерні для ПТСР, та їх особливості.

Таблиця 1.2. Основні порушення сну при ПТСР та їх характеристики [39; 74]

Порушення сну	Характеристика при ПТСР (у військових)
Інсомнія (безсоння)	Труднощі із засинанням через гіпервозбудження (настороженість, тривожні думки); часті нічні пробудження (через кошмари, панічну тривогу); неглибокий, неосвіжаючий сон. Спостерігається у більшості (70–90+) бійців із ПТСР
Нічні кошмари	Повторювані жахливі сновидіння, що відтворюють бойові епізоди або інші травми. Супроводжуються інтенсивною вегетативною реакцією (серцебиття, пітливість) та пробудженнями в стані паніки. Характерні для ~50–70% воїнів з ПТСР
Фрагментований сон	Пов'язані з важчим перебігом розладу; часті кошмари корелюють з вищим ризиком суїциду

Роздрібнена структура сну, що характеризується підвищеною частотою мікропробуджень, скорочення фази глибокого сну (SWS) та переривчастість REM-сну. Часто фіксується збільшення частки легкого сну (стадії N1–N2). Фрагментація REM-сну у перші тижні після травми прогнозує розвиток ПТСР, а хронічно порушений сон підтримує симптоматику, заважаючи емоційному опрацюванню травми.

З патофізіологічної точки зору, описані вище порушення сну при ПТСР є прямим наслідком нейрохімічних змін, що виникають при цьому розладі. Гіперактивація симпатичної нервової системи вночі (підвищений викид норадреналіну) призводить до того, що організм бійця навіть у спокійних умовах поводить так, ніби перебуває в небезпеці. Це пояснює часті

пробудження на тлі кошмарів і стан «напоготові» під час спроби заснути. Одночасно дефіцит гальмівного медіатора ГАМК означає, що мозку бракує «тормозів» для заспокоєння – процеси збудження домінують, і сон не настає глибоко. Такий дисбаланс підтверджений дослідженнями в яких зазначалеться, що в учасників бойових дій з ПТСР рівні ГАМК у мозку знижені, і саме ці пацієнти мають скарги на безсоння порівняно з тими, хто пережив травму без ПТСР. Норадреналін же, діючи на рецептори, порушує нормальний цикл REM-сну, робить сни тривожними та уривчастими. В результаті емоційна пам'ять про травму не обробляється належним чином під час сну. У нормальних умовах під час фази швидкого сну (REM) мозок здійснює переробку емоційних спогадів, знижуючи інтенсивність їхнього афективного навантаження. У разі посттравматичного стресового розладу зазначений механізм порушується, внаслідок чого переживання страху та жаху, пов'язані з травматичною подією, залишаються неінтегрованими та надмірно актуалізованими. Емпіричні дослідження засвідчують, що фрагментація REM-сну невдовзі після психотравматичного впливу може слугувати прогностичним маркером ризику розвитку ПТСР [72]. І навпаки, якщо сон зберігається відносно цілісним, мозок має більше шансів «зажити рану» пам'яті і уникнути розладу.

Варто відзначити, що ПТСР асоціюється також з іншими специфічними феноменами сну. Зокрема, в учасників бойових дій з ПТСР частіше діагностують порушення поведінки у REM-сні (REM sleep behavior disorder, RBD) – стан, за якого людина фізично розігрує дії зі сновидінь (розмовляє, рухається, може схоплюватися з ліжка під час кошмару). В одному дослідженні встановлено, що ймовірність RBD у ветеранів з ПТСР була значно вищою, ніж в учасників бойових дій без ПТСР [56, с. 993]. Це узгоджується з концепцією «trauma-associated sleep disorder (TSD)», яка виділяє окрему підгрупу пацієнтів з ПТСР, у яких спостерігаються не лише кошмари, а й агресивні рухові епізоди уві сні, пов'язані з бойовими спогадами. Такий розлад

додатково травмує психіку та підвищує ризик травматизації оточення або самого пацієнта під час сну.

Хронічне порушення сну при ПТСР має негативні наслідки для психічного і соматичного здоров'я військових. По-перше, неповноцінний сон погіршує когнітивні функції, насамперед, знижуються концентрація уваги, пам'ять, швидкість реакцій. Для бійців це може означати зниження боєздатності та більший ризик помилок або нещасних випадків під час служби. Доведено, що хронічний недосип зменшує здатність до відновлення після стресу і фізичних навантажень, що безпосередньо впливає на ефективність військових операцій [72]. По-друге, порушення сну підтримують і посилюють психопатологічні симптоми ПТСР. Є дані, що покращення якості сну сприяє зниженню вираженості денних симптомів ПТСР, депресії та тривоги. І навпаки, якщо кошмари та безсоння залишаються нелікованими, ПТСР має тенденцію ставати більш хронічним і резистентним до терапії. Деякі автори вважають сон медіаторним симптомом, який зв'язує воедино інші прояви ПТСР, так поганий сон підсилює інтенсивність і тривалість посттравматичних переживань [71, с. 940].

Наслідки для емоційної сфери також значні. Постійна сонна депривація веде до підвищеної дратівливості, емоційної лабільності, виснаження ресурсів психіки. Погіршення якості сну негативно впливає на психоемоційний стан, здоров'я та загальну здатність людей адаптуватися до умов війни. Відомо, що порушення сну тісно пов'язані з ризиком розвитку коморбідних депресивних та тривожних розладів. Особливо тривожним є зв'язок між важкими нічними кошмарами та суїцидальною поведінкою. Дослідження демонструють, що наявність хронічних кошмарів при ПТСР асоційована з підвищеним рівнем суїцидальних думок і навіть спроб. Так, розлади сну (безсоння, кошмари) відзначаються до 70% пацієнтів із ПТСР і пов'язані з вищим ризиком суїциду [74, с. 743.]. Це підкреслює необхідність приділяти особливу увагу корекції сну у ветеранів з ПТСР в межах комплексної реабілітації.

Крім того, з фізіологічної точки зору, хронічне недосипання та переривчастий сон призводять до дисбалансу вегетативної нервової системи та нейроендокринних циклів. В учасників бойових дій з ПТСР, які страждають на безсоння, може порушуватися секреція гормону росту і тестостерону (що виділяються під час глибокого сну), сповільнюється відновлення м'язових і імунних клітин. Це може сприяти соматичним проблемам – хронічній втомі, ослабленню імунітету, загостренню серцево-судинних захворювань. Таким чином, сон є критично важливою складовою одужання бійців з посттравматичним стресовим розладом. Як зазначає команда українських дослідників, вивчення наслідків порушень сну і впровадження ефективних програм реабілітації сну є надзвичайно актуальним для підтримки психічного здоров'я українського населення та військових в умовах війни [1, с. 293].

Підсумовуючи, ПТСР дуже негативно впливає на регуляцію сну через поєднання психологічних (травматичні спогади, тривога) та фізіологічних (нейромедіаторні і гормональні) механізмів. Учасники бойових дій з ПТСР майже завжди відчувають ті чи інші проблеми зі сном – від важкого засинання і частих кошмарів до повного розладу структури сну. Ці порушення, у свою чергу, поглиблюють психічні проблеми, формуючи порочне коло, де травма породжує безсоння і кошмари, а останні «підживлюють» травму. Розірвати це коло – важливе завдання реабілітації. Сучасні підходи включають як психотерапевтичні методи (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію безсоння, методи переривання кошмарів), так і біологічні втручання. Цікавим інноваційним рішенням є використання такої технології, як система «NightWare», яка схвалена FDA у 2020 р., де за допомогою сенсорів на смарт-годиннику можна виявити початок кошмару та м'якою вібрацією будити пацієнта, перериваючи жахливий сон. Подібні технології, поряд із медикаментозною терапією (препаратом вибору для зниження нічної адренергічної активності є prazosin – блокатор альфа-1-рецепторів [44, с. 410.]), а головне – психологічною підтримкою, можуть суттєво покращити якість сну і життя воїнів, що проходять через горнило війни.

Таким чином, на основі проведеного аналізу, можемо констатувати, що сон відіграє фундаментальну роль у відновленні психіки після травми. ПТСР, набутий унаслідок бойових дій, порушує нормальний сон, позбавляючи військовослужбовців можливості повноцінно відпочити і реабілітуватися. Розуміння психофізіологічних аспектів цього впливу – від нейрохімії мозку до поведінкових проявів у ліжку – є необхідним для розробки цілісних підходів до лікування.

Висновки до розділу 1

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) представляє собою складний психічний стан, що виникає як відстрочена реакція на інтенсивний травматичний досвід. Він характеризується комплексом емоційних, когнітивних, фізичних та поведінкових симптомів, що суттєво впливають на функціонування особистості і соціальну адаптацію. Травматичні події, які можуть викликати ПТСР, включають, але не обмежуються, військовими діями, насильством, катастрофами, нещасними випадками чи втратами.

Серед ключових симптомів ПТСР виокремлюють повторне переживання травматичних подій, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, знижену емоційну відгуковість, посилений стан тривоги та фізіологічну реактивність. Ці симптоми можуть призводити до значних соціальних та професійних дисфункцій, включаючи проблеми у міжособистісних відносинах, невдачі в роботі та ізоляцію.

Дослідження патогенезу ПТСР вказують на взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Неадекватність адаптаційних механізмів особистості до екстремальних умов, відсутність ефективних стратегій впорядкування, а також біологічні зміни, що відбуваються в організмі під час стресу, можуть сприяти розвитку розладу.

Епідеміологія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед учасників бойових дій вказує на високу поширеність цього розладу через інтенсивні та тривалі стресові впливи війни. Нейробіологічні, психологічні та

соціальні аспекти тісно взаємопов'язані у механізмах розвитку ПТСР, що включають дисфункцію ключових мозкових структур та стійкі зміни в емоційній реактивності та сприйнятті.

Важливість соціальної підтримки і інтеграції учасників бойових дій у суспільство підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування та реабілітації. Порушення сну є ключовим симптомом посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особливо серед учасників бойових дій. ПТСР впливає на сон через складні психофізіологічні зміни, спричиняючи інсомнію, нічні кошмари та фрагментацію сну, що обумовлює значний вплив на психічне і фізичне здоров'я, знижуючи працездатність і підвищуючи ризик депресії та тривожних розладів.

Нейрохімічні зміни, такі як надлишок норадреналіну та дефіцит ГАМК, порушують нормальний цикл сну, сприяючи частим пробудженням і поверхневому сну. Це поглиблює психічні проблеми, створюючи порочне коло, де поганий сон сприяє підтримці та загостренню симптомів ПТСР.

РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, ВИБІРКИ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Дизайн дослідження та етапи його організації

Дослідження було проведене за крос-секційним (поперечним) дизайном, тобто всі дані збиралися одноразово у визначений період часу. Такий дизайн обрано через його відповідність меті роботи – оцінити одночасно наявні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та якість сну учасників і виявити зв'язки між ними. Крос-секційне дослідження дозволяє отримати «зріз» стану вибірки в даний момент, що є оптимальним для описового та кореляційного аналізу без втручання у перебіг реабілітації. Важливо зазначити, що обраний дизайн не встановлює причинно-наслідкових зв'язків, проте дає змогу виявити статистичні залежності між вираженістю симптомів ПТСР та показниками сну на певний момент часу, що відповідає поставленій меті.

Мета дослідження – визначити, як якість сну пов'язана з вираженістю симптомів ПТСР учасників бойових дій, які проходять реабілітацію. Відповідно до мети було сформульовано завдання:

1. Оцінити рівень ПТСР, виміряти якість сну та пов'язані показники (інсомнію, стрес, якість життя, психічне здоров'я), а також проаналізувати взаємозв'язки між ними.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Київського міського центру допомоги ветеранам АТО та ООС у період з січня по березень 2025 року. Учасниками стали військовослужбовці та добровольці – учасники бойових дій, які перебували в цей час на психологічній реабілітації в зазначеному центрі. Перед початком збору даних було отримано дозвіл адміністрації центру та узгоджено процедуру із фахівцями-психологами закладу.

Логіка організації дослідження передбачала кілька послідовних етапів:

1. Підготовчий етап. Визначення цілей і гіпотез, аналіз літератури та вибір методик. На цьому етапі було сформовано теоретичну модель дослідження, що включала основні змінні (симптоми ПТСР як незалежну змінну та показники якості сну як залежну змінну, а також можливі супутні фактори). Також було підготовлено інструментарій: опитувальники, шкали та бланки інформованої згоди.

2. Основний (емпіричний) етап – проведення опитування та психодіагностики учасників. Усі респонденти заповнювали стандартизований пакет психодіагностичних методик у присутності дослідника (психолога). Дані збиралися індивідуально в комфортних умовах реабілітаційного центру. Кожному учаснику надавалися однакові інструкції щодо заповнення опитувальників. Загалом на одного респондента припадало близько 45–60 хвилин для проходження всіх методик (включно з інтерв'ю CAPS-5).

3. Аналіз даних та інтерпретаційний етап – після збору даних було проведено їх перевірку та статистичну обробку. Використано методи описової статистики для характеристики вибірки та змінних, а також кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена) для перевірки взаємозв'язків між вираженістю ПТСР та показниками сну. За допомогою комп'ютерної програми статистичного аналізу було розраховано основні показники та перевірено гіпотезу дослідження. Отримані результати інтерпретовано відповідно до психологічних теорій та порівняно з даними попередніх досліджень.

Наприкінці було сформульовано висновки, що узагальнюють результати і відповідають на поставлену мету.

Дослідження проводилося з суворим дотриманням етичних принципів психологічних та медичних досліджень, визначених Гельсінською декларацією. Участь військовослужбовців була добровільною – жоден з потенційних респондентів не був примушений до участі, вони мали право відмовитися або припинити участь на будь-якому етапі. Перед початком опитування кожному учаснику роз'яснювали мету і процедуру дослідження,

після чого отримували інформовану згоду в письмовій формі. Забезпечено конфіденційність отриманої інформації, так усі анкети кодувалися унікальними номерами, персональні дані (ім'я, контактна інформація) не збиралися, а результати презентувалися в узагальненому вигляді. Дані зберігалися в захищеному електронному вигляді і були доступні лише дослідникові та науковому керівникові.

Дослідження не передбачало втручань, що могли б зашкодити фізичному чи психічному стану учасників; усі методики є стандартизованими опитувальниками, ризик від участі мінімізований. Таким чином, дослідження проведено відповідно до етичних вимог і прав людини – з повагою до гідності учасників бойових дій, забезпеченням їх автономії та безпеки протягом усього дослідження.

2.2 Характеристики вибірки

У дослідженні взяли участь 98 респондентів – учасників бойових дій (військовослужбовців ЗСУ та добровольців), які проходили курс реабілітації у Київському міському центрі допомоги ветеранам АТО/ООС в період з січня по березень 2025 року. Таким чином, експериментальна вибірка сформована з осіб, що мають досвід участі в бойових діях на та потребують психолого-реабілітаційної допомоги. Представимо соціально-демографічні та військові характеристики вибірки, з відповідними розподілами за віком, статтю, статусом служби, освітою, сімейним станом, кількістю ротацій.

Середній вік респондентів становить $35,6 \pm 8,3$ років ($M = 35,6$; $SD = 8,3$). Віковий діапазон – від 20 до 55 років; медіана віку – 35 років. На рис. 2.1 та в табл. 2.1 відображено розподіл учасників за віковими групами п'ятирічного інтервалу. Як відмічено, найбільшу частку вибірки складають військові віком 31–35 років (25% від усіх опитаних). Значна є також група 36–40 років (20%). Кожен шостий респондент – віком 26–30 років (18%). Молодші учасники 20–25 років складають близько 10% вибірки. Частка респондентів старше 40

років поступово зменшується, так у віці 41–45 років –12%, 46–50 років – 8%, і найменше представників вікової групи 51–55 років (лише 5% вибірки).

Таблиця 2.1 Розподіл учасників за віком,%

Вікова група (років)	n	%
20–25	10	10,2%
26–30	18	18,4%
31–35	25	25,5%
36–40	20	20,4%
41–45	12	12,2%
46–50	8	8,2%
51–55	5	5,1%
Разом	98	100%

На основі отриманих даних, представимо отримані результати на рис. 2.1

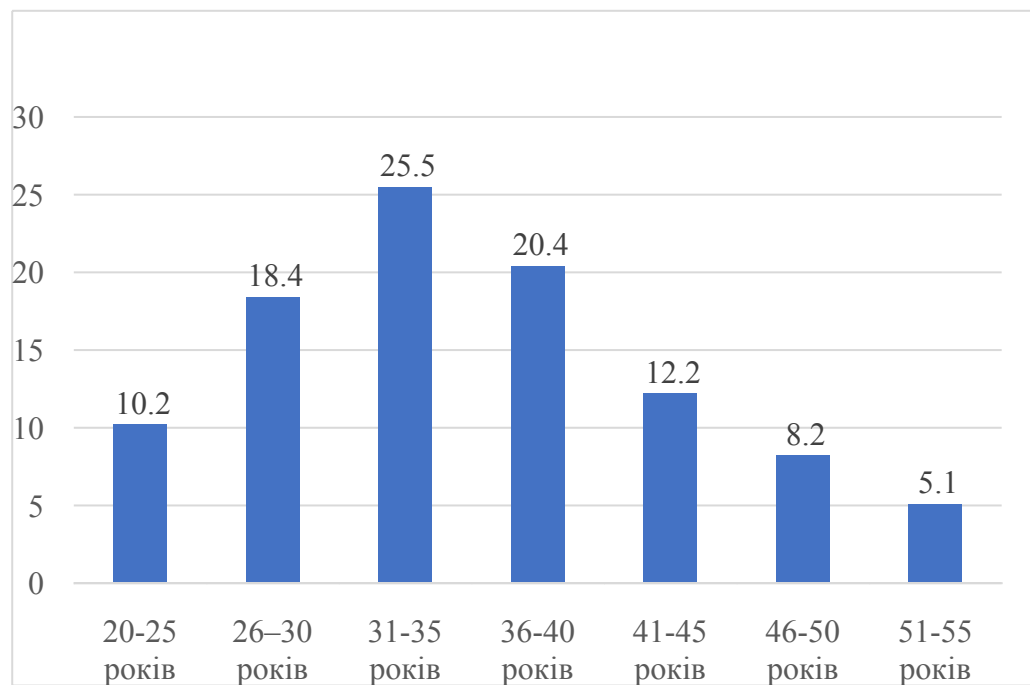


Рис. 2.1. Розподіл учасників за віковими групами, %.

Таким чином, вибірка представлена переважно молодими та середнього віку дорослими. Більше половини учасників (64%) мають вік до 40 років, і приблизно третина – старші за 40 років. Подібна вікова структура характерна

для вибірок військовослужбовців недавніх бойових дій, коли основний контингент становлять особи молодого та середнього віку.

За гендерним складом вибірка є переважно чоловічою. Із 98 учасників 84 особи (85,7%) становлять чоловіки та 14 осіб (14,3%) – жінки. На рис. 2.2 відображено співвідношення чоловіків і жінок у вибірці. Очевидно, що чоловіки значно домінують у вибірці, що очікувано з огляду на специфіку контингенту (учасники бойових дій). Водночас наявність майже п'ятої частини жінок (близько 14%) свідчить про участь жінок як у військовій службі, так і в добровольчих підрозділах, що брали участь у бойових діях.



Рис. 2.2. Гендерна структура вибірки, % (співвідношення чоловіків та жінок).

Крім того, вибірка включала як кадрових військових Збройних Сил України, так і добровольців – учасників бойових дій у складі добровольчих підрозділів. Розподіл за статусом учасників представлено на рис. 2.3. Більшість респондентів є військовослужбовцями регулярних сил – 70 осіб (71,4%). Решта 28 осіб (28,6%) – це добровольці, які брали участь у бойових діях не в складі регулярної армії. Отже, майже третина вибірки – добровольці,

що підкреслює різноманітність контингенту дослідження. Переважання військовослужбовців узгоджується з тим, що реабілітаційний центр обслуговує значну кількість ветеранів ЗСУ, хоча також надає допомогу добровольцям.

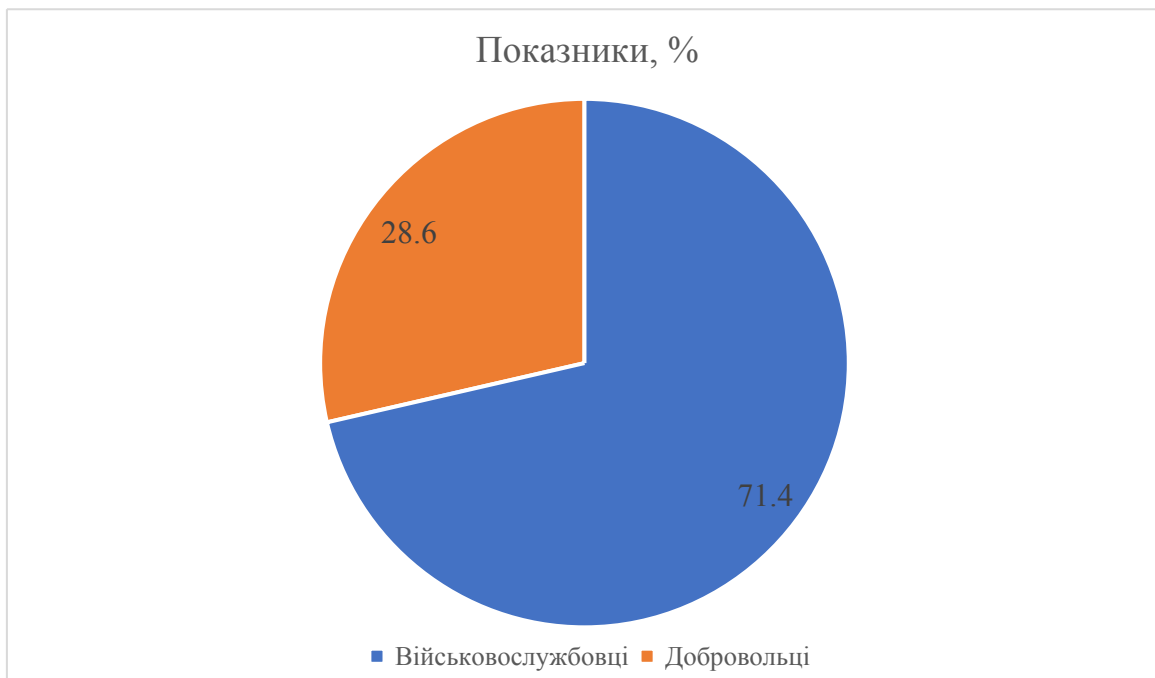


Рис. 2.3. Статус респондентів: частка військовослужбовців та добровольців, %.

Також респонденти дослідження відрізнялися за рівнем здобутої освіти. На рис.2.4 представлено розподіл учасників за рівнем освіти. Майже половина вибірки має вищу освіту – це 44 особи (44,9%), які закінчили вищий заклад освіти (бакалавр, спеціаліст або магістр). Близько третини респондентів мають повну загальну середню освіту (атестат про середню освіту) – 30 осіб (30,6%). Ще 24 особи (24,5%) здобули середню спеціальну освіту (закінчили технікум, коледж або професійно-технічний заклад). Отже, переважна більшість учасників (понад 69% вибірки) мають освіту не нижче спеціальної середньої, причому майже половина – диплом про вищу освіту. Така структура освіти відображає загальну тенденцію високого освітнього рівня серед учасників бойових дій.

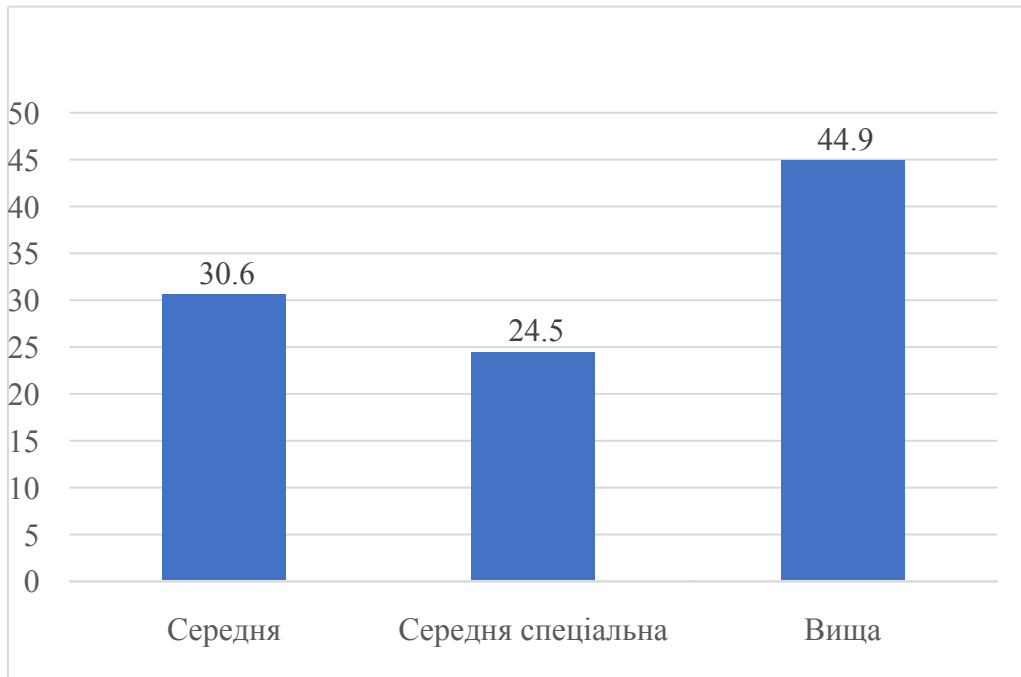


Рис. 2.4. Розподіл учасників за рівнем освіти, %.

У вибірці було з'ясовано сімейний стан респондентів (на момент обстеження). Нарис. 2.5 продемонстровано розподіл учасників за сімейним станом. Більшість опитаних є одруженими, а це 59 осіб, що становить 60,2% вибірки. Майже чверть респондентів не перебували у шлюбі (неодружені/незаміжні) – 24 особи (24,5%). Розлучені становлять 10,2% вибірки (10 осіб). Невелику частку складають вдови або вдовці – 5 осіб (5,1%) від загальної кількості. Таким чином, близько двох третин учасників мають родини (одружені), тоді як інші або не одружені, або не перебувають у шлюбі з тих чи інших причин (розлучення, втрата чоловіка/дружини). Домінування одружених осіб у вибірці відповідає середньому віку респондентів (близько 35 років).

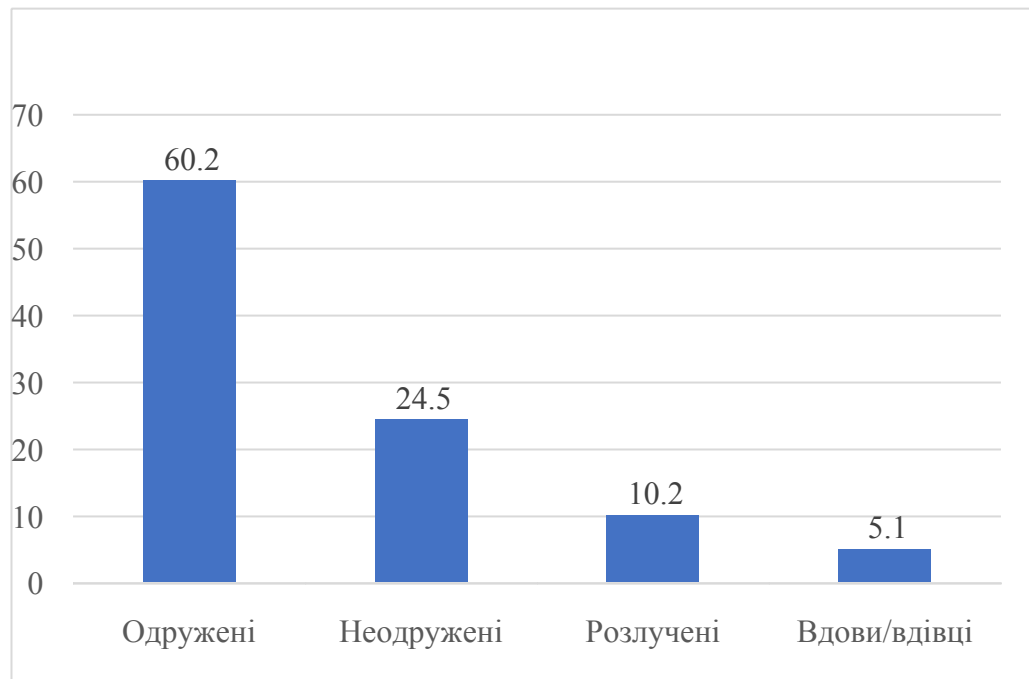


Рис. 2.5. Розподіл учасників за сімейним станом, %.

Важливою характеристикою вибірки є досвід участі в бойових діях, який у даному дослідженні оцінювався через кількість ротацій (кількість окремих виїздів/відряджень на бойові позиції). Як свідчать дані, значна частина опитаних брала участь у бойових діях неодноразово. Зокрема, близько третини респондентів здійснили дві ротації (30,6%). Досвід трьох ротацій має 25,5%. Майже стільки ж учасників пройшли чотири і більше ротацій – 23,5% (включає тих, хто виїжджав на фронт чотири, п'ять і більше разів). Порівняно менша група – це військові, які були в зоні бойових дій лише один раз (20,4% вибірки). В середньому учасники здійснили близько 2–3 ротації. Отримані дані вказують на високий рівень бойового досвіду більшості респондентів, що є важливим фактором при інтерпретації їхнього психоемоційного стану та потреб у реабілітації.

Таким чином, вибірка дослідження характеризується переважанням чоловіків середнього віку (35 років), більшість з яких одружені та мають вищу або середню спеціальну освіту. Приблизно 70% респондентів – кадрові військовослужбовці, близько 30% – добровольці. Учасники вибірки мають значний бойовий досвід, оскільки більшість з них перебували в зоні бойових дій неодноразово (дві і більше ротації), причому майже дві третини зазнали

бойових поранень. Наведені характеристики вибірки є важливими для подальшого аналізу, оскільки демографічні та службові фактори можуть впливати на психологічний стан, зокрема на якість сну та прояви посттравматичних симптомів учасників бойових дій.

2.3 Методи дослідження

У процесі дослідження були застосовані теоретичні методи – аналіз, синтез, порівняння та систематизація наукових джерел з *медичної психології травматичного стресу та сомнології*. З використанням аналізу та синтезу було опрацьовано сучасну літературу, що стосується посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових та питання якості сну у пацієнтів з психотравмою. Порівняння та систематизація дозволили виявити спільні положення і розбіжності в результатах попередніх досліджень, узагальнити існуючі теоретичні підходи та сформулювати концептуальну основу роботи. Зокрема, теоретичний аналіз охоплював праці з медичної психології, які висвітлюють вплив бойової травми на психічний стан людини, та дослідження із сомнології – науки про сон – щодо порушень сну при ПТСР. Такий підхід забезпечив ґрунтовне розуміння проблеми, сформулював робочі гіпотези дослідження та визначив напрямки подальшого емпіричного вивчення.

Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс емпіричних методів, зокрема психодіагностичних інструментів, спрямованих на оцінку симптомів ПТСР, якості сну, рівня стресу, а також загального психологічного стану учасників дослідження. Основні методики включали:

1. *CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)* – структуроване клінічне інтерв'ю для оцінки посттравматичного стресового розладу за критеріями DSM-5. CAPS-5 розроблена Національним центром із питань ПТСР (США) як «золотий стандарт» діагностики ПТСР (Weathers., 2013). Методика дозволяє встановити наявність ПТСР та кількісно оцінити вираженість його симптомів. Інтерв'юєр задає стандартизовані запитання, що

охоплюють 20 основних симптомів ПТСР (набори симптомів груп В, С, D, Е згідно DSM-5), а також додатково оцінює ключові характеристики симптоматології (початок, тривалість, рівень страждання та порушення функціонування) [77].

Кожен симптом оцінюється за шкалою інтенсивності і частоти прояву, після чого визначається сумарний бал тяжкості ПТСР. Високі результати за CAPS-5 свідчать про виражені симптоми ПТСР. Застосування CAPS-5 у цьому дослідженні забезпечує надійну та валідну фіксацію стану респондентів щодо ПТСР, що є важливим для подальшого аналізу зв'язку між тяжкістю травматичного стресу та показниками сну.

2. PSQI (Піттсбурзький індекс якості сну) – стандартизований опитувальник для суб'єктивної оцінки якості сну (Buysse, 1989). PSQI широко використовується в сомнологічних і клінічних дослідженнях для виявлення порушень сну протягом останнього місяця. Опитувальник містить 19 самозвітних питань, згрупованих у 7 компонентів, що охоплюють різні аспекти сну: суб'єктивна якість сну, час засинання (латентність сну), тривалість сну, ефективність сну (відсоток проведеного в ліжку часу, який припадає на сон), порушення сну (наявність нічних пробуджень та інших проблем), використання снодійних засобів, денна дисфункція (сонливість, втомлюваність протягом дня). За результатами опитування обчислюється глобальний індекс якості сну – сумарний бал, що може варіюватися від 0 до 21.

Нижчі значення індексу відповідають кращій якості сну, тоді як більш високі (понад 5 балів) вказують на проблеми зі сном [36]. У нашому дослідженні PSQI виступає для кількісної оцінки суб'єктивних скарг на сон у ветеранів, що дозволило порівняти ці показники з вираженістю симптомів ПТСР.

3. *ISI (Insomnia Severity Index)* – шкала для оцінки вираженості безсоння, розроблена як зручний скринінговий інструмент. Опитувальник ISI складається із 7 пунктів, кожен з яких оцінюється респондентом за 5-бальною

шкалою (від 0 – «немає проблем» до 4 – «дуже виражено»). Питання стосуються основних проявів інсомнії, насамперед, труднощів із засинанням, труднощів із підтриманням сну (часті пробудження або проблеми із повторним засинанням), занадто раннього пробудження, задоволеності якістю поточного сну, помітності проблем зі сном для оточуючих, стурбованості власними порушеннями сну та впливу безсоння на денне самопочуття. Сума балів за всіма 7 пунктами становить показник тяжкості інсомнії в діапазоні 0–28.

Існують орієнтовні порогові значення для інтерпретації результату ISI: 0–7 балів – відсутнє клінічно значуще безсоння; 8–14 – субклінічне (м'які симптоми); 15–21 – помірно виражене безсоння; 22–28 – важке безсоння [14]. Використання ISI у дослідженні дозволило кількісно визначити рівень інсомнії у учасників та проаналізувати, як безсоння пов'язане з ПТСР та якістю сну за PSQI.

4) *PSM-25 (Psychological Stress Measure)* – опитувальник для вимірювання рівня психологічного стресу (дистресу). Шкала PSM-25 була розроблена канадськими дослідниками Ж. Леміром, Р. Тесьє і Г. Філіоном для оцінки феноменологічної структури переживання стресу (Lemyre & Tessier, 1988; оновлена версія – 2003) і адаптована для використання у Східній Європі (переклад російською здійснила Н.Є. Водоп'янова, 2009). Опитувальник містить 25 тверджень, що описують різноманітні прояви стресу – емоційні, соматичні та поведінкові реакції (наприклад, напруженість, тривожність, виснаження, порушення апетиту, проблеми сну, психосоматичні скарги тощо).

Респондент оцінює частоту переживання кожного зі станів за 8-бальною шкалою: від 1 – «ніколи» до 8 – «постійно (щоденно)». Після заповнення опитувальника обчислюється сумарний інтегральний показник психологічного напруження (стресу) – чим він вищий, тим більшим є суб'єктивний рівень дистресу [9].

Згідно з рекомендаціями адаптації, значення понад 155 балів вказує на високий рівень стресу, 100–155 балів – середній рівень, а менше 100 балів –

низький рівень стресу. Використання PSM-25 у контексті дослідження допоможе кількісно оцінити загальний рівень дистресу учасників та співвіднести його як з тяжкістю ПТСР, так і з показниками сну (якість сну, інсомнія).

5) *Опитувальник якості життя за О.С. Чабаном* – вітчизняна психодіагностична методика для оцінки суб'єктивної якості життя [29]. Опитувальник розроблений українським дослідником О. С. Чабаном для оцінки психологічного благополуччя та рівня задоволеності основними сферами життя людини. Він складається з 10 питань, кожне з яких стосується окремого аспекту життя: (1) оцінка власного здоров'я; (2) самореалізація; (3) любов (відчуття того, що вас люблять); (4) гедонія (здатність отримувати задоволення від життя); (5) наявність друзів; (6) соціальна активність; (7) фінансове благополуччя; (8) спільне проведення часу з сім'єю та друзями; (9) задоволеність роботою; (10) задоволеність своїм соціальним статусом. Кожен пункт має 4 градації від найнижчого до найвищого рівня задоволеності або досягнення в даній сфері. Респондент обирає варіант, що найбільш відповідає його стану за останні три місяці. В результаті оцінювання може бути отримано профіль якості життя по зазначених сферах або загальний інтегральний показник (сума балів). Вищі сумарні бали свідчать про вищий рівень суб'єктивної якості життя. Застосування шкали О.С. Чабана є важливим для нашого дослідження, оскільки дає змогу простежити, чи впливає ПТСР та порушення сну не лише на окремі симптоми, але й на загальне сприйняття життя учасників бойових дій.

6) *MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey)* – опитувальник загального стану здоров'я та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Інструмент SF-36 був розроблений у США в рамках Медичного дослідницького проєкту (Ware & Sherbourne, 1992) і нині є одним з найбільш поширених у світі для оцінки фізичного та психічного благополуччя. Він містить 36 питань, згрупованих у вісім шкал, які охоплюють основні компоненти здоров'я, такі як фізичне функціонування, рольове

функціонування, обумовлене фізичним станом (роль фізичного здоров'я у виконанні повсякденних ролей), інтенсивність болю і його вплив на активність, загальне сприйняття здоров'я, життєва сила (енергійність), соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (вплив емоцій на виконання повсякденних обов'язків), та психічне здоров'я (настрій, тривожність, депресивність).

За результатами опитувальника обчислюються два інтегральні показники такі як індекс фізичного здоров'я та індекс психічного здоров'я, які відображають сумарний стан респондента за відповідними сферами. У контексті нашого дослідження SF-36 використано для об'єктивізації даних щодо загального стану фізичного та психічного здоров'я учасників дослідження, доповнення суб'єктивних оцінок якості життя та виокремлення можливих соматичних обтяжень, що можуть впливати на сон і психіку [25].

7) *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)* – госпітальна шкала тривожності та депресивності, створена для скринінгу емоційного стану в медичних пацієнтів (Zigmond & Snaith, 1983). Шкала HADS складається з 14 тверджень, об'єднаних у дві підшкали, де 7 питань для оцінки рівня тривожності (HADS-A) та 7 – для оцінки депресивності (HADS-D) [38].

Кожен пункт оцінюється самим респондентом за 4-бальною системою (від 0 – «ніколи/в нормі» до 3 – «дуже часто/значною мірою»). Таким чином, кожна субшкала має діапазон від 0 до 21 балу. Вищі показники вказують на більш виражені симптоми тривоги або депресії. Важливо, що HADS навмисно виключає соматичні прояви (такі як безсоння, втрата ваги, фізична втома), щоб результати відображали саме психологічні (когнітивно-афективні) симптоми і не були хибно підвищені через соматичні захворювання. У клінічній практиці прийнято вважати, що значення 8–10 балів за відповідною підшкалою можуть свідчити про наявність субклінічного рівня тривоги або депресії, а ≥ 11 балів – про клінічно виражений рівень, що потребує уваги фахівця. В нашому дослідженні HADS застосовано для виявлення та кількісної оцінки симптомів

тривожності і депресивності у ветеранів. Це важливо, оскільки коморбідна тривожна чи депресивна симптоматика може впливати як на якість сну, так і на інтенсивність переживання ПТСР, і її необхідно враховувати при аналізі отриманих даних.

Отримані в дослідженні емпіричні дані були опрацьовані з використанням сучасних статистичних методів за допомогою програмного забезпечення Jamovi (версія 2.0) – відкритої платформи для статистичного аналізу, яка забезпечує широкий набір класичних критеріїв.

Застосовано методи описової статистики для обчислення середніх величин, стандартних відхилень, частот та процентних розподілів для узагальнення результатів за кожною використовуваною шкалою. Це дозволило охарактеризувати вибірку за рівнем симптомів ПТСР, якістю сну, ступенем інсомнії, рівнем стресу, показниками якості життя тощо, а також отримати початкове уявлення про варіабельність даних і розподіл відповідей.

Для перевірки гіпотези щодо взаємозв'язків між різними психологічними показниками було використано кореляційний аналіз. З огляду на характер даних (більшість показників є порядковими шкалами або можуть мати нерозподілені нормально розподіли), обчислювався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ). Цей непараметричний критерій дав змогу виявити статистично значущі кореляційні зв'язки між, наприклад, тяжкістю ПТСР (за CAPS-5) та показниками якості сну (PSQI), між рівнем інсомнії (ISI) та рівнем дистресу (PSM-25), між показниками якості життя і наявністю психопатологічних симптомів (HADS), тощо.

Для оцінки міжгрупових відмінностей був застосований t-критерій Стьюдента. Зокрема, використовували t-тест для незалежних вибірок з метою порівняння показників двох груп учасників за певними параметрами. У контексті даного дослідження це могло бути корисним, наприклад, для порівняння учасників з різним рівнем ПТСР (умовно, група з високою вираженістю симптомів vs. група з низькою) щодо якості сну чи рівня інсомнії;

або порівняння військовослужбовців та добровольців за рівнем дистресу чи іншими показниками.

Висновки до розділу 2

Дослідження, спрямоване на визначення зв'язків між якістю сну та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед учасників бойових дій, було проведено за крос-секційним дизайном. Цей метод дозволяє одночасно оцінити стан учасників без втручання в процес їх реабілітації та є оптимальним для виявлення кореляцій між змінними. Підготовчий етап включав формулювання гіпотези, вибір методів збору даних та підготовку інструментарію, зокрема опитувальників та шкал. Емпіричний етап охоплював безпосередній збір даних за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик. Завершальний етап аналізу даних включав описову статистику та кореляційний аналіз для визначення залежностей між вираженістю ПТСР та якістю сну. Результати інтерпретовано у відповідності до психологічних теорій та наявної наукової літератури. У дослідженні було дотримано етичні стандарти, що забезпечило добровільність участі та конфіденційність даних, відповідно до Гельсінської декларації.

Вибірка дослідження включала 98 учасників, здебільшого військовослужбовців та добровольців, які перебували на реабілітації в Київському міському центрі допомоги ветеранам. Віковий спектр респондентів становив від 20 до 55 років з середнім віком 35,6 року. Більшість учасників (85,7%) були чоловіками. Респонденти відрізнялись за статусом служби, освітою та сімейним станом, демонструючи різноманітність учасників дослідження. Значна частина респондентів мала вищу освіту (44,9%), і майже дві третини були одружені. Досвід бойових дій серед учасників був високим, з більшістю, яка зазнала дві і більше ротацій. Такі характеристики вибірки забезпечують глибокий контекст для аналізу зв'язку між якістю сну та симптомами ПТСР, враховуючи демографічні та військові особливості респондентів.

У дослідженні були використані теоретичні методи аналізу, синтезу, порівняння та систематизації наукових праць із медичної психології травматичного стресу та сомнології. Це забезпечило формування концептуальної основи дослідження та уточнення гіпотез щодо зв'язків між симптомами ПТСР та якістю сну. Використано комплекс емпіричних методів, зокрема структуровані інтерв'ю (CAPS-5) для діагностики ПТСР, а також стандартизовані опитувальники (PSQI, ISI, PSM-25) для оцінки сну, інсомнії та рівня стресу. Ці інструменти дозволили зібрати детальну інформацію про психологічний стан учасників. Обробка отриманих даних проводилася за допомогою методів описової та інференційної статистики, зокрема кореляційного аналізу, що допомогло виявити значущі зв'язки між вивченими змінними.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження зв'язку якості сну з вираженістю симптомів ПТСР

Дослідження охопило 98 ветеранів бойових дій (усі проходили реабілітацію після травматичних подій у Київському центрі допомоги ветеранам АТО/ООС, січень–березень 2025). Респонденти були розподілені на дві групи залежно від вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за шкалою CAPS-5. CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) є «золотим стандартом» оцінки ПТСР і складається з 20 симптомів, кожен з яких оцінюється від 0 до 4 балів; сумарні показники варіюють від 0 до 80.

Експериментальна група включала учасників бойових дій із високим рівнем ПТСР (високі бали CAPS-5, що свідчать про клінічно значущий ПТСР) – 52 особи (53,1%), контрольна група – із низьким рівнем ПТСР (низькі бали CAPS-5, що не досягають порогу діагностичного критерію) – 46 осіб (46,9%). Середній показник CAPS-5 у експериментальній групі становив – 43 бали, тоді як у контрольній – 10 балів, різниця статистично значуща ($p < 0,001$), що підтверджує коректність розподілу вибірки на дві контрастні групи.

Для оцінки якості сну та психологічного стану учасників застосовувалися такі методики: CAPS-5 (для визначення тяжкості ПТСР), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Insomnia Severity Index (ISI), шкала психологічного стресу PSM-25, госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), опитувальник якості життя SF-36 та шкала самооцінки тривоги

Чабана. А також був проведений кореляційний аналіз взаємозв'язків між вираженістю ПТСР (CAPS-5) та іншими показниками.

Для оцінки суб'єктивних характеристик сну у респондентів було використано Піттсбурзький індекс якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI). Зазначений опитувальник містить 19 пунктів, що охоплюють основні компоненти сну, на їх основі обчислюється інтегральний показник – глобальний індекс якості сну, який варіює у межах від 0 до 21 балу. Вищі значення свідчать про гірший стан сну, при цьому рівень понад 5 балів вважається індикатором клінічно значущого порушення.

У таблиці 3.1 представлено розподілу респондентів за показниками якості сну (відповідно до критерію $PSQI > 5$) у контрольній та експериментальній групах. Аналіз показав, що у групі з високою вираженістю симптомів ПТСР (експериментальна група) 80% респондентів мали показники, що свідчать про наявність клінічно значущих розладів сну. Водночас у контрольній групі частка таких респондентів становила лише 30%, тоді як решта 70% демонстрували показники, які відповідають прийнятому нормативному рівню якості сну. Застосування критерію χ^2 виявило статистично значущу різницю між групами за цим показником ($\chi^2=30,5$; $p<0,001$).

Середнє значення глобального індексу PSQI у респондентів з високим рівнем ПТСР становило приблизно 10 балів, що вказує на виражене суб'єктивне порушення сну. Учасники з низьким рівнем ПТСР (контрольна група) мали середнє значення PSQI на рівні близько 4 балів, що відповідає прийнятним показникам. Результати t-критерію Стьюдента підтвердили достовірну відмінність між групами за цим параметром ($t = 6,40$; $p < 0,001$), що свідчить про суттєво гірший суб'єктивний стан сну у респондентів із високою вираженістю симптомів ПТСР.

Таблиця 3.1. Розподіл респондентів за якістю сну (PSQI) в експериментальній та контрольній групах, %

Категорія якості сну	Експериментальна	Контрольна група
----------------------	------------------	------------------

	група	
Якість сну в межах норми (PSQI \leq 5)	20%	70%
Порушена якість сну (PSQI $>$ 5)	80%	30%

Отже, вважаємо за необхідно схематично представити отримані результати дослідження (рис. 3.1)

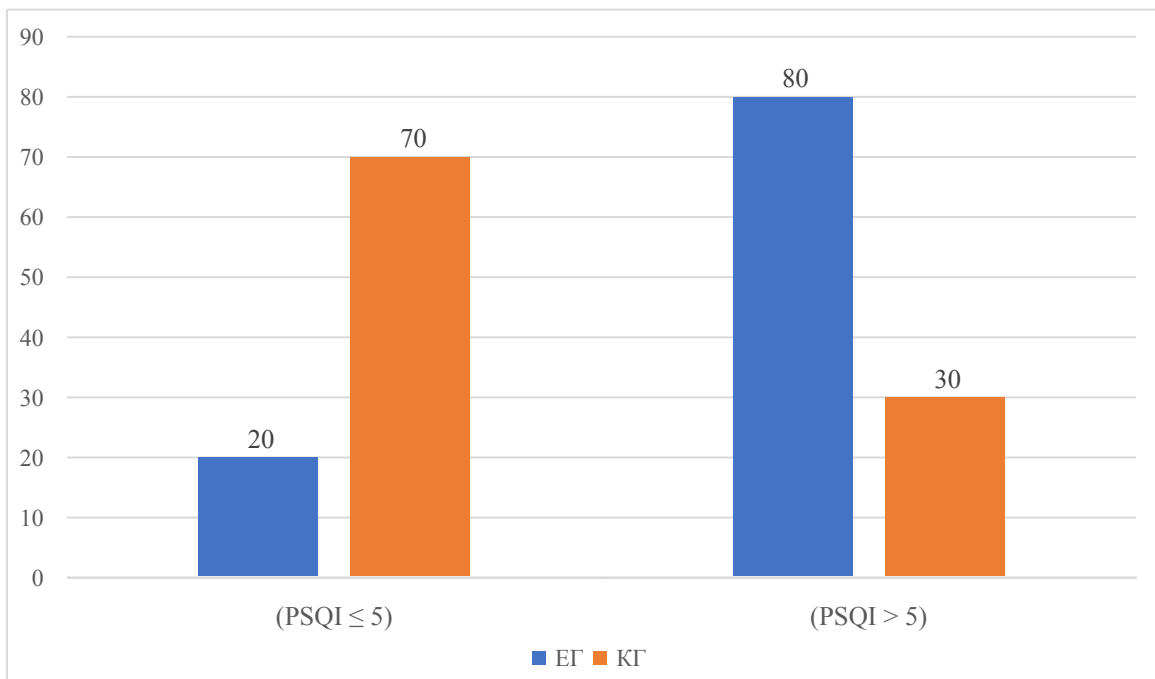


Рис. 3.1. Порівняння якості сну між EG та KG групами за PSQI

Для кількісної оцінки симптомів безсоння використовувався індекс тяжкості безсоння (Insomnia Severity Index, ISI). Шкала ISI містить 7 пунктів, за якими обчислюється сумарний показник від 0 до 28; традиційно виділяють діапазони: 0–7 – відсутнє клінічне безсоння, 8–14 – легкі симптоми, 15–21 – помірне безсоння, 22–28 – тяжке безсоння.

На основі цих критеріїв було проаналізовано розподіл респондентів (табл. 3.2). У експериментальній групі лише 10% учасників бойових дій не мали симптомів безсоння, тоді як у 20% було легке безсоння, у половини (50%) – помірне, а у 20% – тяжке безсоння. Натомість у контрольній групі більшість

учасників (50%) не мали безсоння, ще 40% мали лише легкі його прояви; помірне безсоння відзначалося лише у 10% і жоден з контрольної групи не мав тяжкого ступеня безсоння.

Таким чином, в групі з ПТСР спостерігається значно більша поширеність клінічно вираженого безсоння. Середній бал ISI у експериментальній групі становив 17, що відповідає помірному безсонню, тоді як у контрольній – 8 (межа норми та легкого ступеня). Така різниця статистично значуща ($t=7,71$; $p<0,001$). Отримані дані свідчать, що учасники з вираженою ПТСР-симптоматикою страждають від безсоння істотно частіше і у важчій формі, ніж військовослужбовці з незначними симптомами ПТСР.

Таблиця 3.2. Розподіл респондентів за тяжкістю безсоння (ISI) в експериментальній та контрольній групах, %

Ступінь безсоння	ЕГ	КГ
Відсутнє (0–7)	10%	50%
Легке (8–14)	20%	40%
Помірне (15–21)	50%	10%
Тяжке (22–28)	20%	0%

Схематично отримані результати представлені на рис. 3.2

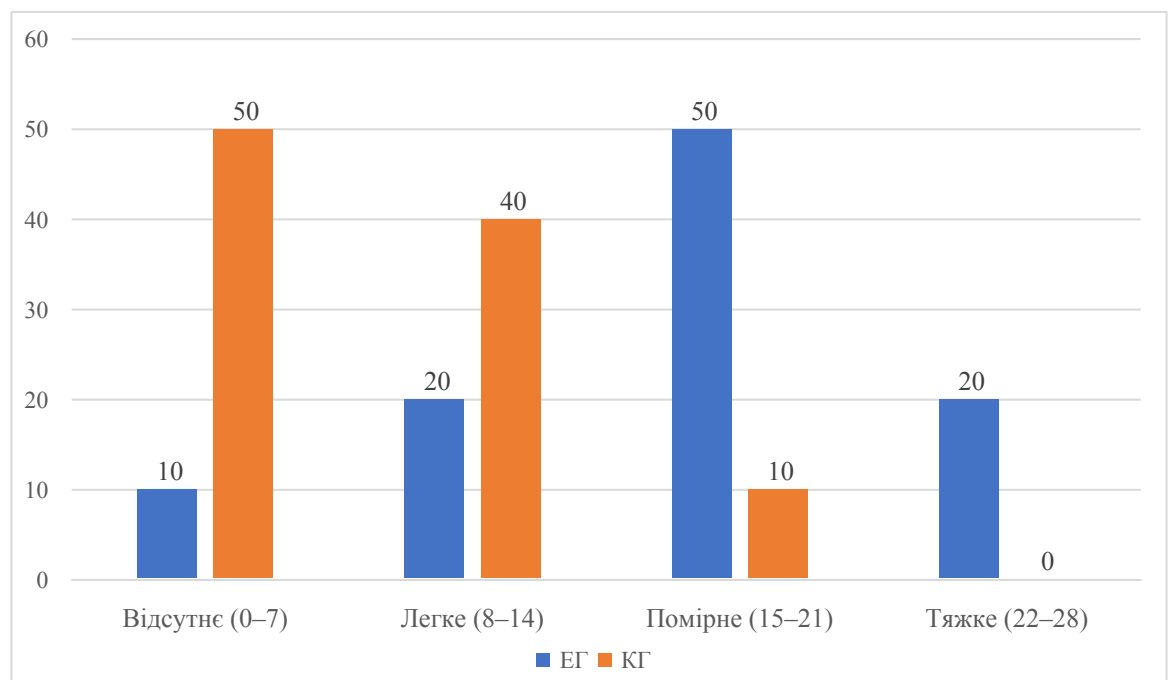


Рис. 3.2. Розподіл тяжкості безсоння (ISI) у експериментальній та контрольній групах.

На рис. 3.2 відображені результати респондентів КГ та ЕГ із різним ступенем вираженості безсоння. У ЕГ з ПТСР помітна значно більша частка респондентів із помірним (половина групи) та тяжким (20%) безсонням, тоді як у контрольній групі переважають особи без безсоння або з легкими його проявами. Це вказує на суттєве підвищення рівня інсомнії серед учасників бойових дій із вираженим ПТСР. Статистичний аналіз підтверджує різницю між ЕГ та КГ групами, де інтегральний показник ISI значно вищий у першій групі, що узгоджується з наведеним розподілом категорій.

Психоемоційний стрес оцінювався за допомогою шкали психологічного стресу PSM-25 (Questionnaire of Psychological Stress by Lemyre & Tessier). Шкала складається з 25 тверджень, сумарний бал відображає рівень пережитого стресу, де нижчі значення відповідають низькому рівню стресу, вищі – високому. Згідно з методичними рекомендаціями, результати PSM-25 інтерпретуються за градаціями «низький», «середній» та «високий» рівень стресу.

За результатами дослідження у контрольній групі 50% військовослужбовців мають низький рівень стресу, у 40% – середній, і лише 10% мають високий рівень психоемоційного напруження. Натомість у ЕГ з ПТСР лише 10% мали низький рівень стресу, 30% – середній, тоді як у переважної більшості (60%) фіксувався високий рівень стресу (рис. 3.3).

Отже, на основі отриманих даних, можемо стверджувати, що учасники бойових дій з ПТСР зазнають значно більшого психічного стресового навантаження. Статистично середній бал PSM-25 у експериментальній групі (близько 109 балів із можливих 175) суттєво перевищував показник контрольної групи (57 балів; $t=6,58$; $p<0,001$). Різниця між групами є вираженою, що підтверджує зв'язок між посттравматичною симптоматикою та рівнем стресу.

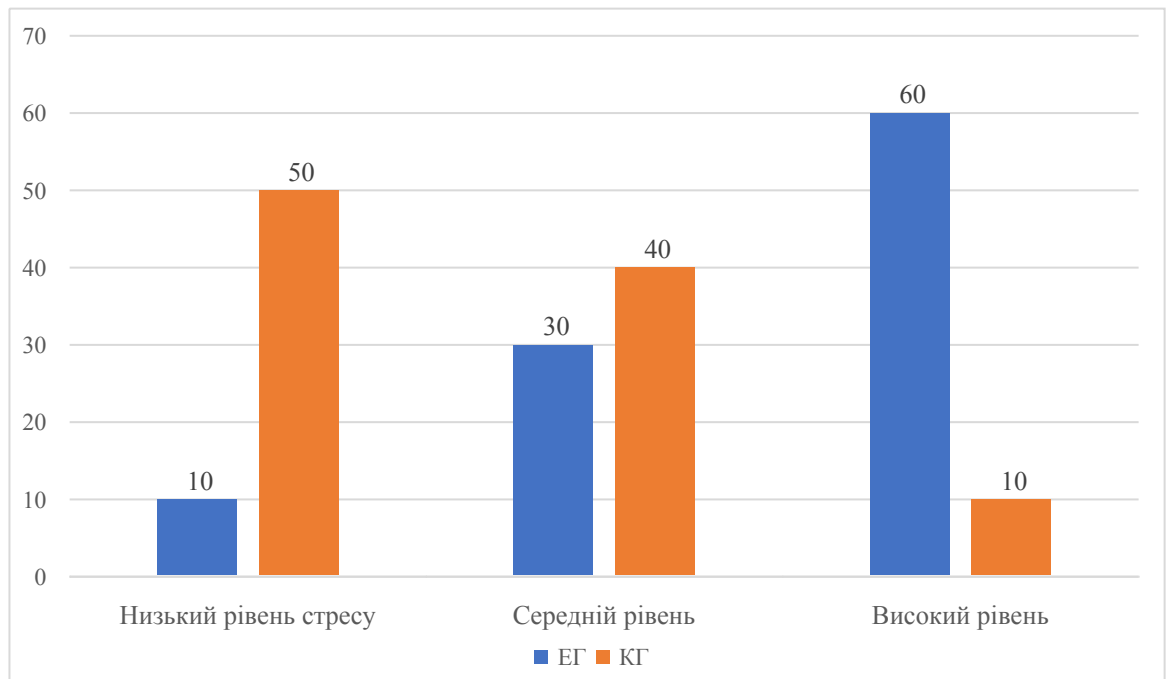


Рис. 3.3 Рівень психоемоційного стресу (PSM-25) у EG та KG групах.

Отже, військовослужбовці, які входили до експериментальної групи значно частіше характеризуються високим рівнем стресу. У контрольній групі натомість половина опитаних мала низький стрес, тоді як середній рівень стресу спостерігався у порівнянної частки в обох групах (30% та 40%). Отримані результати свідчать про значне перевантаження системи стрес-реагування учасників бойових дій із ПТСР порівняно з відносно спокійним психоемоційним станом військовослужбовців без вираженого ПТСР.

Психічний стан учасників у контексті тривоги та депресії оцінювався за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Цей опитувальник складається з двох підшкал - тривоги (HADS-A) і депресії (HADS-D), кожна з яких містить по 7 тверджень із оцінкою 0-3. Сумарний бал по підшкالی (0-21) інтерпретується наступним чином, де 0-7 - норма (відсутність виражених проявів), 8-10 - субклінічний (помірний) рівень, ≥ 11 - клінічно значуща (висока) тривога або депресія. На основі цих критеріїв

проаналізовано розподіл ветеранів з різною вираженістю тривожних і депресивних симптомів у двох групах (табл. 3.3).

Згідно з результатами оцінювання за шкалою тривожності HADS-A, в експериментальній групі лише 20% респондентів продемонстрували рівень тривоги, що відповідає нормативним показникам (≤ 7 балів). У 20% учасників було зафіксовано пограничний (субклінічний) рівень тривожності (8–10 балів), тоді як у переважної більшості – 60% – спостерігався клінічно виражений рівень тривоги (≥ 11 балів). У контрольній групі, навпаки, більшість респондентів (приблизно 90%) мали показники в межах норми, 8% – субклінічний рівень, і лише один респондент (2%) – клінічно значущий рівень тривожності.

Подібна тенденція спостерігалася й за шкалою депресії HADS-D. У групі з високою вираженістю симптомів ПТСР 50% респондентів не виявили ознак депресивних розладів, 30% мали легкі субклінічні прояви депресії, а у 20% зафіксовано клінічно значущу депресивну симптоматику. У контрольній групі у 90% учасників не спостерігалось проявів депресії, 10% мали пограничні показники, а випадків клінічно вираженої депресії не виявлено.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що підвищена вираженість симптомів ПТСР асоціюється зі значно вищим рівнем тривожності та, меншою мірою, депресивності. Середні значення за відповідними підшкалами HADS підтверджують цей висновок: в експериментальній групі середній бал за HADS-A становив приблизно 11,6 бала, що відповідає клінічно вираженій тривозі, тоді як у контрольній групі – 3,7 бала (в межах норми). Середній бал за HADS-D в експериментальній групі

склав 8,1 бала (межовий рівень), у контрольній – 4,2 бала (норма). Різниця між групами за обома показниками є статистично значущою ($p < 0,001$).

Отримані дані узгоджуються з науковими уявленнями про високу коморбідність ПТСР із тривожними та депресивними розладами. Ветерани з клінічно значущою посттравматичною симптоматикою характеризуються суттєво вищим рівнем емоційної дезадаптації порівняно з особами без діагностованого ПТСР.

Таблиця 3.3 Розподіл рівнів тривоги та депресії (HADS) у експериментальній та контрольній групах, %

Категорія	Експериментальна група	Контрольна група
Тривога (HADS-A)		
Норма (0–7)	20%	90%
Помірно підвищена (8–10)	20%	8%
Висока (≥ 11)	60%	2%
Депресія (HADS-D)		
Норма (0–7)	50%	90%
Помірна (8–10)	30%	10%
Висока (≥ 11)	20%	0%

Окрім HADS, для додаткової оцінки тривожності використовувався опитувальник розроблений О.С. Чабаном і О.О. Хаустовою), який містить перелік фізичних та психологічних симптомів тривоги, при цьому респондент відзначає наявність чи відсутність кожного протягом останніх 2 тижнів. Інтерпретація результатів передбачає, що при 7 або більше позитивних відповідях рівень тривоги вважається клінічно значущим. В нашому

дослідженні розподіл балів за шкалою О.С. Чабана також суттєво відрізнявся між групами. У експериментальній групі тільки 20% ветеранів не виявили істотної тривожності (менше 7 симптомів), тоді як у 50% зафіксовано помірний рівень тривоги (7–13 позитивних відповідей) і у 30% – високий рівень (≥ 14 позитивних відповідей). Натомість у контрольній групі переважна більшість (80%) не мали підвищеної тривоги за цією шкалою, 15% мали помірний рівень і лише 5% – високий.

Таким чином, результати за шкалою Чабана узгоджуються з даними HADS, так військовослужбовці, що входили до ЕГ демонструють значно підвищену тривожність. Середній сумарний показник тривоги у експериментальній групі становив – 12 (що перевищує порог 7 і вказує на наявність тривожного розладу), тоді як у контролі – ~ 5 (в межах норми); міжгрупова різниця статистично значуща ($t=5,52$; $p<0,001$). Це підтверджує, що ПТСР асоціюється з підвищеним рівнем тривожного напруження, у тому числі на психосоматичному рівні (такі фізичні прояви тривоги як тремтіння, пітливість, порушення сну та ін., що враховуються шкалою Чабана, значно частіше відзначалися в учасників бойових дій з ПТСР).

Таблиця 3.4 Розподіл рівня тривоги за шкалою О.С. Чабана в експериментальній та контрольній групах, %

Рівень тривожності	Експериментальна група	Контрольна група
Низький (≤ 6 симптомів)	20%	80%
Помірний (7–13)	50%	15%
Високий (≥ 14)	30%	5%

Для оцінки загальної якості життя та функціонування було використано опитувальник SF-36 (Short Form-36 Health Survey). SF-36 складається з 36

запитань, що об'єднуються у вісім шкал та два інтегральні показники – фізичного (Physical Component Summary, PCS) та психічного (Mental Component Summary, MCS) здоров'я. За цими індексами вищі значення відповідають кращому самопочуттю та якості життя, тоді як нижчі – свідчать про більшу вираженість скарг та обмежень. Результати показали, що ветерани з ПТСР суттєво гірше оцінюють психічне здоров'я та емоційне благополуччя. Середній показник MCS у експериментальній групі становив – 38, що значно нижче за контрольний (MCS –54; $t=-4,17$; $p<0,001$). Відповідно, половина учасників з ПТСР показали низький рівень якості життя за психічним компонентом, ще 40% – середній, і лише 10% – високий (що близько до норми). У контрольній групі навпаки, лише 15% мали низький рівень MCS, тоді як більшість (70%) – середній і 15% – високий, близький до оптимального.

Щодо компонента фізичного здоров'я (PCS) за SF-36, суттєвих відмінностей між групами не виявлено. Середній показник PCS у групі ПТСР (49) був лише трохи меншим, ніж у контролі (53), і ця різниця статистично незначуща ($p > 0,3$). Це може свідчити, що фізичне самопочуття та соматичне здоров'я у нашій вибірці ветеранів не залежали прямо від наявності ПТСР (ймовірно, через те, що обидві групи мали подібні бойові травми та загальний стан здоров'я). Натомість психологічні аспекти якості життя демонструють чіткий зв'язок із ПТСР: посттравматичні переживання негативно впливають на емоційне благополуччя, життєву активність, соціальне функціонування тощо.

Таблиця 3.5 Розподіл рівнів якості життя за психічним компонентом SF-36 у ЕГ та КГ групах, %

Рівень (психічне здоров'я SF-36)	Експериментальна група	Контрольна група
Низький	50%	15%
Середній	40%	70%
Високий	10%	15%

Для виявлення зв'язку між вираженістю посттравматичних симптомів і іншими показниками був проведений кореляційний аналіз. Розраховано коефіцієнти кореляції Спірмена (ρ) між сумарним балом CAPS-5 та результатами за шкалами: PSQI, ISI, PSM-25, HADS (тривога і депресія), шкалою Чабана та SF-36 (психічний і фізичний компоненти). Отримані числові значення наведено у табл. 3.6.

Отримані результати підтверджують наявність значущого зв'язку ПТСР із порушеннями сну та психологічним станом. Зокрема, індекс CAPS-5 виявив позитивний кореляційний зв'язок з показниками якості сну за PSQI ($\rho = 0,44$, $p < 0,001$) та більш виражений зв'язок – з індексом тяжкості безсоння ISI ($\rho = 0,54$, $p < 0,001$). Це означає, що більша вираженість симптомів ПТСР асоціюється з порушеною якістю сну та безсонням. Подібним чином, CAPS-5 тісно пов'язаний із підвищеним рівнем психологічного стресу (PSM-25: $\rho = 0,48$, $p < 0,001$) та високою тривогою (як за HADS-A: $\rho = 0,61$, $p < 0,001$, так і за шкалою Чабана: $\rho = 0,36$, $p < 0,001$). Кореляція з депресією (HADS-D) теж є статистично значущою, хоча дещо меншою ($\rho = 0,41$, $p < 0,001$), що свідчить про те, що тяжкість ПТСР пов'язана і з депресивною симптоматикою, але в меншій мірі, ніж з тривожністю чи безсонням. Важливо відзначити, що негативна кореляція спостерігається між CAPS-5 та показником психічного здоров'я SF-36 (MCS: $\rho = -0,37$, $p < 0,001$): чим вищий рівень ПТСР, тим нижче суб'єктивна якість життя в психологічній сфері. Натомість зв'язок CAPS-5 з фізичним компонентом SF-36 практично відсутній ($\rho = -0,02$, $p > 0,8$), тобто тяжкість ПТСР не впливає на фізичне самопочуття за даними опитувальника.

Отримані кореляційні зв'язки свідчать про те, що симптоми ПТСР тісно асоціюються з порушенням сна, безсонням, підвищеним стресом, тривогою і – з депресією, а також супроводжуються зниженням психологічної складової якості життя. Це підкреслює комплексний негативний вплив ПТСР на психологічне благополуччя учасників бойових дій, особливо на їхній сон та психічне здоров'я.

Таблиця 3.6. Порівняльна характеристика груп та кореляція показників з CAPS-5.

Показник (методика)	Експерим. група (високі CAPS-5)	Контрольна група (низькі CAPS-5)	Міжгрупова різниця (p)	Кореляція ρ (CAPS-5)
Якість сну (PSQI), бали	10,0 (± 4)	4,2 (± 3)	$p < 0,001$	+0,44***
Безсоння (ISI), бали	16,8 (± 6)	7,7 (± 5)	$p < 0,001$	+0,54***
Психологічний стрес (PSM-25), бали	108,7 (± 30)	56,9 (± 20)	$p < 0,001$	+0,48***
Тривога (HADS-A), бали	11,6 (± 5)	3,7 (± 4)	$p < 0,001$	+0,61***
Депресія (HADS-D), бали	8,1 (± 4)	4,2 (± 4)	$p < 0,001$	+0,41***
Тривога (шкала Чабана), бали	12,2 (± 5)	5,1 (± 4)	$p < 0,001$	+0,36***
Якість життя – психічне (SF-36 MCS)	37,6 (± 10)	53,9 (± 10)	$p < 0,001$	-0,37***
Якість життя – фізичне (SF-36 PCS)	48,6 (± 10)	52,6 (± 10)	$p = 0,33$ (н.с.)	-0,02 (н.с.)

Примітки: жирним виділено статистично значущі відмінності між групами (рівень значущості $p < 0,05$). *** $p < 0,001$ (коефіцієнти кореляції позначено відповідно рівню значущості). Н.с. – несуттєва (незначуща) кореляція або різниця. Знаком «+» позначено пряму кореляцію (за вищих значень CAPS-5 вищий показник шкали), знаком «-» – обернену (за вищих CAPS-5 нижчий показник). Для експериментальної та контрольної груп наведені середні значення (M) відповідних показників (у дужках – орієнтовне стандартне відхилення для контексту).

Аналіз отриманих результатів чітко демонструє наявність статистично значущого зв'язку між посттравматичними симптомами та якістю сну. Учасники бойових дій із вираженою ПТСР-симптоматикою характеризуються значно гіршою суб'єктивною якістю сну та частішими розладами сну (безсонням) порівняно з ветеранами, що не мають проявів ПТСР. Зокрема, у 80% військовослужбовців з ПТСР відзначено клінічно несприятливу якість сну (PSQI > 5) проти лише 30% у контрольній групі, а середній бал тяжкості

безсоння у них удвічі вищий. Такі відмінності підтверджуються високою статистичною значущістю ($p < 0,001$) і доповнюються даними кореляційного аналізу ($\rho \sim 0,4-0,5$ між балом CAPS-5 та показниками порушень сну). Отже, гіпотеза про негативний вплив ПТСР на сон знаходить переконливе підтвердження.

Крім того, було виявлено, що підвищений рівень ПТСР пов'язаний із погіршенням ряду психологічних показників. В ЕГ значно вищими є рівні тривоги (за HADS та шкалою Чабана) і депресії (HADS), а також істотно підвищений суб'єктивний рівень психічного стресу (PSM-25). Ці результати узгоджуються з клінічними спостереженнями, що ПТСР часто супроводжується коморбідною тривожно-депресивною симптоматикою та стресовою перенапругою. Кореляційний аналіз показав, що існує кореляційний зв'язок CAPS-5 з показниками тривоги ($\rho = 0,6$) та безсоння ($\rho = 0,54$), що вказує на провідну роль симптомів гіпераргування (тривога, порушення сну) в структурі ПТСР. Виявлено також середньої сили прямий зв'язок CAPS-5 із рівнем депресії та обернений – з психічною складовою якості життя (чим важчий ПТСР, тим гірше якість життя за MCS SF-36). Водночас фізичне здоров'я за SF-36 не мало значущого зв'язку з ПТСР, що може відображати той факт, що соматичні проблеми в учасників з бойовим досвідом присутні незалежно від наявності чи відсутності ПТСР.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що між якістю сну та вираженістю симптоматики посттравматичного стресового розладу існує тісний взаємозв'язок. Ветерани бойових дій з високими показниками за шкалою CAPS-5 значно частіше демонструють порушення сну, включаючи суб'єктивно незадовільну його якість та виражену інсомнію. У цієї категорії респондентів також спостерігається підвищений рівень психоемоційного напруження, тривожності, а в окремих випадках – і депресивних симптомів. Окрім цього, в учасників бойових дій з вираженим ПТСР фіксується істотне зниження

показників психологічної складової якості життя, що свідчить про наявність системних труднощів у сфері емоційного та соціального функціонування.

Отримані дані мають важливе прикладне значення та можуть бути враховані при розробці програм психосоціальної підтримки. Встановлений взаємозв'язок між симптомами ПТСР та параметрами сну вказує на доцільність включення компонентів, спрямованих на нормалізацію сну та зниження рівня тривожності, у комплексну реабілітаційну модель роботи з ветеранами. Зменшення тяжкості інсомнії та тривожних проявів може сприяти зниженню загального навантаження посттравматичної симптоматики, покращенню психологічного самопочуття та підвищенню суб'єктивної якості життя ветеранів. У цьому контексті якість сну має розглядатися як один із ключових показників психічного здоров'я та реабілітаційного потенціалу осіб, які зазнали психотравмуючих впливів унаслідок бойових дій.

3.2 Рекомендації для оптимізації реабілітаційних програм щодо поліпшення якості сну учасників бойових дій з ПТСР

Порушення сну є однією з ключових характеристик посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій. Згідно з офіційними даними, до 90% осіб із ПТСР відзначають ті чи інші порушення сну (безсоння, фрагментований сон, нічні кошмари) [31]. Власне результати проведеного дослідження також підтверджують, що зі зростанням вираженості симптомів ПТСР у військовослужбовців якість їхнього сну погіршується. Це узгоджується із сучасними науковими уявленнями, згідно з якими травматично обумовлені порушення сну розглядаються не як вторинний феномен, а як центральний компонент патогенезу ПТСР. Як відомо, хронічне порушення сну може підтримувати і погіршувати інші симптоми розладу. Наприклад, доведено, що специфічне лікування розладів сну при ПТСР сприяє зменшенню інтенсивності денних симптомів травматичного стресу [17]. Навпаки, збереження інсомнії та кошмарів асоціюється з підвищеним ризиком

хронізації ПТСР, коморбідної депресії та суїцидальних думок. Таким чином, покращення якості сну розглядається як одна з важливих умов успішної психореабілітації учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом.

Міжнародні клінічні настанови наголошують на необхідності виявлення та цілеспрямованого лікування розладів сну у пацієнтів з ПТСР. Зокрема, відповідно до рекомендацій VA/DoD (США), потрібна самостійна оцінка та лікування супутніх порушень сну у ветеранів з ПТСР, особливо якщо проблеми зі сном передували розвитку розладу чи зберігаються після завершення основної терапії ПТСР. Отримані результати підтверджують, що навіть після курсу традиційної психотерапії значна частка пацієнтів все ще страждає на інсомнію та нічні жахи. Тому вже на етапі планування реабілітаційної програми необхідно включати сомнологічний скринінг, насамперед, оцінку якості і структури сну (наприклад, за допомогою Пітсбурзького індексу якості сну чи опитувальників інсомнії), виявлення нічних кошмарів та денних проявів недосипання (сонливість, втомлюваність, порушення концентрації тощо). За потреби слід проводити інструментальні дослідження – полісомнографію або актіграфію – для диференційної діагностики інших порушень сну.

Особливу увагу варто приділити обструктивному апное сну (ОАС), яке часто виявляється у ветеранів з ПТСР. За даними досліджень, у вибірках травматизованих осіб поширеність ОАС коливається від 10% до 50% і більше [63, с. 1925]. Розлади дихання уві сні призводять до фрагментації сну і хронічної гіпоксії, що може посилювати денну тривожність, дратівливість та когнітивні порушення. Виявлено асоціацію між ОАС та нічними кошмарами у пацієнтів з ПТСР [67, с. 59]. Отже, при підозрі на апное (хропіння, епізоди зупинок дихання уві сні, виражена денна сонливість) необхідно скерувати пацієнта на відповідне обстеження. У разі підтвердження діагнозу до реабілітаційної програми включається лікування ОАС – як правило, підбір і застосування СРАР-терапії (Constant Positive Airway Pressure).

Дослідження показали, що ефективне лікування апное в учасників бойових дій зменшує частоту нічних кошмарів і покращує суб'єктивну якість сну [67], а також сприяє зниженню денних проявів ПТСР (втомлюваності, проблем з увагою). Водночас необхідно долати бар'єри до використання CPAP, оскільки як свідчить клінічний досвід, пацієнти з ПТСР гірше переносять маску та частіше відмовляються від апарату. Тому потрібен мультидисциплінарний супровід, з роз'ясненням ефективності терапії, поступове звикання, психологічна підтримка для підвищення прихильності до лікування ОАС.

Оптимізація сну у рамках реабілітації потребує впровадження доказових немедикаментозних методів, насамперед когнітивно-поведінкової терапії, адаптованої до проблем сну. Когнітивно-поведінкова терапія безсоння (КПТ-Б) на сьогодні визнана «золотим стандартом» лікування хронічної інсомнії і рекомендована як метод вибору для пацієнтів із ПТСР, що мають стійке безсоння. КПТ-Б є відносно короткочасним втручанням (звично 4–8 сеансів), яке поєднує техніки поведінкової корекції сну та когнітивного реструктурування. До її основних компонентів належать стимульний контроль (набуття звички лягати спати лише при відчутті сонливості, використання ліжка виключно для сну), обмеження сну (регуляція часу перебування в ліжку відповідно до середньої тривалості сну пацієнта), гігієна сну (раціоналізація умов сну та режиму дня) і навчання методів релаксації. У ветеранів з ПТСР КПТ-Б продемонструвала високу ефективність мета-аналіз, що свідчить про значне покращення показників сну (скорочення латентного періоду засинання, зменшення часу нічних пробуджень, підвищення суб'єктивної якості сну) [78]. Важливо, що окрім власне сну, КПТ-Б здатна помірно зменшувати й інші симптоми ПТСР, зокрема тривогу та «страх засинати» у пацієнтів, які побоюються нічних кошмарів. Відтак, включення КПТ-Б у комплекс реабілітації не лише поліпшує сон, а й опосередковано сприяє опануванню посттравматичної симптоматики.

Для подолання посттравматичних нічних кошмарів доцільно застосувати методи когнітивно-поведінкової терапії, спеціально спрямовані на роботу зі сновидіннями. Найбільш доказовим підходом є метод репетиції образів (Imagery Rehearsal Therapy, IRT) – техніка, при якій пацієнт у безпечній обстановці згадує зміст повторюваного кошмару, а потім разом із терапевтом змінює його сюжет на нейтральний або позитивний і багаторазово «програє» цю нову версію в уяві. Репетиція сновидінь у поєднанні з навчанням навичок релаксації з часом знижує частоту виникнення кошмарів та пов'язаних із ними нічних пробуджень. За результатами мета-аналізів, когнітивно-поведінкові інтервенції, націлені на кошмарний розлад, демонструють виражене зменшення інтенсивності нічних жахів і покращення загальної якості сну у осіб із ПТСР. Втім, поки що емпірична база цього методу є відносно обмеженою, тому клінічні настанови (зокрема, АРА та ВА) не видають окремих жорстких рекомендацій щодо лікування травматичних кошмарів і визнають потребу в подальших дослідженнях. Незважаючи на це, у реабілітаційній практиці доцільно пропонувати пацієнтам з тяжкими нічними кошмарами подібні техніки як доповнення до основної терапії. При комбінації хронічної інсомнії та кошмарного розладу добра ефективність відзначена при поєднанні КПТ-Б з репетицією образів. Деякі наукові дослідження показують, що додавання IRT до терапії інсомнії хоч і не завжди дає статистично значущу додаткову користь порівняно з ізольованою КПТ-Б [62, с. 15], проте може покращувати певні параметри сну (зокрема, знижувати суб'єктивну тяжкість кошмарів). Вибір конкретного підходу залежить від структури порушень сну у ветерана, так у разі переважання труднощів із засинанням та частих нічних пробуджень доцільно почати з КПТ-Б, тоді як при домінуванні повторюваних травматичних сновидінь – з методів роботи з кошмарами або поєднати обидва напрямки.

Важливо зазначити, що травма-фокусована психотерапія залишається наріжним каменем реабілітації при ПТСР і повинна проводитися паралельно із сомнологічними втручаннями. Відповідно до настанов Американської

психологічної асоціації (АРА) та NICE, саме індивідуальна травма-орієнтована терапія (наприклад, пролонгована експозиція, когнітивна обробка переживань, ЕМДР) має найвищий пріоритет при лікуванні ПТСР. Ефективне опрацювання травматичних спогадів часто веде до зниження рівня напруження і нічної гіпервігілантності, що позитивно позначається на сні. Так, у клінічних спостереженнях метод десенсибілізації та репроцесінгу рухами очей (EMDR) продемонстрував здатність зменшувати частоту нічних кошмарів і поліпшувати якість сну учасників бойових дій з ПТСР [3].

Проте традиційні психотерапевтичні методи не завжди достатньо впливають на інсомнію. У таких випадках необхідне цілеспрямоване додаткове втручання, сфокусоване на сон. Так, оновлені рекомендації NICE (2018) пропонують при резидуальних симптомах або за неможливості проведення травма-фокусованої терапії розглядати можливість окремих КПТ-інтервенцій, націлених на конкретні проблеми – наприклад, лише на порушення сну чи керування гнівом. Такий підхід дозволяє гнучко реагувати на потреби пацієнта: спершу стабілізувати сон і рівень активації, а потім повернутися до опрацювання травматичного досвіду, або ж навпаки – після успішної роботи з травмою додатково скоригувати залишкові інсомнічні скарги.

Медикаментозне лікування порушень сну учасників бойових дій з ПТСР слід застосовувати обережно, враховуючи можливі побічні ефекти і довгострокові ризики. Відповідно до міжнародних настанов, першою лінією лікування ПТСР є психотерапія; фармакотерапія призначається або при неможливості проведення терапії, або при наявності виражених залишкових симптомів після неї. Основними препаратами вибору для зменшення тривожно-депресивної симптоматики ПТСР є антидепресанти – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС: сертралін, пароксетин, флуоксетин) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (венлафаксин). Ці засоби певною мірою можуть поліпшувати і сон за рахунок зниження рівня загальної тривоги і напруження. Втім, на ранніх етапах

прийому СИЗЗС можливе посилення безсоння або порушення структури сну (наприклад, придушення швидкої фази), тому пацієнтів слід попередити про такі ефекти.

Для цільового усунення розладів сну при ПТСР жодного окремого препарату «першої лінії» наразі не існує. Бензодіазепінові транквілізатори і седативні снодійні з групи Z (золпідем тощо) можуть короткочасно застосовуватися при гострій реактивній інсомнії, але не рекомендуються для тривалого лікування хронічного безсоння через ризик залежності та зниження ефективності психотерапії. Натомість, якщо ситуація вимагає медикаментозної корекції сну, перевагу слід віддати препаратам з адаптогенним або антигістамінним ефектом та низьким потенціалом зловживання. У клінічній практиці для поліпшення сну при ПТСР часто застосовують низькі дози трициклічних антидепресантів або трактційних антидепресантів. Зокрема, поширеним є призначення тразодону на ніч: цей серотоніновий антагоніст має виражений седативний ефект і за даними окремих спостережень знижує частоту кошмарів і покращує безперервність сну у ветеранів. Водночас контрольованих випробувань тразодону при ПТСР небагато, тому його використання ґрунтується більшою мірою на клінічному досвіді.

Найбільше уваги у лікуванні посттравматичних нічних кошмарів привертає препарат з групи альфа-1-адреноблокаторів – празозин. Механізм його дії полягає у блокуванні постсинаптичних адренорецепторів, через що зменшується вплив норадреналіну на мозок під час сну і послаблюється стан нічної гіперактивності нервової системи. Численні плацебо-контрольовані дослідження і мета-аналізи повідомляють, що празозин значуще знижує частоту травматичних сновидінь, покращує якість сну та навіть полегшує денні симптоми ПТСР. Власне, алгоритм психофармакотерапії, запропонований Гарвардською психіатричною школою (2022), рекомендує празозин як препарат першого вибору при наявності стійких порушень сну і кошмарів у пацієнтів з ПТСР [34].

Враховуючи переносимість празозину, багато фахівців все ж включають його до реабілітаційних програм як засіб вибору при виражених нічних кошмарах, проводячи індивідуальну оцінку ефекту протягом 2–4 тижнів.

Інші фармакологічні опції при рефрактерних випадках включають атипові антипсихотики у низьких дозах (наприклад, кветіапін 25–50 мг на ніч), які можуть зменшувати гіпервозбудливість і полегшувати засинання. Настанова NICE (2018) допускає додавання антипсихотика (рисперидону) при ПТСР лише за умови тяжких симптомів збудження, що не піддаються іншій терапії [69]. Такий підхід має розглядатися тільки у виняткових ситуаціях і під наглядом психіатра через можливі побічні реакції. Слід також враховувати лікування супутніх соматичних і неврологічних станів, які часто спостерігаються у ветеранів і впливають на сон. Наприклад, при хронічному больовому синдромі доцільне призначення аналгетиків чи ад'ювантів (прегабаліну, дулоксетину) для полегшення болю вночі; при симптомах легкої черепно-мозкової травми – ноотропних або судинних засобів для покращення нейродинаміки мозку, що опосередковано може позитивно вплинути на сон. Коморбідні психічні розлади (депресія, тривожні розлади, зловживання алкоголем чи іншими речовинами) потребують паралельного лікування згідно з протоколами, адже їхня декомпенсація здатна звести нанівець реабілітаційні заходи. Зокрема, виявлено, що поєднання ПТСР з розладами вживання алкоголю значно погіршує якість сну, тому успішна терапія адикції є передумовою нормалізації сну у таких пацієнтів

У сучасній практиці наголошується на необхідності комплексного мультидисциплінарного підходу до реабілітації учасників бойових дій з ПТСР. Оптимізація сну повинна відбуватися у поєднанні з іншими компонентами – психотерапевтичним, медико-фармакологічним, фізичним, соціально-психологічним. В реабілітаційних відділеннях доцільно впроваджувати гігієнічні заходи для покращення сну, насамперед, забезпечення комфортних умов у спальних приміщеннях (темрява, тиша вночі), дотримання розпорядку дня зі стабільним часом відходу до сну і підйому, психоемоційна підтримка

(чергування психолога або персоналу, готового допомогти при нічних панічних атаках чи пробудженнях). Корисною є психоосвіта щодо сну, так учасникам бойових дій та їхнім родинам варто пояснювати, що безсоння і кошмари є типовими проявами ПТСР, які піддаються лікуванню. Пацієнт повинен навчитися простим прийомам самопомоги при порушеннях сну – технікам дихання і м'язової релаксації перед сном, використанню методик «grounding» (заземлення) при нічних страхах, веденню щоденника сну, щоб відслідковувати динаміку.

До програми бажано включити модулі фізичної активності та релаксації. Враховуючи це, у реабілітаційних центрах для учасників бойових дій доцільно організовувати дозовані фізичні заняття (лікувальна фізкультура, спорт, лікувальне плавання тощо) як невід'ємну складову розпорядку. Доповнити ефект можуть техніки майндфулнес та йоги, які сприятимуть зниженню фізіологічних проявів стресу і покращенню суб'єктивної якості сну у травмованих осіб. Подібні методи корисні як альтернативна або додаткова опція для тих пацієнтів, що не готові одразу залучитися до формальних психотерапевтичних сесій.

Сьогодні впроваджуються й інноваційні нейротерапевтичні підходи, що можуть підвищити ефективність реабілітації ПТСР, зокрема щодо стабілізації сну. Один з таких методів – EEG-нейрофідбек (біологічний зворотний зв'язок за показниками енцефалограми). Він навчає пацієнта довільно регулювати власну мозкову активність, розслаблятися і переходити у більш спокійні ритми роботи мозку. Нейрофідбек зарекомендував себе як безпечна та добре переносима методика, що не має побічних ефектів.

Поліпшення нейрорегуляції, досягнуте за допомогою нейрофідбеку, може відбитися і на якості сну – пацієнти відзначають зниження частоти нічних пробуджень, відчуття більшого контролю над своїм розслабленням перед сном. Таким чином, при наявності технічних можливостей, нейрофідбек може стати корисним доповненням реабілітаційної програми.

Інший перспективний напрям – неінвазивна нейромодуляція. Зокрема, досліджуються можливості транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) у корекції симптомів ПТСР. Хоча поки що цей метод не входить до стандартів і потребує подальших випробувань, у випадках резистентності до традиційних підходів його можна розглядати як експериментальний варіант (за згодою пацієнта). Перевагою ТМС є відсутність системних побічних дій і потенціал стійких нейропластичних змін, що може сприяти довготривалому поліпшенню як сну, так і загального стану. Також ведеться пошук фармакологічних ад'ювантів, які б адресно впливали на нейробіологічні механізми порушень сну при ПТСР (наприклад, агоністи мелатонінових рецепторів для відновлення циркадного ритму, засоби, що знижують рівень орексину і тим самим послаблюють гіпербудження у вечірній час тощо).

Важливим компонентом комплексної програми є практика кризової психології – своєчасна допомога на ранніх етапах травматизації, що може запобігти розвитку тяжких хронічних розладів сну. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та міжнародним досвідом ведення бойового стресу, після гострих подій слід забезпечити постраждалим базові потреби, а саме: безпечне місце для відпочинку, можливість відновити сон, фізичну підтримку (тепла їжа, гідратація) та емоційну опору. Раннє втручання, орієнтоване на сон, може включати короткотривалі седативні заходи (за необхідності – нетривалий прийом снодійних), нормалізацію режиму сну-неспанья і першу психологічну допомогу (вислуховування, прості заспокійливі техніки).

Під час реабілітації учасників бойових дій варто навчати їх навичок самоспостереження за сном і своєчасного звернення по допомогу при його погіршенні. Командири підрозділів та військові психологи повинні бути обізнані щодо важливості контролю за станом сну особового складу як до, так і після бойових епізодів. У збройних силах деяких країн вже впроваджуються превентивні програми: наприклад, передрозгортальні тренінги з управління стресом, які включають компонент покращення сну та навчання релаксаційним технікам. Такий превентивний підхід узгоджується з позицією

ВООЗ щодо необхідності зміцнення резилієнтності військових шляхом розвитку навичок саморегуляції та гігієни сну (WHO, 2022).

Урахування впливу ПТСР на сон та цілеспрямована корекція порушень сну є невід'ємною складовою оптимальної реабілітаційної програми для учасників бойових дій. На основі узагальнення результатів нашого дослідження і сучасних доказових підходів можна сформулювати такі ключові рекомендації:

1) своєчасна діагностика та мультидисциплінарне лікування розладів сну (безсоння, кошмарів, апное тощо) у ветеранів з ПТСР;

2) впровадження когнітивно-поведінкових протоколів, зокрема КПТ безсоння та методів роботи з травматичними сновидіннями, як обов'язкового компонента реабілітації;

3) використання фармакотерапії для покращення сну тільки за показаннями (тяжкі випадки), переважно препаратів з доведеною ефективністю при ПТСР (антидепресанти, празозин) і уникнення довготривалого призначення бензодіазепінів;

4) забезпечення комплексної підтримки, що включає лікування коморбідних станів, фізичну реабілітацію, навчання гігієни сну та технікам релаксації, залучення сім'ї та спільнот ветеранів до процесу відновлення;

5) застосування при можливості новітніх методів (нейрофідбек, нейромодуляція, цифрові додатки для моніторингу сну) як ад'ювантів для підвищення залученості пацієнтів і ефективності втручань.

Реалізація цих рекомендацій, підкріплених міжнародними настановами (APA, NICE, ВООЗ) та клінічним досвідом, сприятиме цілісному одужанню ветеранів. Поліпшення якості сну позитивно впливає на денне функціонування, емоційну стабільність і когнітивні показники пацієнтів, тим самим підвищуючи загальну результативність реабілітації та якість життя учасників бойових дій з ПТСР.

Висновки до розділу 3

Аналіз результатів дослідження підтверджує значний статистично підтверджений зв'язок між вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та якістю сну у ветеранів, які пройшли реабілітацію у Київському центрі допомоги ветеранам АТО/ООС. Дослідження включало 98 учасників, розподілених на дві групи за рівнем вираженості симптомів ПТСР за шкалою CAPS-5. В експериментальній групі (n=52, середній бал CAPS-5 = 43) значно більша частка учасників (80%) мала показники PSQI, що перевищували поріг 5 балів, що свідчить про клінічно значущі порушення сну. У контрольній групі (n=46, середній бал CAPS-5 = 10) таких учасників було значно менше — 30%.

Додатково, за даними кореляційного аналізу, було виявлено високу позитивну кореляцію між балами CAPS-5 та PSQI ($\rho = 0.44$, $p < 0.001$), що демонструє, що зі зростанням вираженості симптомів ПТСР погіршується якість сну. Ці зв'язки підкріплені також високими рівнями тривоги та стресу, оціненими за шкалами HADS-A і PSM-25.

На основі отриманих даних можна зробити висновок, що ПТСР істотно впливає на якість сну у ветеранів, а також асоціюється з підвищеним рівнем тривожності та психологічного стресу.

Ефективне управління порушеннями сну, включаючи безсоння, нічні кошмари та апное, є невід'ємною частиною комплексної терапії. Застосування когнітивно-поведінкової терапії безсоння, спеціалізованих методів роботи з нічними кошмарами, а також обережне використання фармакотерапії, може суттєво покращити якість сну та, як наслідок, загальний стан пацієнтів. Подальша інтеграція навчання гігієні сну, фізичної активності та нейротерапевтичних підходів може забезпечити більшу ефективність реабілітаційних програм. Такий комплексний підхід сприятиме поліпшенню денного функціонування, емоційної стабільності та когнітивних показників, підвищуючи якість життя учасників бойових дій з ПТСР.

ВИСНОВКИ

На основі проведення оцінки зв'язку між якістю сну та вираженістю симптомів ПТСР у учасників бойових дій, які проходять курс психологічної реабілітації сформовані наступні висновки, відповідно до завдань дослідження:

1. Проведено теоретичний аналіз і систематизацію сучасної наукової літератури з проблеми визначення поняття «посттравматичного стресового розладу». З'ясовано, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним багатоаспектним явищем, яке охоплює емоційні, соціальні, та

біологічні аспекти людського функціонування. Важливість розуміння ПТСР підсилюється наявністю значного числа випадків серед осіб, які зазнали екстремальних подій. ПТСР включає в себе як безпосередній вплив травматичних подій, так і довготривалі наслідки, що можуть виражатися у вигляді невротичних реакцій, емоційного спустошення та фізіологічних порушень. Значущість емоційного стресу, як центрального елемента ПТСР, підкреслюється його впливом на структуру поведінки особи та її здатність до соціальної та психологічної адаптації.

2. Розглянуто епідеміологію та патогенез посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед учасників бойових дій. ПТСР визначається як психічний розлад, що виникає внаслідок переживання або свідчення екстремально травматичних подій, що становлять загрозу життю чи безпеці особи. Часто зустрічається серед військовослужбовців, зокрема на тлі тривалого впливу війни. ПТСР характеризується настирливими спогадами, уникненням ситуацій, що нагадують про травму, негативними змінами в думках і настрої та підвищеною збудливістю. Дослідження показують, що ПТСР може суттєво порушувати функціонування і призводити до істотного дистресу.

Епідеміологічні дані свідчать про велике поширення ПТСР серед учасників бойових дій, особливо в українському контексті, де психологічна допомога стає важливою частиною ветеранської підтримки. Вивчення патогенезу ПТСР вказує на комплексну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Відомо, що травматичний стрес може призвести до нейробіологічних змін, що включають порушення у виробництві та регуляції нейротрансмітерів, а також зміни в гормональній активності та мозкових структурах, що відповідають за обробку стресу та емоцій.

3. Визначено психофізіологічні аспекти впливу ПТСР на регуляцію сну. Порушення сну є одним із найбільш характерних та стійких симптомів посттравматичного стресового розладу, що зумовлені як нейробіологічними, так і психологічними механізмами. Результати досліджень показують, що у осіб з ПТСР спостерігаються значні зміни у фазах і архітектурі сну, зокрема,

зниження тривалості глибокого сну і збільшення кількості нічних пробуджень, що часто пов'язані з нічними кошмарами. Такі порушення не тільки погіршують якість життя, але й сприяють загостренню інших симптомів ПТСР, включаючи денний страх і тривожність.

Основною причиною порушень сну при ПТСР є гіперактивація симпатичної нервової системи, яка тримає організм у стані підвищеної готовності до дії, навіть під час спроб заснути. Також, порушення в регуляції нейротрансмітерів, зокрема зниження рівня гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) і збільшення кортикотропін-вивільняючого гормону, посилюють нічну гіперактивність і перешкоджають нормальному сну.

Клінічні прояви порушення сну включають інсомнію, часті пробудження, скорочення фази швидкого сну та нічні кошмари, які часто містять повторення травматичних подій. Це не лише погіршує психологічний стан осіб з ПТСР, але й підвищує ризик розвитку інших захворювань, таких як депресія і серцево-судинні захворювання.

4. Організовано та здійснено емпіричне дослідження психічного стану учасників бойових дій, які перебувають на реабілітаційному лікуванні: оцінити інтенсивність симптомів ПТСР та якість сну у вибірці за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик. Дослідження з вивчення кореляції між якістю сну та симптомами ПТСР серед ветеранів бойових дій було проведено за крос-секційним дизайном в Київському міському центрі допомоги ветеранам АТО/ООС з січня по березень 2025 року. У дослідженні взяли участь 98 військовослужбовців. Процес дослідження включав підготовку, опитування і психодіагностику, а також аналіз зібраних даних.

Учасники мали середній вік 35,6 року, переважно були чоловіками (85,7%) і військовослужбовцями (71,4%). Більшість мала вищу освіту, і 60,2% були одружені. Щодо бойового досвіду, більшість учасників мала від двох до трьох ротацій.

Дослідження зв'язку між якістю сну та вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед учасників бойових дій,

проведене у Київському центрі допомоги ветеранам АТО/ООС, демонструє значні відмінності у суб'єктивному сприйнятті якості сну між особами з різними рівнями ПТСР. Результати базуються на аналізі даних 98 учасників, які були розподілені на експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ) групи за показниками CAPS-5, що є золотим стандартом оцінки ПТСР. Використовувані методики включали Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) для оцінки якості сну, Insomnia Severity Index (ISI) для безсоння, а також шкали для вимірювання психоемоційного стресу та тривожно-депресивних станів.

Виявлено, що у експериментальній групі 80% респондентів мали клінічно значущі порушення сну (PSQI >5), у порівнянні з 30% у контрольній групі, що статистично підтверджує вищий рівень суб'єктивних порушень сну серед осіб з вищими балами по CAPS-5. Це супроводжувалося вищим рівнем інсомнії, більш високим психологічним стресом та вищими показниками тривожності та депресії у цієї ж групи. Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок вираженості ПТСР з порушеннями сну, тривогою, підвищеним стресом та депресією.

Таким чином, високий рівень ПТСР суттєво корелює з негативним сприйняттям якості сну, що підкреслює потенціал стратегій, орієнтованих на поліпшення сну, в якості важливої складової комплексного підходу до реабілітації ветеранів з ПТСР.

5. Розроблено рекомендації для оптимізації реабілітаційних програм щодо поліпшення якості сну учасників бойових дій з ПТСР, виходячи з досліджень, що підтверджують значний вплив порушення сну на загальний стан осіб із посттравматичним стресовим розладом. На основі аналізу наявних даних встановлено, що суттєве погіршення якості сну пов'язане із зростанням вираженості симптомів ПТСР, що вказує на необхідність інтегрованих втручань, спрямованих на стабілізацію нічного відпочинку військовослужбовців.

Першочергово пропонується впровадження комплексного сомнологічного скринінгу у ранніх етапах реабілітації для всіх ветеранів, які

проходять лікування від ПТСР. Важливим є регулярне використання інструментів, таких як Піттсбурзький індекс якості сну та Індекс тяжкості безсоння, а також здійснення полісомнографії або актіграфії за показаннями для точної діагностики стану пацієнта.

Рекомендується також застосування когнітивно-поведінкової терапії безсоння (КПТ-Б), яка є золотим стандартом для лікування хронічної інсомнії і вже показала свою ефективність у зниженні симптомів безсоння у військовослужбовців з ПТСР. Компоненти КПТ-Б, включаючи стимульний контроль, обмеження часу у ліжку, гігієну сну та релаксаційні техніки, мають бути адаптовані до потреб цієї категорії пацієнтів.

Важливу роль відіграє також медикаментозне лікування, яке слід застосовувати з обережністю, враховуючи можливі побічні ефекти та ризики звикання. Запропоновані рекомендації мають на меті не тільки вирішення проблем зі сном, а й комплексний психосоціальний підхід до реабілітації ветеранів, що включає психотерапію, фізичну реабілітацію, соціальну підтримку та за необхідності медикаментозне лікування. Такий підхід сприятиме загальному відновленню функціонування учасників бойових дій, зменшенню симптомів ПТСР, і як наслідок – покращенню якості їхнього життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллаєва, А., Писаренко, К., Шелест, В., & Самойлова, Г. (2024). Порушення сну в умовах військового конфлікту. Дослідження причин і їх взаємозв'язок. *Матеріали конференцій МЦНД*, (14.06.2024; Суми, Україна), 291–293.
2. Агаєв НА, Кокун ОМ, Пішко Ю, Лозінська НС, Остапчук ВВ, Ткаченко ВВ. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ; 2016. 234 с.

3. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.

4. Болтоносів С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24, № 2. С. 77-80.

5. Вінс В.А., Суворова А.Г. Можливості профілактики та корекції посттравматичного стресового розладу у дорослих. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2023. № 4. С. 10–13.

3. Гапонов, К.Д. (2019). Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального

стресу (№ 1, с. 40–52). *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*

Гапонов, К.Д. (2019). Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з

розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального

стресу (№ 1, с. 40–52). *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*

6. Гапонов К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. Вип.1. С. 40-52.

7. Глушук А., Кандибал А., & Оданельчук Н. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник Національного університету оборони України*, 2024. Вип. 82(6). С. 19–25.

8. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки*. 2015. № 1(74). С. 378–390.

9. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Коупінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2020. Вип. 55(1). С.23-30.

10. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. 2-е вид., перероб. і доп. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с

11. Козинчук А. Найбільша проблема для демобілізованих бійців АТО – дезадаптація URL: http://zik.ua/news/2015/09/03/psycholog_naybilsha_problema_dlya_demobilizovanyh_biytsiv_ato__dezadaptatsiya_621401 (дата звернення 21.09.2017).

12. Корольчук М., Науменко Н. Аналіз чинників негативних психічних станів особистості до і під час війни (за результатами анкетування). *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 3 (73). С. 83–90.

13. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків.: НУЦЗУ, ФОП Мезіна В.В., 2017. 186 с.

14. Лященко Ю. В. Диференційований підхід до корекції порушень сну при тривожно-депресивних розладах.. Дис. на здоб. наук.ст.док. філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я». Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, 2022 рік. 234 с

15. Матяш М. М. Особливості діагностування психічного стану особистості в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2016. Т. 16, № 2. С. 108-114.

16. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис*. 2014. № 6. С. 124-127.

17. Нові підходи до діагностування та лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом. За матеріалами IV Регіонального

Українського конгресу «Controversies in Neurology» (16-17 листопада 2023 р.). <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/75907-nov-pdhodi-dodagnostuvannya-talkuvannya-patcntv-zposttravmaticnim-stresovi#>

18. Орос М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. 2023. № 2 (154). С. 93–97.

19. Папушина І.П. Психологічні особливості подолання стресу в українців під час війни. *Психологічний журнал*. 2022.-№ 1. С. 3-12.

20. Плотнікова А., Брек В. Розлади сну у військовослужбовців в період активних бойових дій. *Grail of Science*, 2023. Вип. 26. С. 534–536.

21. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

22. Радченко О.М. Посттравматичний стресовий розлад в умовах воєнного стану: місце та можливості фітотерапії. *Психіатрія*. 2022. № 10 (527). С. 42-43

23. Романишин А., Неурова А. Діагностування психотравматичних стресових розладів особового складу після участі в операції Об'єднаних сил. *Вісник Національного університету оборони України*, 2021. Вип. 62(4), 127–133.

24. Синьов В. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофрено-педагогіки): підручник. Київ : Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2007. 238 с

25. Соколова І.І. Клінічно-патогенетичні особливості та диференційоване лікування остеоартрозу у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2 з урахуванням генетичних маркерів. Дис. на здоб. наук. ст. док. філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я» Чернівці. 2024. 230 с

26. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.

- 27 Чабан О. С., Хаустова О. О., Безшейко В. Г., Москаленко О. В. Валідизація «Шкали оцінки якості життя». Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 159-160.
28. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
29. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.
30. American Psychiatric Association . DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *American Psychiatric Publishing*; Arlington, VA, USA: 2013. pp. 271–280.
31. American Psychiatric Publishing. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [text revision]. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2022
32. Armenta R. F., Rush T., LeardMann C. A., Millegan J., Cooper, A., & Hoge C.W., et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *Bio Med Central Psychiatry*. 2018. Vol. 18 (48). Pp. 1-11
3. Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H., Casey K.R., Chowdhuri S, Karippot A, et al. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med*. (2010). Vol. 6. С. 389–401. 10.5664/jcsm.27883
34. Bajor L.A., Balsara C., Osser D.N. An evidence-based approach to psychopharmacology for posttraumatic stress disorder (PTSD) - 2022 update. *Psychiatry Res*. 2022. Vol. 317. 10.1016/j.psychres.2022.114840
35. Boehnlein JK, Kinzie JD. Pharmacologic reduction of CNS noradrenergic activity in PTSD: the case for clonidine and prazosin. *J Psychiatr Pract* 2007. Vol. 13. Pp. 72–78.
36. Chasens E.R., Korytkowski M., Sereika S.M., Burke L.E. (2013) Effect of poor sleep quality and excessive daytime sleepiness on factors associated with diabetes self-management. *Diabetes Educ.*, 201. Vol, 39. Pp. 74–82.

37. Christine J So, Katherine E Miller, Philip R Gehrman Sleep Disturbances Associated With Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Annals*, 2023. Vol. 53(11). Pp. 491–495
38. Crawford J. R., Henry J. D., Crombie C., & Taylor E. P. Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2001. 40(4), 429–434
39. Creamer J.L., Brock M.S., Matsangas P., Motamedi V., Mysliwiec V. Nightmares in United States Military Personnel with Sleep Disturbances. *J. Clin. Sleep Med*. 2018. Vol. 14. Pp. 419–426.
40. Davis JL, Wright DC. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *J Trauma Stress*. 2007. Vol. 20. Pp. 123–33.
41. Dbiec J.; LeDoux, J. The Amygdala and the Neural Pathways of Fear, Post-Traumatic Stress Disorder. Humana Press: Totowa, NJ, USA, 2009. Pp. 23–38
42. Donoho C. J., Bonanno G. A., Porter B., Kearney L., & Powell, T. M. A decade of war: Prospective trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms among deployed U.S. military personnel and the influence of combat exposure. *American Journal of Epidemiology*, 2017. Vol. 186 (12). Pp. 1310-1318.
43. Dopheide J. A. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care*. 2020 Mar;26(4. doi: 10.37765/ajmc.2020.42769. PMID: 32282177.
44. El-Solh A. A. Management of nightmares in patients with posttraumatic stress disorder: current perspectives. *Nat Sci Sleep* 2018. Vol. 10. Pp. 409–420.
45. Geraciotti T.D., Baker D.G., Ekhaton N.N., West S.A., Hill K.K., Bruce A.B., et al. CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2001. Vol. 158. Pp.1227–1230.
46. Germain A., Buysse D.J., Shear M.K., Fayyad R., Austin C. Clinical correlates of poor sleep quality in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2004. Vol. 17. Pp. 477–484. doi:10.1007/s10960-004-5796-6
47. Harvey A.G., Bryant R.A. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident

survivors. *J Consult Clin Psychol*. 1998. Vol. 66. Pp. 507–12. doi:10.1037/0022-006X.66.3.507

48. Haynes P.L., Skobic I., Epstein D.R., et al. Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder is associated with negligible change in subjective and objective sleep. *Behav Sleep Med*. 2020. Vol.18(6). Pp. 809–819.

49. Haynes P.L., Skobic I., Epstein D.R., et al. Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder is associated with negligible change in subjective and objective sleep. *Behav Sleep Med*. 2020. Vol. 18(6). Pp. 809–819.

50. Hendrickson R.C., Raskind M.A. Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD. *Exp Neurol* 2016. Vol. 284. Pp. 181–195.

51. Kasl S. Epidemiological contributions to the study of work stresses. *Stress at work*. Cooper C., Payne R. (ed). Chichester: Wiley. 1978. P. 3-48

52. Klymenko I., Lobanov S., Zaichykova T. Psychosocial Rehabilitation of Military Personnel with Post-Traumatic Stress Disorder: The Example of Ukraine. Vol. 5 (2025): Salud, Ciencia y Tecnología. <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1298/2180> (Дата звернення: 30.03.2025)

53. Koren D., Arnon I., Lavie P., Klein E. Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 2002 Vol. 159. Pp. 855–857.

54. Kovalenko I., Berezan O., & Romohaibo V. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Психологія і особистість*, 2023. Вип. (2), С. 263–278. <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2.288310>

55. Lancel M., Marle Hein, Van Veen M., Schagen A. Disturbed Sleep in PTSD: Thinking Beyond Nightmares. *Front Psychiatry*. 2021. Vol. 12.: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8654347/#:~:text=PMC%20pmc,as%20core%20symptoms%20of%20PTSD>

56. Lee E., Kim K., Choi J. REM Sleep Behavior Disorder among Veterans with and without Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatry Investigation* 2020. Vol. 17(10). Pp. 987-995.

57. Lushchaka O., Velykodnac M., Bolmanb S., •Strilbytskaa O., Berezovskyia V. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. Volume 36. 2024. C. 1-10

58. Lydiard R.B., Hamner M.H. Clinical importance of sleep disturbance as a treatment target in PTSD. *Spring* 2009. Vol. 7. Pp. 176–183.

59. Maher M.J., Rego S.A., Asnis G.M. Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs* .2006. Vol. 20. Pp. 567–590. doi:10.2165/00023210-200620070-00003

60. McLay R. N., Klam W. P., & Volkert S.L. Insomnia is the most commonly reported symptom and predicts other symptoms of post-traumatic stress disorder in U.S. service members returning from military deployments. *Military Medicine*, 2010. Vol. 175. Pp. 759-762.

61. Milanak M.E., Zuromski K.L., Cero I., Wilkerson A.K., Resnick H.S., Kilpatrick D.G. Traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and sleep disturbances in a national sample of U.S. adults. *J Trauma Stress*. 2019. Vol. 32(1). Pp. 14–22.

62. Miller K., Brownlow J. , Gehrman P. Sleep in PTSD: treatment approaches and outcomes. *Curr Opin Psychol*. 2019. Vol. 23. C. 12–17

63. Miller KE, Jamison AL, Gala S, Woodward SH: Two independent predictors of nightmares in PTSD. *J Clin Sleep Med* 2018, 14:1921–1927.

64. Mysliwiec V., Brock M.S., Creamer J.L., O'Reilly B.M., Germain A., Roth B.J. Trauma associated sleep disorder: A parasomnia induced by trauma. *Sleep Med. Rev*. 2018. Vol. 37. Pp. 94–104.

65. Neylan T. C., Marmar C. R., Metzler T. J., Weiss D. S., Zatzick D. F., & Delucchi K. L. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation: Findings from a nationally representative sample of male Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 1998. Vol. 155. Pp. 929-933.

66. Ohayon M.M., Shapiro C.M.. Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Compr Psychiatry*. 2000. Vol. 41(6). Pp. 469–478.

67. Orr J.E., Smales C., Alexander T.H., Stepnowsky C., Pillar G., Malhotra A. et al. : Treatment of OSA with CPAP is associated with improvement in PTSD symptoms among veterans. *J Clin Sleep Med*. 2017. Vol. 13. Pp. 57–63
10.5664/jcsm.6388.

68. Pisaruk A., Shatilo V., Chyzhova V., Koshel,N., Pisaruk L., & Ivanov S. (2022). Posttraumatic stress disorder: online poll of people who experienced war stress in Ukraine in 2022. *Ageing and Longevity*, 3(2), 57-62.

69. Post-traumatic stress disorder. 2018. NICE guideline.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations#:~:text=>

70. PTSD crisis looms as troop shortages take toll on Ukrainian soldiers' mental health. 2024. <https://kyivindependent.com/ptsd-crisis-looms-as-troop-shortages-take-toll-on-ukrainian-soldiers-mental-health/#:~:text=There%20is%20currently%20no%20publicly,if%20military%20pe rsonnel%20are%20included>

71. Rosen R.C., Cikes B., Fang S., Trachtenberg F.L., Seal K.H., Magnavita A.M., Bovin M.J., Green J.D., Bliwise D.L., Marx B.P., et al. Posttraumatic Stress Disorder Severity and Insomnia-Related Sleep Disturbances: Longitudinal Associations in a Large, Gender-Balanced Cohort of Combat-Exposed Veterans. *J. Trauma Stress*. 2019ю Vol. 32. Pp. 936–945.

72. Saguin E., Gomez-Merino D., Sauvet F., Leger D.Sleep and PTSD in the Military Forces: A Reciprocal Relationship and a Psychiatric Approach. *Brain Sci*. 2021. Vol. 11(10):1310. doi: 10.3390/brainsci11101310.

73. SCARS ON THEIR SOULS: PTSD and Veterans of Ukraine. 2023. <https://www.globsec.org/what-we-do/press-releases/scars-their-souls-ptsd-and-veterans-ukraine>

74. Schoenfeld F.B., Deviva J.C., Manber R. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: a review. *J Rehabil Res Dev*. 2012. Vol. 49. Pp. 729–752.

75. Selye H. *The Stress of Life*. New York, McGraw-Hill., 1956.

76. Wang C., Laxminarayan S., Ramakrishnan S., Dovzhenok A., Cashmere J.D., Germain A., Reifman J. Increased oscillatory frequency of sleep spindles in combat-exposed veteran men with post-traumatic stress disorder. *Sleep*. 2020;43:zsaa064. doi: 10.1093/sleep/zsaa064.

77. Weathers F. W., Blake D. D., Schnurr P. P., Kaloupek D. G., Marx B. P., & Keane T. M. (2015). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5(CAPS-5) – Past Week [Measurement instrument].

78. Wu J.Q., Appleman E.R., Salazar R.D., Ong J.C. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015. Vol. 175(9). Pp. 1461–1472.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест 1. — Шкала тяжкості інсомнії (за Ch. Morin)

Оцініть будь-ласка тип та тяжкість Ваших проблем зі сном протягом останніх декількох місяців.

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

Додаток В

Пітсбурзький опитувальник на визначення індексу якості сну (PSQI)

Ім'я _____

Прізвище _____

Дата _____

Дата народження _____

Інструкція:

Наступні питання стосуються Вашого сну протягом останнього місяця. Ваші відповіді повинні відображати найбільш відповідну ситуацію для більшості днів та ночей за минулий місяць. Будь-ласка, дайте відповідь на всі питання.

1. В який час Ви звичайно лягаєте спати протягом останнього місяця?

ЗВИЧАЙНИЙ ЧАС ВІДХОДУ ДО СНУ _____

2. Скільки часу (хвилин) Ви звичайно потребуєте, щоб заснути (протягом останнього місяця)?

КІЛЬКІСТЬ ХВИЛИН _____

3. В який час Ви звичайно прокидаєтесь протягом останнього місяця?

ЗВИЧАЙНИЙ ЧАС ПІДЙОМУ _____

4. Скільки часу в середньому Ви спали за ніч протягом останнього місяця? (кількість часу може відрізнятись від кількості часу, проведеного у ліжку).

КІЛЬКІСТЬ ЧАСУ СНУ ЗА НІЧ _____

Для кожного з решти питань оберіть одну найбільш прийнятну відповідь. Будь ласка, дайте відповідь на всі питання.

5. Протягом минулого місяця як часто у Вас були проблеми зі сном, тому що Ви... (а) не могли заснути протягом 30 хвилин

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(б) прокидалися посеред ночі або під ранок

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(в) були змушені вставати, щоб скористатися ванною кімнатою

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(г) не могли вільно дихати

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(г) кашляли чи голосно хропіли

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(д) відчували, що Вам холодно

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(е) відчували, що Вам жарко

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(є) бачили погані сни

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(ж) відчували біль

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(з) інша причина, будь ласка, напишіть.....

Як часто за минулий місяць у Вас були проблеми зі сном через цю причину?

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

6. Як би Ви охарактеризували якість Вашого сну за останній місяць?

Дуже висока	<input type="checkbox"/>
Досить висока	
Швидше низька	
Дуже низька	

7. За минулий місяць як часто Ви приймали ліки, які допомагають заснути?

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

8. Як часто за минулий місяць Вам було складно «не спати» під час керування автомобілем, в період прийому їжі або в процесі соціальної діяльності?

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

9. За минулий місяць наскільки складно було Вам зберігати достатній настрій для того, щоб зробити всі справи?

Зовсім не складно	<input type="checkbox"/>
Лише трохи складно	<input type="checkbox"/>
В деякій мірі складно	<input type="checkbox"/>
Дуже складно	<input type="checkbox"/>

10. Чи є у Вас партнер, з яким Ви ділите ліжку, або сусід по кімнаті?

Ні, я проживаю один(на) в кімнаті	<input type="checkbox"/>
Партнер/сусід живуть в іншій кімнаті	<input type="checkbox"/>
Партнер/сусід в тій же кімнаті, в іншому ліжку	<input type="checkbox"/>
Ділимо одне ліжко (з партнером)	<input type="checkbox"/>

11. Якщо у Вас є статевий партнер або сусід по кімнаті, запитаєте його/її, як часто за минулий місяць у Вас були...?

(а) Гучне хропіння

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(б) Тривалі затримки дихання під час сну

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(в) Посмикування ногами під час сну

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(г) Епізоди дезорієнтації в період сну

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

(г) Інші прояви неспокою під час Вашого сну; будь ласка, опишіть

Жодного разу за останній місяць <input type="checkbox"/>	Менше ніж раз на тиждень <input type="checkbox"/>	Один-два рази на тиждень <input type="checkbox"/>	Три та більше разів на тиждень <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

Додаток Г

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Інструкція: кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Оберіть, будь ласка, той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану.

D	A	Симптом
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Це так лише в дуже малому ступені
	0	Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний

	2	Це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТЕН РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТІЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇСМІШНЕ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Зовсім не здатен
A		5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
	3	Зовсім не відчуваю
	2	Дуже рідко
	1	Іноді
	0	Практично увесь час
A		7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
	3	Практично увесь час
	2	Часто
	1	Іноді
	0	Зовсім ні
A		9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ

3	Безумовно це так
2	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1	Може бути, я став менше приділяти цьому увагу
0	Я стежу за собою так само, як і раніше
A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЮЧІСТЬ, МЕНІ ПОСТІЙНО ТРЕБА РУХАТИСЯ
3	Безумовно це так
2	Напевно, це так
1	Лише в деякій мірі це так
0	Зовсім не відчуваю
D	12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАЙНЯТТЯ, ІНТЕРЕСИ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ВІДЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
0	Точно так, як і звичайно
1	Так, але не в тій мірі, як раніше
2	Значно менше, ніж звичайно
3	Зовсім так не вважаю
A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ВІДЧУТТЯ ПАНІКИ
3	Дуже часто
2	Достатньо часто
1	Не так часто
0	Зовсім не буває
D	14. Я МОЖУ ОТРИМАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ХОРОШОЇ КНИГИ, РАДІО- ЧИ ТЕЛЕПРОГРАМИ
0	Часто
1	Іноді
2	Рідко
3	Дуже рідко

Додаток Д

Шкала психологічного стресу PSM 25 Лемура-Тесьє-Філліона

(в адаптації Н.Є.Водоп'янової Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemur-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу.

Мета – вимір стресових відчуттів в соматичних, поведінкових і емоційних показниках. Методика була спочатку розроблена у Франції, потім переведена і валідизировать в Англії, Іспанії та Японії. Переклад і адаптація російського варіанту методики виконані Н. Е. Водоп'янової.

Інструкція: пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника поруч з кожним твердженням обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно визначає ваші переживання. Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте якомога щире. Для виконання тесту буде потрібно приблизно п'ять хвилин. Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань: 1 – «ніколи»;

2 – «вкрай рідко»; 3 – «дуже рідко»; 4 – «рідко»; 5 – «іноді»; 6 – «часто»; 7 – «дуже часто»; 8 – «постійно (щодня)».

1 Стан напруженості і крайньої схвильованості (напруженості)

2 Відчуття клубка в горлі і / або сухості в роті

3 Я перевантажений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу

4 Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти

5 Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застряють» на переживаннях робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову і знову

6 Я відчуваю себе самотнім і незрозумілим

7 Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт в області шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку

8 Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами

9 Мене раптово кидає то в жар, то в холод

10 Я забуваю про зустрічі або справах, які повинен зробити або вирішити

11 У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або проявити агресію, лють

12 Я відчуваю себе втомленим людиною

13 У важких ситуаціях я міцно стискаю зуби (чи стискаю кулаки)

14 Я спокійний (на) і безтурботний (на)

15 Мені важко дихати і / або у мене раптово перехоплює подих

16 Я маю проблеми з травленням і з кишечником

17 Я схвильований (а), стурбований (а), збуджений (а)

18 Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися

19 Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути

20 Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу

21 У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима

22 Я відчуваю тяжкість на своїх плечах

23 Я стривожений (а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або сидіти на одному місці

24 Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрої або жести 25 Я відчуваю напруженість

Обробка і інтерпретація результатів. Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вище рівень психологічного стресу. 63 ППН більше 155 балів - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя. ППН в інтервалі 154-100 балів - середній рівень стресу. Низький рівень стресу, ППН менше 100 балів, свідчить про стан психологічної адаптований до робочих навантажень.

Додаток Е

Шкала оцінки рівня якості життя О. Чабана (для дорослих; оцінка за останні 3 місяці)

ШКАЛА ОЦІНКИ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ® (для дорослих; оцінка за останні 3 місяці) © Чабан О.С., 2008				
Оцінка себе здоровим	0 – немає здоров'я	1 – погане	2 – добре	3 – чудове
Реалізованість	0 – не реалізований	1 – частково	2 – реалізований в основному	3 – реалізований над-планово
Любов	0 – ніхто не любив і не любить	1 – в минулому любили	2 – люблять лише близькі	3 – люблять рідні, близькі та інші люди
Гедонія	0 – відсутність радості від життя	1 – іноді дещо приносить задоволення	2 – отримує задоволення від життя	3 – постійно задоволений життям
Друзі	0 – не було і немає	1 – були, зараз немає	2 – є, але рідкі зустрічі	3 – є, і зустрічі часті
Соціальна активність	0 – повна відсутність	1 – незначна	2 – активний, але не постійно	3 – активний і постійно
Фінансове благополуччя	0 – значні проблеми	1 – недостатнє	2 – задоволений, але частково	3 – повністю задоволений
Сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями	0 – відсутнє	1 – іноді	2 – доволі часто	3 – дуже часто
Задоволення від роботи	0 – незадоволений	1 – частково	2 – задоволений	3 – дуже задоволений
Соціальний статус	0 – незадоволений	1 – частково	2 – задоволений	3 – дуже задоволений

ОЦІНКА ТЕСТУ	
Рівень	Бали
Дуже високий	25–30
Високий	19–24
Середній	13–18
Низький	7–12
Вкрай низький	0–6

Додаток Є**Анкета Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)**

Ці питання з'ясовують Ваші погляди щодо Вашого здоров'я. Ця інформація допоможе спостерігати за тим, як Ви почуваетесь, та наскільки добре Ви можете впоратись зі своїми звичайними справами. Дякуємо Вам за те, що Ви дали відповіді на ці питання! Для кожного з наступних питань, будь ласка, виберіть одну позицію, що найкращим чином відповідає Вашій відповіді.

Опитувальник SF-36 оцінює якості життя, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» якістю життя. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-36 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливість якості життя і 100% вказує на

повну якість життя (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-36 вказують на кращу якість життя.

Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки якість життя є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої якості життя. Якщо опитувальник SF36 використовується, щоб визначити зміни в якості життя, то збільшення кількості балів означає поліпшення якості життя.

Результати подаються у вигляді 8 шкал (вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя):

- и фізичне функціонування (Physical Functioning - PF);
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP);
- інтенсивність болю (Bodily pain - BP);
- загальний стан здоров'я (General Health - GH);
- життєва активність (Vitality - VT);
- соціальне функціонування (Social Functioning - SF);
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE);
- психічне здоров'я (Mental Health - MH).

Шкали групуються у два показники: РН («фізичний компонент здоров'я») та МН («психологічний компонент здоров'я»):

1. Фізичний компонент здоров'я (Physical health - PH). Складові шкали: фізичне функціонування; рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я.

2. Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - МН). Складові шкали: психічне здоров'я; рольове функціонування, зумовлене емоційним станом; соціальне функціонування; життєва активність.

1. На Вашу думку, Ваше здоров'я взагалі є:

Прекрасне .

Дуже добре.

Добре.

Задовільне.

Погане.

2. Як Ви в цілому оцінюєте Ваше здоров'я в даний час в порівнянні з тим, що було тиждень ТОМУ?

Набагато краще, ніж тиждень тому.

Трохи краще, ніж тиждень тому.

Приблизно так само, як і тиждень тому.

Трохи гірше, ніж тиждень тому.

Набагато гірше, ніж тиждень тому.

Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.

3. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати надмірні зусилля, такі як біг, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

4. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірну Фізичну діяльність, таку як пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднімати або носити сумки з продуктами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім

6. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на декілька поверхів сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

7. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на один поверх сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

8. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам нахилитись, стати навколішки, зігнутихся? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

9. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного кілометра? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

10. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти декілька сотень метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

11. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

12. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам самостійно митись та вдягатись? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Так, дуже перешкоджає.

Так, трохи перешкоджає.

Ні, не перешкоджає зовсім.

За останній тиждень наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених труднощів з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності?

13. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю через Ваш Фізичний стан.

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

14. Зробили менше, ніж хотіли через Ваш Фізичний стан.

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

15. Були обмежені у деяких видах роботи чи іншої діяльності через Ваш Фізичний стан.

Увесь час

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

16. Мали труднощі у виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан (наприклад, витратили на неї більше зусиль).

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

17. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

18. Зробили менше, ніж хотіли внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

19. Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, ніж звичайно внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

20. За останній тиждень наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом?

Ніскільки не заважали.

Дещо заважали.

Помірно заважали.

Значно заважали.

Надзвичайно заважали.

21. Чи зазнали Ви фізичного болю за останній тиждень і в якій мірі?

Ніякого.

Дуже слабкого.

Слабкого.

Помірного

Сильного.

Дуже сильного.

22. Наскільки за останній тиждень біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу за межами дому і домашню роботу)?

Ніскільки не перешкоджав.

Зовсім мало перешкоджав.

Помірно перешкоджав.

Значно перешкоджав.

Надзвичайно перешкоджав.

Це питання стосується того, як Ви себе почували протягом останнього тижня. Будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття.

23. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися сповненим життя?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

24. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були дуже знервовані?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

25. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були настільки пригнічені, що ні з чого не раділи?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час

Небагато часу.

Ніколи.

26. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися спокійно та врівноважено?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

27. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були сповнені енергії?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

28. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були засмучені та пригнічені?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

29. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися виснаженим (виснаженою)?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

30. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були щасливі?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

31. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були втомлені?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

32. Як часто за останній тиждень Фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)?

Увесь час.

Більшість часу.

Деякий час.

Небагато часу.

Ніколи.

33. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Мені здається, що я можу захворіти легше ніж інші.

Цілком вірне.

Загалом вірне.

Не знаю.

Загалом невірне.

Цілком невірне.

34. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю.

Цілком вірне.

Загалом вірне.

Не знаю.

Загалом невірне.

Цілком невірне.

35. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Я передчуваю погіршення здоров'я.

Цілком вірне.

Загалом вірне.

Не знаю.

Загалом невірне.

Цілком невірне.

36. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я прекрасне.

Цілком вірне.

Загалом вірне.

Не знаю.

Загалом невірне.

Цілком невірне.