

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Оцінка якості сну і якості життя у жінок під час війни в Україні

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-222 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Петрини Т.В.
(прізвище та ініціали)
Керівник
д.психол.н, доц.,
Завязкіна Н.В.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖУВАНОЇ ТЕМАТИКИ.....	8
1.1. Поняття сну та його якості.....	8
1.2. Поняття якості життя та його складові.....	19
1.3 Взаємозв'язок якості сну і якості життя жінок під час війни в Україні.....	28
Висновки до розділу I	38
РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	40
2.1. Методичні основи дослідження.....	40
2.2. Характеристика вибірки.....	45
2.3. Дизайн дослідження.....	48
2.4 Методи математичної статистики.....	48
Висновки до розділу II.....	49
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ СНУ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	50
3.1 Аналіз та інтерпретація результатів	50
3.2 Практичні рекомендації для жінок із забезпечення задовільної якості сну з метою покращення якості життя.....	100
Висновки до розділу III.....	106
ВИСНОВКИ.....	109
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	114

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

1. ІТІ – індекс тяжкості інсомнії
2. НЯЖ – неспецифічна якість життя
3. ППН – показник психічної напруженості
4. РЯЖ – рівень якості життя
5. ТІ – тяжкість інсомнії
6. ЯЖ – якість життя
7. ЯС – якість сну

ВСТУП

Актуальність теми. Початок війни, який вибухнув після спалаху COVID, загострив проблему безжалісного впливу психотравмуючих факторів на психічне і, як наслідок, соматичне здоров'я усіх людей: військових і цивільних, тих, які перебувають в Україні та тих, хто за її межами. Хронічний стрес різко підвищує ризик виникнення соматичних захворювань. Таких, як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння, цукровий діабет, жирова хвороба печінки, метаболічний синдром, синдром подразненого кишківника, псоріаз, ревматоїдний артрит, автоімунний тиреоїдит, в тому числі прояви різних форм хронічного болю, синдрому хронічної втоми, порушень сну.

В людей, які постраждали від впливу воєнної агресії та переселення, можуть розвинутися психічні розлади, у тому числі посттравматичний стресовий, депресивний, тривожний, сну (Miller & Rasmussen, 2017). Тривале збереження симптомів тривоги та депресії, в свою чергу, призводять до інших, які за допомогою психосоматичних зав'язків ведуть до зниження якості сну (ЯС), що негативно впливає на якість життя (ЯЖ). Попередні дані свідчать, що 10,6 % внутрішньо переміщених осіб мали важкі порушення сну та 6,5 %-дуже важкі. Коротка тривалість сну та постійне безсоння взаємопов'язані з низкою соматичних захворювань завдяки патофізіологічним механізмам через неадекватне збудження («перезбудження») в наслідок надмірної активації функцій стресової системи.

Сон є унікальним фізіологічним станом людини, який визначається не тільки узгодженістю задіяних структур мозку, особливостями роботи хронобіологічного апарату, а і, не менш впливових, природних і соціальних факторів. Порушення цієї взаємодії може призвести до труднощів засинання та підтримки сну протягом ночі, частих нічних та занадто ранішніх

пробуджень, денної сонливості, поверхневому і переривчастому сну, кошмарам тощо. Регулярні нічні тривоги, ракетні атаки, обстріли прифронтових територій, втрата домівок, пережите насильство і окупація, сумні новини про загиблих, постійне хвилювання за воюючих рідних, очікування на страшну звістку...жахливі і буденні чинники впливу на психофізіологічний стан українців, зокрема, жінок.

Актуальність теми обумовлена продовженням впливу стресових факторів війни на психічне і соматичне здоров'я жінок в Україні і браком емпіричних даних щодо їх ЯС і ЯЖ і стратегій подолання негативного впливу цих факторів.

Теоретико-методологічне підґрунтя дослідження:

Питаннями сну та його якості займались Аристотель, А. П'єрон, В. Правдич-Немінський, Г. Бергер, М. Жуве, Н. Клейтман, Е. Асерінський, В. Демент, Б. Річардсон, Д. Голл, М. Росбаш, М. Янг, М. Вокер, А. Резтшаффен, Т. Akerstedt, Hume K, Minors D, Waterhouse J.

ЯЖ досліджували А. Тюрго, А. Сміт, І. Бентам, Д. Рікардо, А. Пігу, М. Вебер, А. Тоффлер, Дж. Гелбрейт, І. Штеффен, Ж. Гарден, Е. Десі, Р. Раян, А. Маслоу, Дж. Зіванні, А. Фернхем, А. В. Ярчук, О. О. Віговська, Ж. Вірна.

Питаннями ролі здоров'я в об'єктивній і суб'єктивній оцінці ЯЖ займалися відомі вчені О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Г. Безшейко, О. В. Москаленко, Alfred Musschenga, Alfons Labisch, Lennart Nordenfelt, Peter Janich, Henrik Wulffand, Antje Gimmler, Christian Lenk, Gerhard Aumüller.

Дослідженням взаємозв'язку ЯС та ЯЖ займались Н. О. Теренда, Н. Я. Фарійон, Д. Дінгіс, Г. Беленкі, К. Морозюк, А. Є. Денісієвська, І. Павлова.

Об'єкт дослідження: якість сну і якість життя.

Предмет дослідження: оцінка якості сну та якості життя у жінок під час війни в Україні.

Мета дослідження: експериментальне обґрунтування взаємозв'язку якості сну та життя у жінок під час війни в Україні, в залежності від їхнього рівня психологічного стресу.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний огляд існуючих підходів до визначення поняття сну, його якості і ЯЖ.
2. Дослідити групи жінок, розподілені за рівнем психологічного стресу за допомогою шкали психологічного стресу (PSM-25).
3. Провести аналіз (оцінку) ЯС і ЯЖ у жінок під час війни в Україні за допомогою математико-статистичного пакету обробки інформації jamovi.
4. Надати практичні рекомендації для жінок із забезпечення задовільної якості сну з метою покращення якості життя.

Перед проведенням дослідження була сформульована наступна основна гіпотеза: ЯС взаємопов'язана з ЯЖ жінок, в залежності від їхнього рівня психологічного стресу.

Методи дослідження: для досягнення зазначених вище завдань було застосовано такі методи:

- **теоретичні:** аналіз наукової літератури та підсумок даних щодо актуального стану обраної проблематики;

- **емпіричні:** анкетування, метод математичної статистики.

В ході дослідження були використані наступні методики:

1. Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI).
2. Індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin (ISI).
3. Шкала психологічного стресу (PSM-25).
4. Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.).
5. Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36).
6. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Авторська анкета.

Для статистичного опрацювання первинних вихідних даних було використано пакет математико-статистичної обробки інформації jamovi та застосовано методи описової статистики, кореляційного аналізу з використанням критерія Спірмена та здійснено перевірку гіпотез про середні за допомогою t-критерію Стьюдента.

Характеристика вибірки: У дослідженні взяли участь 98 жінок віком від 21 до 62 років.

Теоретична та практична значущість роботи: Розширити підходи до вивчення проблеми ЯС та ЯЖ за рахунок відкриття нових граней цієї проблеми. Поповнити базу емпіричних даних реального стану ЯС та ЯЖ жінок під час війни в Україні. Привернути увагу до цієї проблеми з метою розробки актуальних просвітницьких і практичних програм по усуненню наслідків негативного впливу психотравмуючих факторів.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖУВАНОЇ ТЕМАТИКИ

1.1. Поняття сну та його якості

Сон – це явище, яке можна досліджувати нескінченно, постійно відкриваючи нові аспекти, проникаючи все глибше, але так ніколи і не розшифрувавши його. Понад дві тисячі років тому римський поет і філософ Лукрецій описав сон як «відсутність неспання». Поняття сну як стану, що характеризується тимчасовим призупиненням довільних функцій продовжувало домінувати до кінця XIX століття. Наразі медицина сну класифікує цей стан не тільки як просту відсутність неспання і сприйняття або тимчасове призупинення сенсорних процесів, а також як результат поєднання пасивного припинення надходження аферентних стимулів від рецепторів або органів відчуття у головний мозок і функціональної активації певних нейронів у специфічних структурах мозку (Chokroverty et al., 2009).

У зв'язку з цим сон розглядають, швидше як активний, а не як пасивний процес. Сучасні нейрофізіологи та сомнологи звертають увагу на клінічні та психофізіологічні аспекти сну, торкаючись нових проблем, які раніше не висвітлювались, такі як локальний сон, інерція сну, інстинкт сну, вплив фази місяця на сон, хронобіологія та інші. Приблизно третину життя людина спить. «Сон мусить відігравати якусь життєво необхідну роль, бо якщо це не так, то він найбільша помилка еволюційного процесу», – зауважує сучасний фахівець з питань сну, доктор Аллан Ретшафен (Вокер, 2022: 7). Сон, як дихання – його ми теж майже не помічаємо. Але без дихання немає життя. Життя також неможливе і без сну.

Основна функція сну, якщо взяти його первісні форми, полягає не в організації пам'яті або полегшенні навчання, а в збереженні життя. Будь-яка жива істота на Землі, незалежно від розміру, простоти або складності її

організації, не може бути активною 24 години на добу, їй також потрібен час спокою, сну, перерви активності (Malhotra & Kushida, 2013).

Філософи першими зацікавилися цією проблемою. Арістотель у своїй праці «Про сон і неспання» (350 р. н.) задавався питанням, що робить організм уві сні, коли наша самосвідомість і власна воля відсутні? В 1913 р. французький вчений Анрі П'єрон опублікував книгу під назвою «Le Probleme Physiologique du Sommeil», яка була першим текстом, де сон розглядався з психологічної перспективи. Прийнято вважати, що ця письмова робота поклала початок сучасному підходу в дослідженні сну. Але справжнє його дослідження стало можливим завдяки Володимирі Правдич-Немінському – українському фізіологу, нейрофізіологу та нейрохіміку, який у 1913 році вперше в світі зареєстрував сумарну електричну активність мозку, використавши електроди та струнний гальванометр, які розмістив на поверхні головного мозку собаки, а не в глибині, як це робили попередні дослідники. Отриманий запис електричних коливань він назвав електроцереброграмою. 1924 рік, коли німецький фізіолог і психіатр Ганс Бергер вперше виміряв електроенцефалограму з поверхні голови людини, вважають початком можливості фіксування електричної активності головного мозку, окремих його частин та складання символічної картини цієї активності як під час неспання, так і під час сну та сновидіння. З цього моменту сон і сновидіння можна було фіксувати та досліджувати на підставі наукових даних (електричних сигналах), а не на основі філософських міркувань (рис.1.1, 1.2., 1.3).

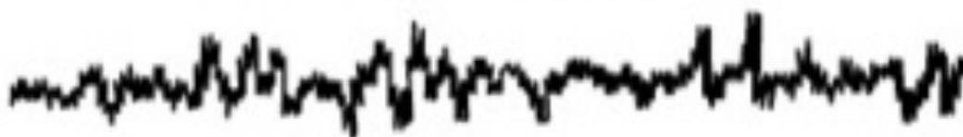


Рис.1.1. Неспання

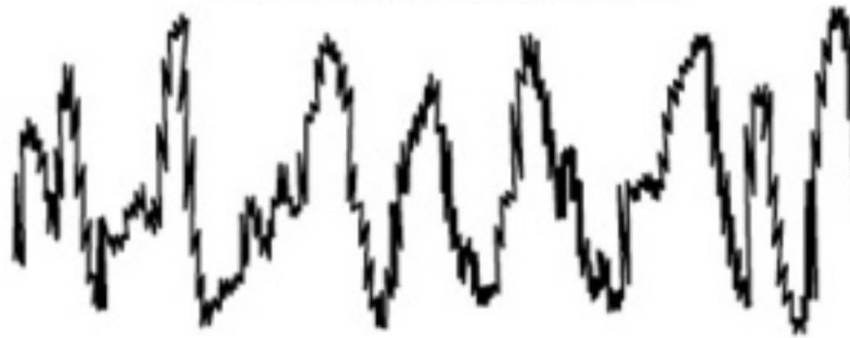


Рис.1.2. Глибокий сон



Рис.1.3. Швидкий сон

Отже, з'явилася головна відповідь на питання Аристотеля: ми спимо і бачимо сни, відповідно ми існуємо. Цю відповідь надав найвидатніший сомнолог ХХ ст. М. Жуве, якому сучасна наука про сон, «сомнологія», зобов'язана більшою частиною відкриттів. Професор М. Жуве – член Національної академії наук Франції, одним з перших наприкінці 50-х років спостерігав та реєстрував електрофізіологічні прояви швидкого сну у кішки, який ще називають парадоксальним сном та сном зі сновидіннями. У 60-х роках М. Жуве значно вдосконалив фізіологію сну, перетворивши кафедру експериментальної медицини на один з найбільших інститутів з експериментального та клінічного вивчення сну в Європі та світі. Його дослідження змогли охопити майже всю феноменологію сну: від анатомії до нейрофізіології, біохімії та філогенезу.

Слід відзначити, що кілька років до М. Жуве професор Н. Клейтман та Е. Асерінський, аспірант Чиказького університету, зробили найважливіше з

усіх відкриттів щодо сну. Люди не просто сплять, а циклічно (кожні 90 хвилин), проживають два абсолютно різні типи сну, яким вони дали назви: фаза «без швидкого руху очей» (NREM, non-rapid eye movement), або фаза повільного сну; та фаза «швидкого руху очей» (REM, rapideye movement), або фаза швидкого сну. Пізніше, разом з ще одним аспірантом, В. Дементом, вони довели, що швидкий сон, у якому мозкова активність майже ідентична із активністю в стані неспанья, породжує переживання, які ми називаємо сновидіннями, тому цей тип сну часто називають ще і сном із сновидіннями.

Впродовж наступних досліджень фазу повільного сну розділили на чотири окремі стадії, які так і назвали: 1-4 стадії повільного сну, в яких сон глибшає. 3 та 4 стадії – це найглибші фази повільного сну, тобто розбудити людину на цих стадіях важче, ніж на стадіях 1 і 2. Після років чудових відкриттів ми наразі маємо архітектуру сну – гіпнограму (рис. 1.4).

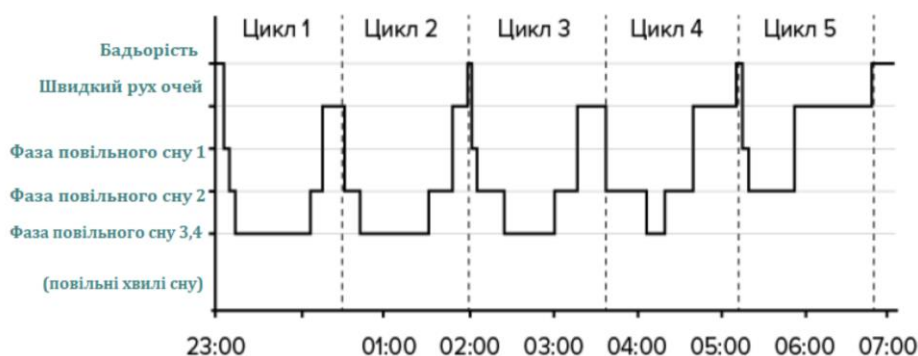


Рис. 1.4. Архітектура сну

Це стало можливим тільки за умови дотримання золотого стандарту наукових досліджень сну – фіксуванню сигналів за допомогою електродів, під'єднаних до трьох різних ділянок, щоб вимірювати: 1) активність мозкових хвиль; 2) активність руху очей; 3) м'язову активність. Цей спосіб має назву «полісомнографія» – зчитування (graph) сну (somnus) за допомогою кількох сигналів (poly). Але на сьогодні єдиної теорії чому ж наш сон має циклічну, але асиметричну схему, досі немає.

Вчені припускають, що нерівномірна взаємодія повільного та швидкого снів просто необхідна для перебудови та оновлення нейронних ланцюгів уночі і для керування загальним обсягом пам'яті в мозку на фазі глибокого повільного сну, який переважає на початку ночі і зміцнення цих зв'язків на стадії швидкого сну, який домінує пізніше. І саме в такій структурі, де повільний сон домінує на початку ночі, а швидкий – на ранок, міститься певна загроза, яка безжально впливає на ЯС і, як наслідок, на ЯЖ. Уявімо, що людина засинає о 12-й ночі, але замість того, щоб прокинутися о 8-й ранку, проспавши 8 повних годин, прокидається о 6-й від сирени, вона втрачає від 60 % до 90 % всього швидкого сну, навіть якщо не доспала тільки біля 25%. І навпаки – якщо людина прокидається о 8-й ранку, але лягає спати о 2-й ночі, то втрачає таку ж вражаючу частку глибокого повільного сну.

Коли людина не додає мозку повільного сну чи швидкого сну, а вони обидва критично важливі, хоч і по-різному, для функціонування мозку й тіла, тому що всі отримані знання про сон підтверджують його значущість для збереження життя, психічного та фізичного здоров'я, – виникає чимало негативних наслідків. Зміна неспання та сну – один із центральних елементів біології людини, пристосування до життя на планеті, що обертається з ритмічною зміною дня і ночі. Отже, загальне визначення сну – це генетично детермінований стан організму людини, що характеризується закономірною послідовністю змін у вигляді циклів, фаз та стадій. Цей стан регулярно повертається і підтримує продовження життя.

Здоровий нічний сон необхідний для «поповнення» запасу енергії та уваги, для якісного підтримання денного функціонування, консолідації пам'яті, оптимальної роботи імунної та серцево-судинної систем, ендокринних та гормональних систем тощо.

2017 року Нобелівську премію з медицини отримали американські дослідники Д. Голл, М. Росбаш, М. Янг. Їх нагородили за вивчення внутрішнього годинника живих істот. Відкриття молекулярного механізму

пояснює, як рослини, тварини та люди пристосовуються до біологічного ритму, щоб відповісти на різноманітні виклики впродовж дня.

Наш обмін речовин, наші гормони та фізіологічні процеси підпорядковані регулярним циклам дня і ночі. В такт із внутрішнім годинником піднімається та падає температура тіла, виділяються різні нейромедіатори, змінюється кров'яний тиск людини тощо. Він відповідає за те, щоб багато процесів в організмі протікали синхронно одне з одним і з середовищем проживання. Це відбувається як у людей, так і в інших багатоклітинних організмах.

Значення внутрішнього годинника стає очевидним лише тоді, коли він збивається з такту. Це стається не лише через неприємний розлад біоритмів у зв'язку з тривалим перельотом крізь часові пояси (jet lag). Не узгоджуючи спосіб життя з біологічним годинником, в довгостроковій перспективі можна спровокувати різні захворювання, такі як ожиріння та діабет, спровокувати пришвидшені процеси розумової деградації. На цей час ми вже маємо результати новітніх досліджень на тлі пандемії COVID. Десинхронізація циркадного ритму та імунної системи може призвести до підвищення сприйнятливості до інфекційних захворювань та вплинути на їх перебіг (Bryson, 2020). Порухення циркадного ритму та порушення сну тісно пов'язані зі зміною психічного статусу та розвитком афективних розладів, включаючи тривожний синдром (Voiko et al., 2017; Difrancesco et al., 2019; Silva et al., 2020). Існують докази зв'язку між певними поліморфізмами генів «внутрішнього годинника», які пов'язані з особливостями хронотипу та розладами циркадної системи, з розвитком афективних розладів, включаючи тривогу та депресію (Partonen, 2012; Sipilä et al., 2010). Експерименти над тваринами вказують на циркадні зміни секреції серотоніну у щурів з тривожними розладами (Vasqué-Cazenave et al., 2020), що може бути однією з загальних ланок патогенезу між афективними розладами та циркадною дисфункцією. Крім того вчені

повідомляють про те, що циркадні ритми відіграють значну роль у регуляції метаболічних процесів та метаболізмі нейромедіаторів (Talianuk et al., 2021). Останні дослідження вказують на зв'язок між розладами фазового зсуву сну та високим рівнем стресу та тривоги, які в поєднанні з нейробиологічними компонентами можуть передбачати коморбідність цих станів (Gradisar and Crowley, 2013; Kivelä et al., 2018).

Сьогодні науковці точно знають, що біологічним годинником керують гени та зовнішні чинники, зокрема і сонячне світло.

Задовго до цього, у 1729 році під час свого геніального експерименту над рослиною *Mimosa pudica* французький геофізик Жан-Жак д'Ортоус де Майран довів, що цей живий організм живе за власним часом і без впливу сонячного світла.

А в 1938 році все той же професор Чикагського університету Н. Клейтман разом із своїм аспірантом Б. Річардсоном, занурившись у Мамутову печеру – в одну з найглибших каверн на Землі (Кентуккі) на 32 дні, зробили два великих відкриття. Перше – людина за відсутності зовнішнього сонячного світла генерує власний ендогенний циркадний ритм. Друге – цей циркадний ритм довший за добу і становить приблизно 24 години 15 хвилин.

Але сонячне світло все ж таки скеровує наш ритм. Мозок використовує його для цього, так як воно найдавніший із повторювальних сигналів довкола нас. Але воно не є єдиним сигналом. Також є добовий біологічний годинник, розташований в нашому мозку над точкою перетину зорових нервів, що беруть початок у очних яблуках, який називається «супрахіазматичним» ядром (*supra* – «понад» і *chias* – «точка перетину»).

Крихітне, з 20 000 мозкових клітин, воно контролює широкий спектр поведінкових реакції, в тому числі засинання та прокидання. У різних людей хронотип є різним. Виділяють 40 % людей ранкового типу – «жайворонків», 30% вечірнього типу – «сов» і 30 % середнього типу – голубів. На жаль,

сови хронічно не досипають (завдяки дії соціального чинника), адже їм доводиться прокидатися разом із жайворонками, а заснути вони можуть тільки пізно вночі. Дослідження підтверджують, що через погану ЯС вони більш схильні до різних захворювань, зокрема до депресії, тривожних розладів, діабету, раку, інфаркту та інсульту.

Більшість дорослих сплять від 7 до 8 годин за ніч. Ті, що сплять менше 6 год, ймовірно, почуваються невиспаними і залишаються незадоволеними ЯС і ЯЖ. Лише невеликій кількості людей достатньо спати менше ніж 6 годин на добу. А декому необхідно більше – 9 годин сну на добу. Це зумовлено, зокрема, генетичними факторами.

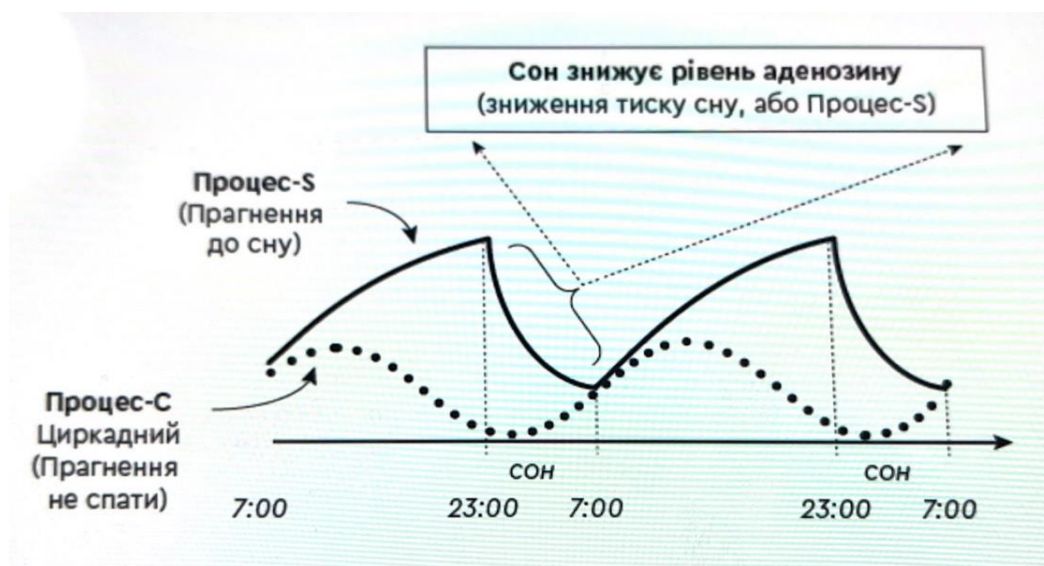


Рис. 1.5. 24-годинний циркадний ритм

На рисунку 1.5 зображено 24-годинний циркадний ритм - це перший з двох чинників, який визначає, коли людина спить, коли – ні, а другий – це тиск сну. Пунктирна лінія – циркадний ритм, відомий як процес-С. Він надсилає у мозок і тіло енергетичний сигнал. Суцільна лінія – тиск сну, відомий як процес-S, який спричиняє аденозин – чинник сну. Чим довше людина не спить, тим більше накопичується аденозину і тоді бажання спати наростає (рис. 1.5). Під час сну відбувається його масова евакуація. Приблизно через 8 годин якісного сну в здорової людини закінчується чистка мозком аденозину, а вплив циркадного ритму зростає і настає

прокидання. Після повноцінного сну людина відчуває себе енергійною та здатною зосереджуватися і може якісно прожити 16 годин неспанья. Це можливо тільки за умови, якщо попередньої ночі вона добре і достатньо спала. Якщо вранці відчувається сонливість, то найімовірніше, що людина спить замало і неякісно. Як вже згадувалось, достовірні дані щодо ЯС можна отримати тільки в результаті дослідження у клініці за допомогою полісомнографії.

Але відповідаючи на прості питання можна суб'єктивно оцінити основні показники ЯС: суб'єктивну ЯС; латентність сну – час засинання; тривалість сну; звичну ефективність сну; порушення сну; частоту використання снодійних ліків; порушення денного функціонування. Якщо людина прокидається зранку, а в 11 знов хоче спати, то вочевидь спить замало чи не якісно. Якщо для того, щоб мати добре денне функціонування вона вживає кофеїн, то самостійно вдається до хронічної депривації сну (недостатньої чи цілковито незадоволеної потреби у сні). Загалом, це все виникає через нетривалий сон – недосипання, яке має багато наслідків, один з них – висока концентрація аденозину. Цей «залишок» переходить у ранок наступного дня.

Так може продовжуватися день у день, посилюючи стан тривалого хронічного недосипання. Ця незадоволена потреба у якісній достатній тривалості сну призводить до хронічної втоми, симптому багатьох психічних та фізичних захворювань, поширених, як епідемія, особливо в технологічно розвинених країнах. Справа виглядає так, що ми беремо участь у глобальному експерименті щодо негативних наслідків збільшення дефіциту сну (Товажнянська & Лапшіна, 2023). Навіть якщо людина лежить 9 годин з заплющеними очима, але відчувається втомленою і сонною наступного дня, вона може страждати від недіагностованого порушення сну, а їх, до речі, більше ста. Найпоширенішим серед них є інсомнія (безсоння). Розрізняють інсомнію на початку сну (onset insomnia), тобто труднощі із

засинанням та інсомнію у процесі сну (maintenance insomnia) – переривчастий сон.

Перший тип не гарантує відсутності другого і навпаки. Інсомнію діагностують, якщо людина незадоволена тривалістю чи суб'єктивною якістю сну; має порушення денного функціонування, тобто почувається ослабленою або дуже втомленою удень; має періоди нічного безсоння щонайменше тричі на тиждень упродовж більш ніж трьох місяців; не має жодних супутніх психічних захворювань або станів, щоб могли викликати такі порушення сну.

Акцент на тривалості безсоння важливий. Життєві негаразди, конфлікти у стосунках, проблеми на роботі сприяють проблемам зі сном, які минають після їх вирішення. На жаль, українці потерпають від стресу війни більше двох років, а хронічне безсоння зумовлюють психологічні чинники: емоційні переживання або неспокій; емоційні потрясіння або тривожність. Не дивно, що багатьом українцям не вдається мирно заснути і міцно спати до ранку.

Надмірна активність симпатичної нервової системи визначається впливом основного фактора – стресового навантаження, яка викликає безсоння. Вона активується («бийся або біжи») у відповідь на загрозу. Прискорення пульсу та кровообігу є наслідком хронічно активованої симпатичної нервової системи. Пришвидшена швидкість обміну речовин сприяє зростанню центральної температури тіла, а щоб заснути необхідно, щоб вона навпаки знизилася. Вивільнення хімічних речовин, пов'язаних зі стресом, кортизолу, а також пов'язаних із ним адреналіну та норадреналіну, підвищує частоту серцевих скорочень, що ускладнює перехід з поверхневого в глибокий сон. Це також пришвидшує обмін речовин, поглиблюючи першу проблему.

Ділянки мозку людей з безсонням, що відповідають за генерацію емоцій, так само, як і центри пам'яті та спогадів, бадьорості у стовбурі

мозку та таламусі залишаються активними. Це свідчить про те, що між симпатичною нервовою системою та центрами мозку, що відповідають за емоції, пам'ять та нашу пильність, існує прямий причинно-наслідковий зв'язок.

Поверхневі, слабші електричні мозкові хвилі у фазі глибокого повільного сну це доводять. Швидкий сон – теж фрагментований, пронизаний короткими пробудженнями, які навіть не помічаються людиною, але які погіршують сон зі сновидіннями. Сумний висновок полягає в тому, що безсоння псує життя людині і вдень і вночі, оскільки вона прокидається невиспаною та не може нормально функціонувати: когнітивно та емоційно. Цей складний фізіологічний стан лежить в основі найпоширенішого порушення сну. Прийом снодійних препаратів в цій ситуації майже недоцільно, так як частіше за все вони заспокоюють кору мозку.

Багато людей розраховують заснути відразу після того, як їхня голова торкнеться подушки. Латентність настання сну – це час між тим, як людина лягає в ліжку, і тим, як вона засинає. Технічно це час між тим, як лікар вимикає світло впродовж дослідження сну, і тим, як ритм ЕЕГ людини переходить від альфа-ритму неспанння до легкого сну. Латентність настання сну є важливою змінною в оцінці ЯС, оскільки вона відображає її достатність.

Помилково вважати, що більш швидке засинання призведе до якіснішого сну, насправді, миттєве засинання може бути не менш небезпечним, ніж дуже довге. Якщо у людини недостатня ЯС, це зазвичай зменшує затримку настання сну – латентність, іншими словами, людина засинає швидше. При умові, що людина мучилася від неспанння попередньої ночі, а наступної – стрімко заснула, тільки опинившись у ліжку – в цілому, скоротило час, необхідний для засинання, оскільки в цей момент мозок «хотів спати».

Це означає, що швидке засинання не обов'язково є метою. Насправді, затримка настання сну від 15 до 30 хвилин свідчить про хорошу ЯС, а менший час вже може бути ознакою нестачі сну, а значно більше – ознакою основного захворювання, пов'язаного зі сном або станом здоров'я. Схожа картина прослідковується і з тривалістю сну. Факт коротшого життя за умови короткого сну, який підтверджують науковці, не свідчить про те, що чим довше тривалість сну, тим довше і якісніше життя. Зв'язок між сном і ризиком смерті не є лінійним. Це може бути обумовлено тим, що люди з захворюваннями можуть спати довше. Зрештою, тривалість стану неспанья, якого потребує людина, – це адаптивна в процесі еволюції величина, така ж важлива, як і потреба у сні. І сон, і неспанья є критично важливими для виживання.

1.2. Поняття якості життя та його складові

Тема ЯЖ залишається актуальною для багатьох дослідників. Сучасні умови життя – війна після епідемії COVID-19, економічні труднощі, соціальні розбіжності, політичні проблеми— загострюють її актуальність. Існують різноманітні підходи до роз'яснення терміну ЯЖ.

Питання щодо визначення та змісту цього поняття обговорювалися представниками науки з давніх давен. Ними цікавились ще в перших роботах-роздумах про сенс життя, людяність, доброчесність, допомогу іншим, любов, багатство тощо. ЯЖ вперше згадується в працях стародавніх філософів, а початок соціально-економічного підходу до визначення та підвищення ЯЖ можна віднести до епохи Першої промислової революції. У той період на перший план вийшли проблеми бідності і багатства. Про це свідчать назви роботи того часу А. Тюрго «Роздуми про створення і розподіл багатства», А. Смітта «Дослідження про природу і причини багатства народів» (Тюрго, 2013; Сміт, 2023). У ХІХ ст. англійський вчений І. Бентам запропонував шкалу «обчислення

задоволення». За допомогою неї з'явилася можливість інтуїтивно вимірювати рівень добробуту як певного стандарту ЯЖ самою людиною. А. Сміт та Д. Рікардо (1917) відзначали, що матеріальні блага цікавлять особистість тільки в тій мірі, в якій вона здатна задовольнити свої особисті потреби. Вже на початку ХХ ст. англійський економіст А. Пігу (1920) в роботі «Економічна теорія добробуту» вперше запровадив термін ЯЖ (Pigou, 1920).

На підставі робіт А. Пігу (1920), М. Вебера (1895), А. Тофлера (1970), Дж. Гелбрейта (1952), І. Штеффена, Ж. Гардена економісти сформулювали комплексне поняття ЯЖ, яке оцінили рівнем задоволеності людиною своїм життям і виміряли сукупністю об'єктивних та суб'єктивних показників і врахували духовний стан нації, як відображення зростання чи спаду (Вебер, 2024; Tofler, 1970). На теперішній момент часу категорія ЯЖ є загальноприйнятою в міжнародній практиці та широко розповсюдженим високоефективним методом оцінки добробуту населення, яка представляє собою комплексну характеристику факторів і умов існування людини в суспільстві та оцінку цих факторів. Важливо зазначити, що ЯЖ населення формується й змінюється під впливом сукупної дії факторів різного рівня, проте в конкретний період часу переважає сила впливу окремих з них і є домінуючими для людини, родини, соціальної групи та суспільства в цілому.

Фактори, що впливають на ЯЖ як системи, включають: безпеку, екологію, якість місця проживання, демографічні процеси, рівень стресових станів, комфортність житла, якість медичного обслуговування, якість соціальних послуг, якість освіти, доходи людей, якість їжі, якість і модність одягу, якість культури, якість обслуговування; якість середовища спілкування, якість структури розважальних заходів і загальну якість соціальної, економічної та політичної організації суспільства та ін. (Ярчук, 2015).

Переглядаючи зазначені фактори стає очевидним, що ЯЖ займаються не тільки економісти, а також представники інших наук, що значно розширює зміст самого поняття. Наприклад, екологи вважають за необхідне відобразити у визначенні важливість впливу на ЯЖ людини природних умов, сприятливого в екологічному плані середовища життя. Психологи погоджуються, що на ЯЖ сильно впливають соціально-економічні чинники, в тому числі: освіта, матеріальне життя, працездатність і сфера соціальних відносин, але на перший план виводять те як сама людина визначає межі свого благополуччя та пріоритети свого життя. При цьому почуття суб'єктивного благополуччя, внутрішнього задоволення своєю життєдіяльністю, відчуття життєвої перспективи є головними факторами ЯЖ особистості. Такі почуття залежать від характеристик фізичного комфорту, позитивного психологічного самопочуття, вираження рівня незалежності, задоволеності соціальною сферою, навколишнім середовищем, сформованістю особистих переконань (Волошина, 2016).

Доцільно згадати наукову позицію американських психологів Е. Десі (2000) та Р. Раяна (2000), які сформулювали та описали фактори, що визначають міру відчуття включення людини в повноцінне осмислене, творче та щасливе життя: відчуття компетентності, яке пов'язане з упевненістю в своїх здібностях та можливостях («я знаю, я можу»); відчуття самодетермінації, яке пов'язане з усвідомленням тільки себе причиною своїх дій – це відчуття самостійності та впевненості в своїх силах; включення в систему значущих відносин, яке дає людині відчуття потрібності, власної значущості для інших людей, що проявляється в процесі спільної діяльності. Людина, яка повною мірою володіє всіма цими компонентами, може назвати своє життя якісним і здатна пережити всю повноцінність свого існування, сповненого сенсу (Deci & Ryan, 2000).

На уявлення про цей важливий взаємозв'язок потреб людини та ЯЖ, безумовно, вплинула і теорія ієрархічних потреб американського психолога

А. Маслоу (1954), в якій людина у своїх потребо-мотиваційних прагненнях «дійти до вершини» є сформованою особистістю, самоактуалізованою, а, отже, задоволеною своїм життям (Maslow, 2022).

Психологи вважають, що людина здатна ототожнювати ЯЖ з перспективою існування, щастям, здоров'ям, віком тощо. Вони схильні до того, що ЯЖ – це більш суб'єктивне відчуття, близьке до щастя й особистого благополуччя. Так, Дж. Зіванні (2006) у ЯЖ виділяє емоційний компонент (щастя) і когнітивно-перцептивний (задоволення життям). При цьому об'єктами щастя є спрямованість на іншого, безконфліктність спілкування, довірливі стосунки, емпатія (співчуття), розуміння іншого тощо (Волошина, 2016).

Сучасні психологічні дослідження доводять, що покращенню ЯЖ сприяють такі фактори, як придбання домашньої тварини, щастя у шлюбі, наявність вищої освіти, спокійний і врівноважений психічний стан, позитивне і оптимістичне мислення, раціональне та повноцінне харчування, наявність великої кількості друзів та відсутність ожиріння.

Стає помітним, що ЯЖ тісно взаємопов'язане з суб'єктивним відчуттям благополуччя людини. Цей термін широко використовується в суспільних науках як категорія комфортності, що відображає задоволеність. ЯЖ також можна визначити, як ступінь комфортності людини у своєму внутрішньому світі та в межах суспільства.

Дослідження А. Фернхема (1998), автора більше 70 книг з популярної психології, показали, що із суб'єктивним відчуттям благополуччя пов'язані певні особистісні фактори: позитивна самооцінка та внутрішній локус-контроль. Своєю чергою, негативний ефект пов'язаний зі сприйнятливістю до чужого впливу, схильністю відчувати почуття провини й напруженості. Люди з високим рівнем нейротизму, як правило, значно менше задоволені обсягом виконаної роботи, стосунками зі своїми колегами та зарплатнею (Heaven & Furnham, 1998).

Відмітимо гендерні відмінності щодо відчуття ЯЖ як задоволеності життям та відчуттям щастя. Жінки дещо щасливіші за чоловіків через здатність переживання більшого спектру та об'єму позитивних емоцій, що сприяє задоволеності своїм життям. Проте потрапляючи у складні життєві обставини та опиняючись під впливом негативних психотравмуючих факторів у жінок частіше відмічаються симптоми тривоги та депресії. Це може бути пов'язано з деякими відмінностями у роботі лімбічної системи головного мозку. Фактори впливу на ЯЖ чоловіків – наявність та зміст роботи, задоволення рівнем своїх доходів та собою в професійній сфері. При цьому на ЯЖ жінок впливають такі чинники, як наявність дітей, стан здоров'я самої жінки та членів її сім'ї, самокритичність тощо (Heaven & Furnham, 1998). У цьому контексті слід зазначити, що у сфері міжособистісних відносин, як складової ЯЖ, одну з найважливіших позицій займає шлюб. Він забезпечує позитивне переживання відчуття близькості, любові та спільності. В щасливому шлюбі відбувається задоволення базових емоційних потреб людини: безпечна прив'язаність, автономія, відчуття ідентичності, реалістичні межі, вільне вираження своїх почуттів, спонтанність, гра. Це благодатне поле для сприяння відчуттю самоцінності (Argyle, 2001).

Питаннями ролі здоров'я у об'єктивній та суб'єктивній оцінці ЯЖ займалися вчені Alfred Musschenga, Alfons Labisch, Lennart Nordenfelt, Peter Janich, Henrik Wulffand. В своїх роботах вони окреслили основу для всеосяжної та більш вимогливої концепції здоров'я у ЯЖ, включаючи філософські, культурні, медичні, психологічні аспекти (Janich et al., 2002).

На наш погляд, найбільш повно і точно розкриває суть поняття ЯЖ ВООЗ: «ЯЖ – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним

рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту» (Чабан, 2008).

ВООЗ почало проводити дослідження з метою розробки критеріїв ЯЖ людини з кінця 20 ст. Це нове поняття для медицини було запозичене з інших наук. Пацієнта почали розглядати не лише як суб'єкта лікування, а й як особистість, яка змінюється під впливом хвороби та повертається в суспільство в іншій ідентичності. Перша друкована праця у галузі медицини, що містила поняття ЯЖ, була опублікована у 1947 році і стосувалась аспектів лікування раку (Ягенський & Січкарук, 2016). У ній вперше при дослідженні хіміотерапевтичних методів лікування злоякісних новоутворень звернули увагу на особистість, що страждає від важкого хронічного захворювання. З того часу зацікавленість проблемою ЯЖ у медицині невпинно зростає.

Загалом, ЯЖ є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. В медицині ЯЖ, передусім, стосується стану здоров'я. Коректніше застосовувати поняття «ЯЖ, пов'язана зі здоров'ям» («health-related quality of life-HRQOL»). Його у 1982 р. запропонували R. M., на ґрунті якого в 1984 р. ВООЗ сформулювало принципово нове визначення здоров'я як «стану фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороб» (Karimi & Brazier, 2016). Хоча цей термін більш точно відображає його зміст, у медичній літературі частіше зустрічається загальний термін ЯЖ, при цьому він стосується саме ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям людини.

Під ЯЖ в медицині також розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування, нещасні випадки з точки зору суб'єктивного сприйняття самого пацієнта.

ЯЖ людини, яка страждає тим чи іншим захворюванням, сучасна медицина розглядає як неодмінну характеристику його стану, що включає

фізичну, психологічну та соціальну складові. Кожен компонент, у свою чергу, включає кілька компонентів, наприклад, фізичний – симптоми захворювання, здатність виконувати фізичну роботу, здатність доглядати за собою, якість сну; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, зв'язки тощо. Їх всебічне вивчення дозволяє визначити рівень ЯЖ як окремої людини, так і цілих груп, і встановити, за рахунок якого компонента він підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб його покращити (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку та ін.). На підставі цього, ЯЖ застосовується для оцінки рівня життя людей при розробці як медичних, так і соціальних програм для різних груп населення.

Зрозуміло, що хвороба може суттєво вплинути на фізичний стан, поведінку, психоемоційний стан людини, а також змінити її позицію та роль у суспільному житті. Зазвичай лікар, оцінюючи стан здоров'я пацієнта, аналізує фізичні, лабораторні дані, а дані про психологічні чи емоційні проблеми, що виникли у зв'язку із захворюванням, виходять за межі його уваги. А це важливо, тому що об'єктивне зменшення патологічних змін не завжди супроводжується поліпшенням самопочуття хворого, тим самим створюючи умови для виникнення негативних емоцій та реакцій. Це може привести до відсутності контакту, довіри до лікаря та зневіри у адекватну медичну допомогу, відмови від лікування тощо.

Безпосередня участь людини в оцінці свого стану суто важлива, оскільки тільки вона може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя, пов'язаними безпосередньо з симптомами захворювання, у нашому випадку, порушень якості сну та його психологічними, соціальними та іншими наслідками.

Оцінка ЯЖ в медицині важлива не тільки для визначення поточного стану пацієнта, прогнозу, а і для вибору стратегії лікування. З іншого боку, стратегія лікування може не вплинути на прогноз, але може значно

покращити ЯЖ пацієнта, зменшити симптоми хвороби, частоту ускладнень, госпіталізації тощо. Варто зазначити, що взаємозв'язок між якістю медичної допомоги та ЯЖ є складним. Не завжди спостерігається тенденція покращення ЯЖ за рахунок більш ефективного лікування, але у деяких дослідженнях встановлено, що ЯЖ є чи не головним чинником, що визначає схильність пацієнта до лікування, яке може спричинити як позитивні, так і негативні зміни. Тому останнім часом у ряді досліджень, крім впливу лікування на перебіг захворювання та його прогноз, оцінюють зміни ЯЖ як одного з критеріїв його ефективності. Оцінку ЯЖ важливо застосовувати у комплексі з іншими параметрами, що впливають на розвиток захворювання, визначають його прогноз.

Наприклад, дані скандинавського дослідження APSIS (Angina Progress Study in Stockholm) продемонстрували вплив психосоціальних особливостей та загального задоволення життям (overall life satisfaction) на наслідки захворювання пацієнтів зі стенокардією. Погіршення відчуття загального задоволення життям, особливо внаслідок проблем з алкоголем, фінансових негараздів, порушень сну та стану загальної втоми супроводжувалось збільшенням ризику смерті, тромбоемболії легеневої артерії, інсульту, інфаркту міокарда. Негативна асоціація низької ЯЖ з несприятливим прогнозом виявлена і у хворих, які перенесли інфаркт міокарда (Chokroverty et al., 2009).

Отже, вивчення ЯЖ застосовується в медицині як для всеохоплюючого обстеження пацієнта з урахуванням власного суб'єктивного визначення його стану; встановлення психологічних проблем та його соціального статусу та профілактичної корекції факторів ризику, підбору реабілітаційних заходів та при проведенні медико-соціальної експертизи.

Визначення поняття ЯЖ продовжує залишатися дискусійною темою сучасної науки. Філософія обґрунтовує якість життя як специфічний, складний і багатогранний історико-соціальний феномен, і водночас

важливий інструмент соціально-філософського пізнання. Економіка та соціологія більше займаються вивченням питань задоволення матеріальних, духовних і соціальних потреб різних груп людей. Медицина висвітлює поняття ЯЖ, як характеристику фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини, що має в основі її суб'єктивне сприйняття.

З цього витікає, що ЯЖ – поняття багатофакторне і тому в більшості випадків дослідників цікавлять не загальний її показник як такий, а його компоненти: задоволеність людиною ступенем свого фізичного (активність, рухомість, можливість самообслуговування), психологічного (емоційний стан, відчуття щастя або страждання), соціального (можливість участі в суспільній діяльності, контакти, обмеження можливостей за станом здоров'я в навчання, роботі, відпочинку), духовного благополуччя та загальне сприйняття стану свого здоров'я і добробуту (Лехан, Зюков, & Іпатов, 2006).

Реалії сьогодення актуалізують питання вивчення та пошуку нових граней поняття ЯЖ людини, яке з огляду на безліч його інтерпретацій у багатьох наукових дисциплінах містить цілісні та збалансовані характеристики існування людини: фізичне, психологічне, соціальне, моральне та духовне благополуччя, що забезпечує процес прагнення до самореалізації, прояв потенціалу, перспективи розвитку, конструктивні стратегії життя (Вірна, 2013).

Завершуючи теоретичний аналіз поняття ЯЖ, зазначимо:

- ЯЖ розглядають філософія, економіка, політика, медицина, соціологія, психологія тощо. Воно означає оцінку певного набору умов і характеристик життя людини, засновану на її власному задоволенні ними, і включає також такі об'єктивні і суб'єктивні чинники, як стан здоров'я, очікувану тривалість життя, умови навколишнього середовища, харчування, побутовий та

психологічний комфорт, соціальне оточення, задоволення культурних і духовних потреб, тощо;

- деякі аспекти ЯЖ людини можуть змінюватися під впливом змін політичних, соціальних, економічних, освітніх, релігійних, культурних та інших умов, у віці, здоров'ї, соціальному та громадянському статусі, її освіті, матеріальному добробуті та гендерних відмінностей. Узагальнюючи, можна зробити висновок, що основним чинником, що забезпечує задоволеність ЯЖ, є система цінностей: безпека, свобода вибору, задоволення базових потреб, вдоволення фізичним станом та настроєм, ефективним функціонуванням та суспільна активність, самореалізація, міжособистісні стосунки та повноцінне життя.

1.3. Взаємозв'язок якості сну та якості життя у жінок під час війни в Україні

Через війну 88% українців мають високий або дуже високий рівень суб'єктивного стресу.

Про це свідчать результати 8-ї хвили дослідження «Суспільно-політичні настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України», проведеного дослідницькою компанією Gradus Research у квітні 2022 року (Суспільно-політичні настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України, 2022) (рис. 1.6).

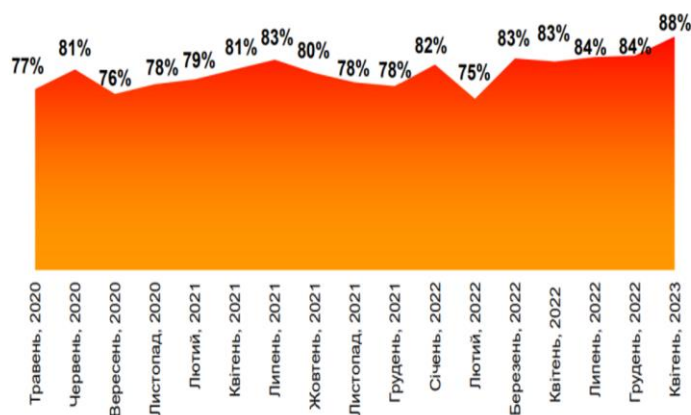


Рис. 1.6. Рівень суб'єктивного стресу

1000 респондентів заповнили анкету у спеціальному мобільному додатку. Цільова група дослідження: чоловіки та жінки віком від 18 до 60 років, що мешкають у містах України з населенням 50 тисяч жителів та більше.

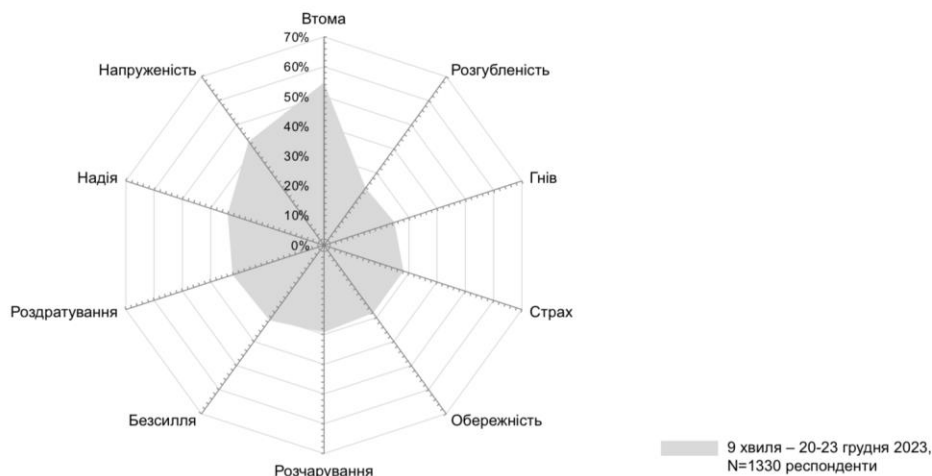
Вплив стресу на кожного дуже індивідуальний. Це обумовлюється здатністю окремої людини до адаптації та залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів.

Втома, напруженість, надія, роздратування, безсилля, розчарування, обережність, страх, гнів, розгубленість – стани та емоції, які переважають у настроях останнім часом за результатами 9-ї хвили опитування серед 1330 респондентів. (Суспільно-політичні настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України, 2023) (рис.1.7).

СТАНИ / ЕМОЦІЇ, ЯКІ ПЕРЕВАЖАЮТЬ У НАСТРОЯХ ОСТАННІМ ЧАСОМ

9 хвиля

Gradus



База: всі респонденти

Опитування було проведено дослідницькою компанією Gradus Research методом самозаповнення анкети в мобільному додатку. Онлайн-панель Gradus відображає структуру населення міст з кількістю мешканців більше 50 тисяч у віці 18-60 років за статтю, віком, розміром населеного пункту та регіоном. Період проведення поля: 1 хвиля - 28 лютого – 1 березня 2022, 2 хвиля – 8 березня 2022, 3 хвиля – 28 березня 2022, 4 хвиля – 20 квітня 2022, 5 хвиля – 23 травня 2022, 6 хвиля – 28-30 липня 2022 року, 7 хвиля – 27-30 грудня 2022 року, 8 хвиля – 24-25 квітня 2023, 9 хвиля – 20-23 грудня 2023. Розмір вибірки: 1 хвиля - 2144 респондентів, 2 хвиля – 1743 респонденти, 3 хвиля – 1019 респондентів, 4 хвиля – 1027 респондентів, 5 хвиля – 1133 респондентів, 6 хвиля – 1030, 7 хвиля – 1140, 8 хвиля – 1000, 9 хвиля – 1330.

© 2024 Gradus Research Plus

Рис. 1.7. Стани та емоції, які переважають у настроях останнім часом

Більше 50% респондентів на прохання конкретизувати, які стани та емоції переважають, зазначили втому. Стрес дійсно може викликати втому, навіть якщо людина не працює багато фізично. Це може ставатися в наслідок збільшення рівню гормонів, які стимулюють викид адреналіну та кортизолу, що відповідно зменшує рівень енергії і спричиняє відчуття втоми.

Іноді, щоб впоратися з цією втомою, достатньо як слід виспатися, але це може бути неможливим через незадовільну ЯС. Для того, щоб знизити вплив стресу на організм, треба спати. З іншого боку, пролонгований стрес призводить до порушень сну. Це виглядає замкненим колом. Ігнорування проблем зі сном призводить до збільшення стресу.

Повномасштабне вторгнення Росії, соціально-політична ситуація в країні, фінансові складнощі, стан здоров'я близьких, стан власного здоров'я, робота, робочі питання, безробіття, сімейні справи та стосунки, пандемія коронавірусу та карантин, спілкування з друзями та знайомими, романтичні стосунки – причини нервувань та стресу (Суспільно-політичні

настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України, 2022) (рис 1.8).



Рис. 1.8. Причини нервувань або стресу

Серед рейтингу з 10 аспектів повномасштабної війни з Росією, які ставали причиною нервозності або стресу, продовжує домінувати безпека близьких, який становив 84% ще у березні 2022 року (Суспільно-політичні настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України, 2022).

За останні 2 роки та 4 місяці життя українців було сповнене складними випробуваннями, нічними тривогами (її сигнал у передранковий час – з третьої ночі до п'ятої ранку – частина психологічної війни, адже порушення сну в цей період найбільш негативно впливає на організм), подоланням складнощів та фінансово-економічною нестабільністю. Очікувано, що багато хто з нас мали та мають відсутність належного відпочинку і, як наслідок, стикаються з порушеннями сну. Хтось не може заснути, хтось прокидається серед ночі та має поверхневий сон, хтось спить більше, ніж раніше.

Сон як складний періодичний функціональний стан характеризується динамічною взаємодією синхронізуючих та активуючих структур головного

мозку, діяльністю особистого хронобіологічного апарату (внутрішні чинники) і впливом соціальних та природніх факторів (зовнішні чинники). Будь-яке порушення цієї взаємодії може зумовлювати різні труднощі зі сном (Sleepless in America, 2024).

Дві третини дорослих осіб із розвинених країн не мають змоги спати вночі впродовж 8-ми годин, як загалом рекомендовано. Регулярне недосипання (сон, коротший ніж 6-7 годин на добу) руйнує імунну систему та збільшує ризик розвитку раку вдвічі або й більше. Нестача сну – це ключовий чинник розвитку хвороби Альцгеймера. Недостатня тривалість сну, навіть за умови незначного скорочення сну протягом лише одного тижня, так сильно порушує рівень цукру в крові, що стан людини можна класифікувати як переддіабетичний. Недосипання збільшує ймовірність закупорювання та стоншування стінок коронарних артерій, що може призвести до серцево-судинних захворювань, інсульту та застійної серцевої недостатності та розвитку основних психічних розладів – включно з ПТСР, депресивним, тривожним та сну (Baglioni, Nanovska, & Regen, 2016).

Це далеко не всі жахливі наслідки для здоров'я. Чим коротший сон та гірша його якість, тим, можливо, коротша тривалість життя, а якість цього життя суттєво гірша.

Незадовільна ЯС, особливо недосипання, порушення сну та безсоння, призводить до ураження всіх систем, тканин і органів організму. Існує більше 20 масштабних епідеміологічних досліджень, які спостерігали за мільйонами людей протягом десятиліть. Усі вони підтверджують, що хвороби серця, деменція, діабет, рак і ожиріння мають причинно-наслідковий зв'язок із недостатньою ЯС, головним чином пов'язаною з його депривацією. ВООЗ навіть оголосила епідемію недосипання у всіх промислово розвинених країнах (Palmer & Alfano, 2017).

На основі низки досліджень доведено, що зменшення тривалості сну є незалежним фактором ризику розвитку артеріальної гіпертензії, ішемічної

хвороби серця та цукрового діабету 2-го типу (Palagini, Bruno, & Gemignani, 2013). У мета-аналізі 23 досліджень взаємозв'язків між безсонням та артеріальною гіпертензією висвітлено, що раннє ранкове пробудження та комплексне безсоння є потенційними факторами ризику цієї хвороби, тоді як базова артеріальна гіпертензія також є фактором ризику безсоння (Amihaesei, Mungiu, 2012). Експериментальна депривація сну, коротка тривалість сну та постійне безсоння пов'язані з підвищенням артеріального тиску та підвищеним ризиком розвитку артеріальної гіпертензії навіть після контролю інших факторів ризику. Патофізіологічні механізми, що лежать в основі цього зв'язку, можуть бути пов'язані з неадекватним збудженням («перезбудженням») через надмірну активацію функцій стресової системи. Згідно з цією гіпотезою, незадовільна тривалість або зміни ЯС можуть виступати нейробиологічним і фізіологічним стресором, який порушує функції головного мозку та викликає алоstaticне навантаження, погіршуючи стійкість до стресу та соматичне здоров'я.

В свою чергу клінічні дослідження показали, що близько у 1/3 пацієнтів із цукровим діабетом відмічали супутні розлади сну порівняно з 8,2% контрольної групи без нього (Sorenson, Garry & Brelje, 1991). В іншому дослідженні, згідно з опитуванням, проведеними у Пітсбурзькому університеті, більше 1/2 пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу частіше мали незадовільну ЯС за Пітсбурзьким індексом якості сну (PSQI). Засвідчено, що депривація та фрагментація сну корелюють із резистентністю до інсуліну в осіб із ожирінням (Tian, Dang & Chen, 2013). Погана ЯС впливає на самоконтроль цукрового діабету. Дослідження пов'язують порушення сну зі зниженням рівня γ -аміномасляної кислоти (ГАМК). Остання у значній кількості виробляється в підшлунковій залозі. Також показано, що вона пригнічує апоптоз β -клітин підшлункової залози гризунів (Adeghate, 2012). Цілком можливо, що ГАМК є одним із нейромедіаторів, які беруть участь у ЯС хворих на цукровий діабет, коли її

рівень низький. Масштабне дослідження протягом 4-х років серед 81 233 осіб із переддіабетом, 24 146 (29,7%) з яких мали діагностоване безсоння, також підтвердило вищу ймовірність розвитку цукрового діабету 2-го типу (на 28%) в осіб з безсонням порівняно з особами без нього. Зроблено висновок, що вплив безсоння на ймовірність розвитку цукрового діабету 2-го типу порівняно із впливом традиційних факторів ризику, таких як надмірна маса тіла, неєвропеїдна раса, серцево-судинні фактори, суттєвіший. Це може мати клінічне значення, оскільки свідчить про новий потенційно модифікований фактор ризику, який можна використовувати для запобігання розвитку цукрового діабету (LeBlanc, Smith, & Nichols, 2018).

У дослідженні Н.О. Теренда та Н.Я. Фарійон (2021) було встановлено зв'язок між компонентами ЯС: порушеннями сну, зменшенням тривалості сну та ризиком розвитку мозкового інсульту, особливо в осіб віком більше 60 років. Внаслідок недосипання прискорюється процес відкладання кальцію в коронарних артеріях, посилюється активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної системи і підвищується тонус симпатичної нервової системи. Недосипання також пов'язано з системним запаленням, оксидативним стресом та ендотеліальною дисфункцією. Усе це в сукупності підвищує ризик загальної смертності в похилому віці на 48% і на 15% підвищує ризик мозкового інсульту, в тому числі, з летальним наслідком (Теренда & Фарійон, 2021).

Жахливим доказом того, що недосипання, як складова ЯС, здатне буквально вбити людину є дуже рідкісне генетичне захворювання, яке починає проявлятися у дорослому віці як безсоння, що прогресує. Через кілька місяців після початку захворювання хворий взагалі перестає спати. До того моменту мозок і тіло людини поступово припиняють виконувати основні функції. Поки що не існує жодних медичних препаратів, що здатні змусити пацієнта заснути, тож через рік чи півтора року неспанья він

помирає. Хоча це захворювання вкрай рідке, воно засвідчує факт: нестача сну може вбити людину.

Найбільша коморбідність порушень сну відмічена з тривожними і депресивними розладами. Взаємозв'язок яких визначають як двоспрямований. Вони можуть посилювати перебіг один одного, впливати на результати лікування і виникнення рецидиву в подальшому. У дослідженнях, в яких відстежували патерни сну протягом періоду тривоги і депресії, початок порушення сну зазвичай припадав на момент прояву симптомів (наприклад у 80% випадків тривоги) і часто передував рецидиву розладів (наприклад 56% випадків розладу настрою) (Tian, Dang, & Chen, 2013). Отримані дані відповідають ствердженню, що поганий сон є чинником ризику розвитку, підтримки, посилення тяжкості симптомів і може відображати загальний вплив ЯС на ЯЖ людини, які мають ці розлади.

Ще одним жахливим доказом зв'язку незадовільної ЯС на ЯЖ є сотні тисяч дорожньо-транспортних пригод (ДТП), зокрема летальних, коли за кермом автомобілів опинялися невиспані водії. Це ставить під загрозу не лише життя людини, що недосипає, а й життя інших людей. Трагічно, що кількість ДТП, спричинених невиспаними водіями, перевищує сумарну кількість ДТП, що сталися внаслідок вживання водіями алкоголю та наркотичних речовин. Є два стани, в яких людина робить такі помилки. Перший – водій засинає за кермом. Таке трапляється нечасто, і цьому зазвичай передує тривалий період неспання, коли людині не вдавалося поспати впродовж 20-ти чи більше годин. Друга, поширеніша ситуація – короткочасна втрата уважності, відома як мікросон. Такий стан триває всього кілька секунд, та в ці миті повіки людини повністю або частково змикаються. У мікросон найчастіше занурюються люди, які хронічно недосипають, тобто регулярно сплять вночі менш ніж 7 годин.

За результатами двох незалежних експериментів Д. Дінгіса з Пенсільванського університету та Г. Беленкі відомо, що через 10 діб 6-

годинного нічного сну працездатність тих, хто приймав участь у експерименті, була такою самою, як і у тих, що не спали добу. В них зафіксували накопичення втоми без жодних ознак стабілізації. Їх стан після однієї ночі без сну катастрофічно погіршився і кількість провалів у концентрації (мікросон) зростає у 4 рази. Все це ускладнюється тим, що навіть після трьох ночей необмеженого якісного сну не можливо повернути втрачене. А третій важливий висновок полягав в тому, що учасники недооцінили погіршення свого стану, тобто, коли людина роками має недостатню ЯС, то звикає до низької працездатності, неуважності, поганого запам'ятовування та до хронічної втоми (ознаки незадовільної ЯЖ) і сприймає все це як норму та природний стан (Вокер, 2022).

У цій роботі ми збираємось прослідкувати не менш вражаючий взаємозв'язок між незадовільною ЯС і ЯЖ внаслідок не свідомого вибору людини, а руйнівного впливу стресу на організм під час війни в Україні. Війна значно ускладнює дотримання звичних правил сну.

За інформацією ВООЗ в людей, які постраждали від воєнної агресії та переселення, можуть розвинути психічні розлади, у тому числі ПТСР, депресивний, тривожний та розлад сну. Попередні дані свідчать, що у 10,6% внутрішньо переміщених осіб відмічали важкі порушення сну та у 6,5% – дуже важкі. Це підтверджують і дані дослідження «Симптоми психічного здоров'я та копінг-стратегії українців під час російсько-української війни в березні 2022 року»: з 801 дорослого українця 52,7% мали симптоми психологічного стресу 54,1% – симптоми тривоги, 46,8% – депресії, 12,1% – симптоми безсоння (Xu et al, 2023).

Найвагомішими факторами ризику безсоння (ключової ознаки незадовільної ЯС) є стать (жінки) та вік (похилий) – головні тези науково-практичної конференції з питань інсомнії у дорослих (червень 2005, Канада). Крім того, у жінок безсоння більш поширене як з настанням місячних, так і менопаузи (Thomas, 2016).

Першою важливою спробою виявлення поширення та встановлення кореляції проблем зі сном у дорослих ізраїльських євреїв, які піддаються фактичним або загрозливим терористичним та ракетним атакам, були підтверджені проблеми зі сном у 37,4% населення загалом; надзвичайно поширені у цивільних з ймовірним ПТСР – 81,8% та тих, хто страждає на депресію – 79,3%. Фактори, які сприяють проблемам зі сном, зокрема, безсонню: жіноча стать, похилий вік, менша освіченість, досвід попередніх стресів у житті і втрата психосоціальної підтримки. А терористичні атаки мають найсильніший вплив на ризик розвитку проблем зі сном (Palmieri & Peterson, 2010).

Низка експериментальних робіт, починаючи з 1992 року підтверджує те, що безсоння пов'язане зі значними порушеннями ЯЖ людини. Під час їх проведення респонденти, в яких відмічалися ознаки інсомнії повідомили про суттєве зниження показників за всіма шкалами опитувальника неспецифічної якості життя (MOS SF-36), що оцінюють 8 областей: 1) фізичне функціонування, 2) рольове фізичне функціонування, 3) шкалу болю, 4) загальний стан здоров'я, 5) шкалу життєздатності, 6) шкалу соціального функціонування, 7) рольове емоційне функціонування, 8) психологічне здоров'я (McHorney et al., 1992; McHorney et al., 1993; McHorney et al., 1994).

В одному з цих досліджень порівнювали результати за MOS SF-36 у групах пацієнтів з легким та важким безсонням з групами пацієнтів з діагнозами депресія та серцева недостатність. Пацієнти з важким безсонням мали чисельно більшу втрату функції, ніж пацієнти з серцевою недостатністю, через біль, емоційні та психологічні порушення. Крім того, пацієнти з безсонням також повідомляли про більшу кількість фізичних проблем, ніж пацієнти з депресією (McHorney et al., 1992).

Війна триває і тому питання браку емпіричних досліджень, оцінюючих ЯС і ЯЖ жінок, виходить на перший план. Це вкрай необхідно для розробки

професійних ґрунтовних просвітницьких, медичних, соціальних програм для подолання впливу війни на ЯЖ, зокрема, здоров'я жінок в Україні.

Висновки до розділу I

Проведене нами дослідження поняття ЯЖ в науковій літературі показало, що до сьогоднішнього дня не виявлена його основна суть. Воно включає в себе різномірний набір об'єктів: суб'єктивне благополуччя, здоров'я, рівень і умови життя, рівень доходів, екологію, безпеку, щастя, задоволеність собою і своїм життям, позитивні емоції тощо.

Чабан О.С. пропонує розглядати ЯЖ, як самоаналіз фізичного стану; настрою; вільного часу; любові та сексуальної активності; повсякденної активності, соціальної активності; фінансового благополуччя; умов проживання; роботи і іншої зайнятості; рівня задоволеності життям. Це підкреслює важливість питань об'єктивної та суб'єктивної оцінки ЯЖ, в залежності від концепції здоров'я, яка наразі включає, крім медичних, психологічні, філософські, культурні, соціальні та політичні аспекти.

В нашому випадку нас цікавило визначення поняття сну та ЯС як важливого чинника здоров'я людини, чи не найголовнішої складової ЯЖ та того, як ЯС взаємопов'язана з ЯЖ. Сон є унікальним фізіологічним станом людини, який визначається не тільки узгодженістю задіяних структур головного мозку, особливостями роботи хронобіологічного апарату, а і не менш впливових, природних і соціальних факторів. Порушення цієї взаємодії може призвести до суттєвого зниження рівня ЯС. Тривога за близьких, страх під час нічних ракетних атак, туга за нескінченними втратами – буденні жахливі чинники стресу, які безжально впливають на ЯС і, як наслідок, на ЯЖ жінок під час війни в Україні.

Узагальнюючи вищенаведене, хочемо зазначити, що кроки до якісного життя полягають у задоволенні найважливішої потреби людини у сні.

Ми проаналізували велику кількість попередніх наукових праць, присвячених вивченню ЯС і ЯЖ, питанням прогнозу, способам усунення

проблем зі сном. Продовження дії психотравмуючих чинників війни оголює брак сучасних емпіричних даних та визначає нагальність впровадження продуктивних стратегій подолання негативних наслідків .

Необхідно, щоб ці стратегії були направлені на: підтримку задовільного рівня всіх складових ЯЖ; протидію наслідкам постійного психологічного стресу; сприяння дотриманню регулярного графіка сну та неспання; ефективне планування соціальної активності та формування реалістичного ставлення до ЯС, а також наслідків порушень сну.

РОЗДІЛ II

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методичні основи дослідження

Для перевірки висунутої гіпотези та дослідження взаємозв'язку між ЯС та ЯЖ було проведено емпіричне дослідження, для якого використовувалися наступні методики:

1. Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI).
2. Індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin (ISI).
3. Шкала психологічного стресу (PSM-25).
4. Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.).
5. Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36).
6. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Авторська анкета.

Основні методики були використані для визначення таких характеристик: ЯС, ЯЖ, показник психічної напруженості (ППН), індекс тяжкості інсомнії (ІТІ), тривога, депресія, а також для дослідження їх взаємозв'язку в осіб, що брали участь в опитуванні, при подальшій математичній обробці. Характеристики методик, що використовувалися у дослідженні:

Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) (Байссе та ін., 1989) (Чабан & Хаустова, 2019: 111).

Цей самоопитувальник розроблений в університеті Пітсбурга для оцінки ЯС протягом місячного інтервалу і є стандартизованим опитувальником з діагностики порушень сну для клініцистів та дослідників.

19 окремих елементів опитувальника генерують сім «компонентів» балів: суб'єктивної якості сну, латентності сну, тривалості сну, звичної ефективності сну, порушень сну, використання снодійних ліків та

порушень денного функціонування. Кожен компонент оцінюється від 0 до 3 балів, формуючи при цьому загальний бал від 0 до 21.

Індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin (ISI) (Індекс тяжкості інсомнії, 2024).

ІТІ вимірює суб'єктивні симптоми та негативні наслідки інсомнії за попередні 2 тижні. За цією шкалою бали, вищі 14, говорять про клінічну інсомнію.

Тест складається з 7 питань, за допомогою яких оцінюється природа, тяжкість та наслідки безсоння. Зазвичай, тривалість періоду спогадів становила «останній місяць» з оцінкою наступних параметрів: тяжкість засинання та підтримання сну, проблеми з раннім ранковим пробудженням; незадоволеність сном; порушення денного функціонування проблемним сном; помітність проблем зі сном іншими людьми; дистрес, спричинений розладами сну. Для оцінки кожного пункту використовується 5-бальна шкала Лайкерта (від 0 – відсутність проблем, до 4 балів – дуже серйозна проблема) із загальною кількістю балів від 0 до 28 та наступною інтерпретацією: відсутність безсоння (0-7); підпорогове безсоння (8-14); помірне безсоння (15-21); важке безсоння (22-28).

Шкала психологічного стресу PSM-25 (Водоп'янова, 2018).

Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу (стресових відчуттів): в соматичних, поведінкових і емоційних показниках. При розробці методики автори прагнули усунути наявні недоліки традиційних методів вивчення стресових станів, спрямованих в основному на непрямі вимірювання психологічного стресу через стресори або патологічні прояви тривожності, депресії, фрустрації та ін. Лише деякі методики призначені для того, щоб вимірювати стрес як природний стан психічної напруженості.

Питання сформульовані для нормальної популяції у віці від 18 до 65 років, для різних професійних груп, що дозволяє вважати методику універсальною для застосування на різних вікових і професійних вибірках в нормальної популяції. Методика апробована авторами на вибірці більш ніж 5 тис. чоловік в Канаді, Англії, США, Пуерто-Ріко, Колумбії, Аргентині, Японії. Численні дослідження показали, що PSM-25 володіє достатніми психометричними властивостями.

Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан, 2008) Chaban Quality of Life Scale (Чабан & Хаустова, 2019: 147).

Шкала розроблена Чабаном О. С. – українським вченим у галузі психіатрії, медичної психології та психотерапії, директором Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, доктором медичних наук, професором, академіком Академії наук вищої освіти України.

Її використовують для оцінки ЯЖ – інтегрального показника, який відображає наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом. ЯЖ – це суб'єктивний та багатокомпонентний показник, який характеризує сприйняття людиною різних аспектів свого життя, тобто певною мірою цей показник відображає емоційний стан людини на момент опитування.

За допомогою цієї шкали оцінки рівня ЯЖ (РЯЖ) можливо оцінити значущі фактори: фізичний стан; настрій; вільний час; любов та сексуальна активність; повсякденна активність (хобі, робота по дому та інше), соціальна активність; фінансове благополуччя; умови проживання; робота, навчання, інша зайнятість; задоволеність життям.

Мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 100.

Рівень якості життя:

вкрай низький – до 56 балів включно,

низький – від 57 до 66 балів включно,

середній – від 67 до 75 балів включно,

високий – 76 до 82 балів включно,

дуже високий – від 83 балів.

Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36) Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (Чабан & Хаустова, 2019: 149).

Цей опитувальник застосовують для оцінки ЯЖ як у здорових людей, так і у людей з різними захворюваннями. Він охоплює велику кількість спільних для багатьох захворювань ознак, наприклад, обмеження у виконанні фізичних навантажень, наявність та ступінь больового синдрому, порушення сну та ін. За його допомогою часто порівнюють ЯЖ при тому чи іншому захворюванні з ЯЖ у популяції здорових осіб. Опитувальник використовується для визначення ЯЖ незалежно від статевих та вікових особливостей, наявності захворювання. Розроблений у вісімдесятих роках 20-го сторіччя у США John E. Ware на основі масштабного дослідження наслідків захворювань.

У результаті цього дослідження був сформований 40-факторний опитувальник, який складався із 149 пунктів (149-item Functioning and well-being profile).

Ця повна форма дозволяла детально з'ясувати всі аспекти ЯЖ з максимальною оцінкою всіх її компонентів. За її допомогою вдавалося врахувати вплив багатьох чинників, пов'язаних як зі здоров'ям, так і з іншими аспектами життя. Крім того, вона дозволяла повніше та точніше оцінити динаміку показників ЯЖ у кожному індивідуальному випадку. Втім, ці переваги досягалися за рахунок великої кількості запитань, що вимагало терпіння та уваги як від респондента під час заповнення, так і від дослідника під час обробки отриманих результатів.

При дослідженні валідності опитувальника було виявлено 8 факторів ЯЖ, які найчастіше змінювалися під впливом хвороби та лікування. Було

висловлено припущення про те, що ці фактори відображають її найбільш загальні та неспецифічні параметри. Питання, які містяться у сучасній скороченій версії опитувальника MOS SF-36 є похідними від повної і відносяться саме до цих факторів: фізичне функціонування (physical functions), рольове фізичне функціонування (role physical functions), шкала болю (bodily pain), загальний стан здоров'я (general health), шкала життєздатності (vitality), шкала соціального функціонування (social functions), рольове емоційне функціонування (role emotional functions), психологічне здоров'я (mental health).

Перевагою цієї форми є скорочення часу заповнення і, як правило, більш легке сприйняття та розуміння респондентами. Ця форма була вибрана для проведення узагальнюючої оцінки параметрів ЯЖ без індивідуального підходу.

Госпітальна шкала тривоги і депресії Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Чабан & Хаустова, 2019: 67).

Шкала має високу валідність щодо двох феноменів — тривоги та депресії і використовується для виявлення та оцінки тяжкості симптомів. Вона містить 14 тверджень, які об'єднуються у 2 підшкали: підшкала «Т» – «тривога» та підшкала «Д» – «депресія». Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність ознаки) до 3 балів (максимальна ступінь вираженості).

Критерії оцінювання: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – легкий ступінь тяжкості; 11 балів і більше – ймовірна наявність розладу настрою; 11-15 – помірний ступінь; 16-21 – важкий ступінь.

Авторська анкета

Авторська анкета складалась з питань, за допомогою яких ми з'ясували розподіл вибірки за віком, кількістю дітей, сімейним статусом, рівнем освіти, типом зайнятості, місцем проживання.

2.2. Характеристика вибірки

Опитування проводилося в онлайн-форматі з застосуванням Google Forms впродовж листопада 2023 та травня 2024 року. Вибірка формувалася з жінок віком від 21 до 62 років. Загалом у дослідженні взяли участь 98 осіб.

За результатами відповідей на авторську анкету було сформовано шкали: за віком; кількістю дітей, сімейним статусом, рівнем освіти, родом занять, типом зайнятості, місцем проживання.

Ваш вік

98 відповідей

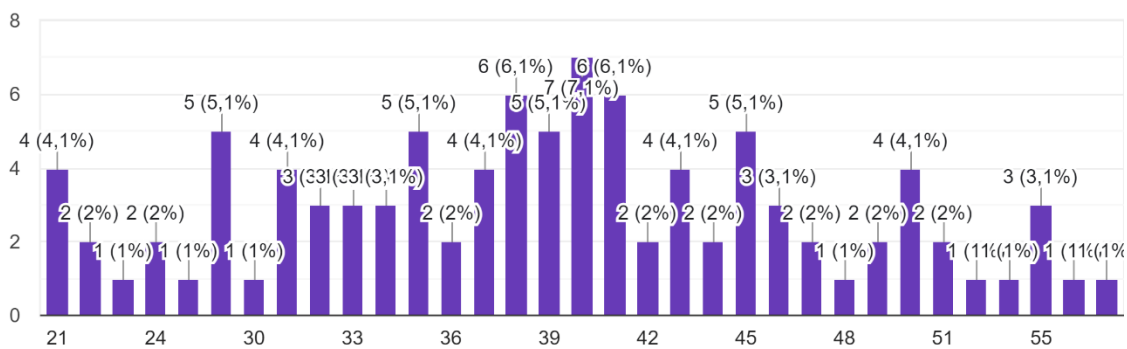


Рис. 2.1. Розподіл вибірки за віком

Чи є у Вас діти?

98 відповідей

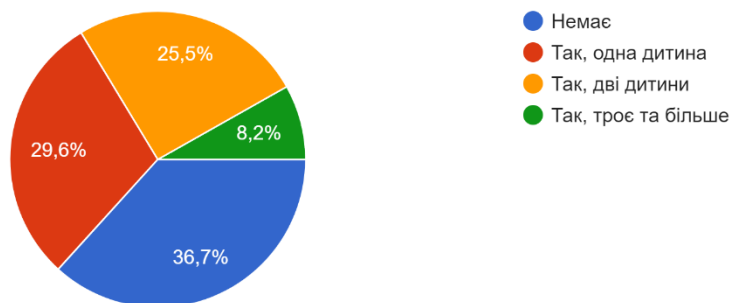


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за кількістю дітей

Вкажіть Ваш сімейний статус

98 відповідей

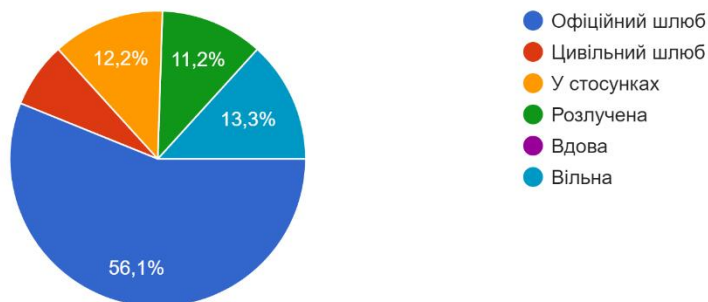


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за сімейним статусом

Ваша освіта, виберіть найвищий рівень

98 відповідей

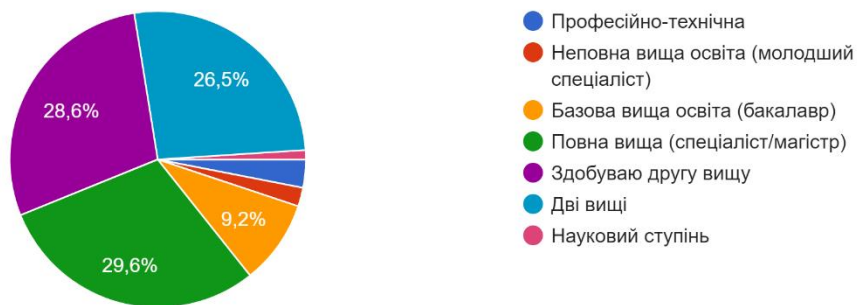


Рис. 2.4. Розподіл вибірки за рівнем освіти

Ваш основний рід занять

98 відповідей

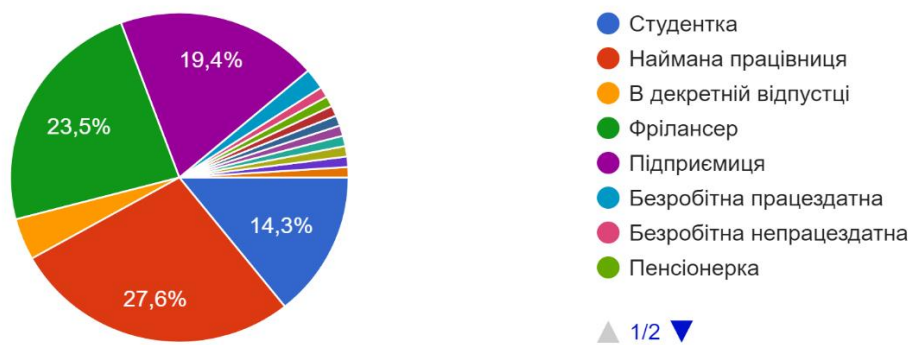


Рис. 2.5. Розподіл вибірки за типом зайнятості

Місце проживання
98 відповідей



Рис. 2.6. Розподіл вибірки за місцем проживання



Рис. 2.7. Розподіл вибірки за показником психічної напруженості

Для вирішення поставлених завдань і досягнення мети даного дослідження було розподілено вибірку на групи тих, які мають низький та середній ППН за допомогою шкали психологічного стресу (PSM-25) (Рис. 2.7).

Вік жінок, залучених до дослідження, коливався в межах від 21 до 62 років. При цьому середній вік у групі жінок з низьким ППН складав 38,6 років, а у групі з середнім ППН-38,4 років.

2.3. Дизайн дослідження

На основі опрацьованих попередніх теоретичних та наукових досліджень було сформовано теоретичну модель даного дослідження. Вона передбачає оцінку ЯС (тривалість сну, латентність сну, порушення сну, ефективність сну, використання снодійних ліків, порушення денного функціонування, суб'єктивна якість сну) за допомогою психологічних факторів: стресу (ППН), безсоння (ІТІ), тривоги, депресії і ЯЖ (фізичний стан, настрій, задоволеність життям, робота і інша зайнятість, умови проживання, фінансове благополуччя, вільний час, любов та сексуальна активність, повсякденна активність, соціальна активність) та встановлення взаємозв'язку між ними (рис. 2.8).

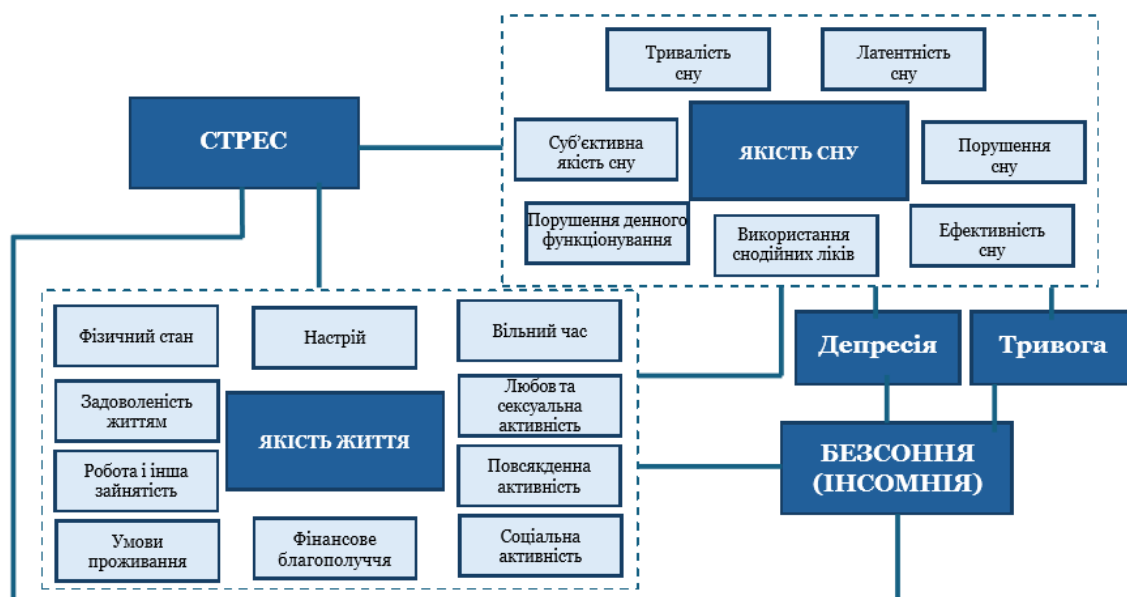


Рис. 2.8. Дизайн дослідження

2.4. Методи математичної статистики

Для статистичного опрацювання первинних вихідних даних було використано пакет математико-статистичної обробки інформації jamovi та застосовано методи описової статистики, кореляційного аналізу з використанням критерію Спірмена, множинної лінійної регресії та

здійснено перевірку гіпотез про середні за допомогою t-критерію Стьюдента.

Висновки до розділу II

Вибірка, сформована після проведення дослідження, є доволі репрезентативною. Обрані методики досліджень чітко відповідають усім вимогам та завданням і дозволяють виміряти саме ті показники, які обрано дослідити в роботі. Методи статистичного аналізу були підібрані у відповідності до характеристик шкал та досліджуваних явищ.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ СНУ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів

При проведенні аналізу ми розбили вибірку на 2 групи, котрі порівнювали між собою, а також досліджували кожну окремо: група з середнім рівнем ППН (від 101 б., 37 досліджуваних, експериментальна) та група з низьким рівнем ППН (до 100 б. включно, 59 досліджуваних, контрольна).

Приставаючи до опису вибірки, в першу чергу ми оглянули вікові особливості експериментальної та контрольної груп. Досліджувані виявились дуже схожими за віком. Середній вік жінок у групі з низьким ППН становив 38,6 років і 38,4 роки – у групі з середнім ППН (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Описові статистики за віком в групах жінок з низьким та середнім ППН

Категорія	Вік	
	низький ППН	середній ППН
Середнє	38.6	38.4
Середнє квадратичне відхилення	8.6	9.42
Критерій Шапіро-Вілکا W	0.982	0.951
p-рівень Шапіро-Вілка	0.542	0.106

Порівнюючи вік досліджуваних у вказаних групах за допомогою t-критерію Стьюдента не було встановлено статистично достовірної відмінності ($t(94) = 0.141$, $p = 0.888$) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) при порівнянні за віком в групах низького та середнього ППН

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Вік	0.141	94.0	0.888	0.266	0.0297

Розподіли за віком виявились нормальними, що зокрема відображено в гістограмах на рис. 3.1 (рис. 3.1).

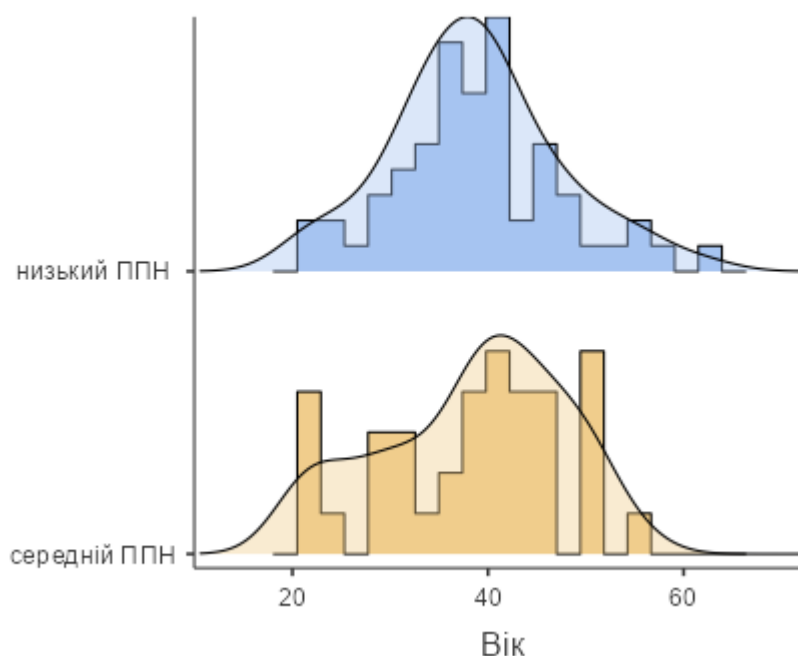


Рис. 3.1. Гістограми за віком в групах жінок з низьким та середнім ППН

Таблиця 3.3

Описові статистики в групах жінок з низьким та середнім ППН за Індексом тяжкості інсомнії (ISI) та Пітсбурзьким опитувальником якості сну (PSQI)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	низький ППН	середній ППН	низький ППН	середній ППН
Індекс тяжкості інсомнії	8.25	13.9	5.87	5.19

Суб'єктивна якість сну	1.31	1.95	0.725	0.621
Латентність сну	1.25	1.73	0.863	0.990
Тривалість сну	0.379	0.703	0.616	0.939
Ефективність сну	0.0508	0.270	0.391	0.693
Порушення сну	0.831	1.30	0.530	0.571
Використання снодійних ліків	0.237	0.703	0.703	1.02
Порушення денного функціонування	1.19	1.57	0.629	0.603
Сумарний бал якості сну	4.76	7.73	2.41	3.45

При застосуванні t-критерію Стьюдента для порівняння груп жінок з низьким та середнім ППН за шкалами Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) було встановлено достовірні відмінності між групами за кожною зі шкал, окрім лише шкали ефективності сну ($t(94) = -1.98, p = 0.05$), проте оскільки отримано р-рівень граничний з допустимим, вважаємо, що за цією шкалою групи також мають розрізнятися (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) при порівнянні за індексом тяжкості інсомнії (ISI) та Пітсбурзьким опитувальником якості сну (PSQI) в групах жінок з низьким та середнім ППН

Шкала	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Величина ефекту Коена) (d)
Інсомнія	-4.76	94.0	< .001	-5.611	-0.998
Суб'єктивна якість сну	-4.45	94.0	< .001	-0.641	-0.932
Латентність сну	-2.48	94.0	0.015	-0.475	-0.520
Тривалість сну	-2.03	93.0	0.045	-0.323	-0.427

Ефективність сну	-1.98	94.0	0.050	-0.219	-0.416
Порушення сну	-4.08	94.0	< .001	-0.467	-0.855
Використання снодійних ліків	-2.64	94.0	0.010	0.465	-0.554
Порушення денного функціонування	-2.94	94.0	0.004	-0.381	-0.616
Сумарний бал якості сну	-4.96	94.0	< .001	-2.967	-1.041

Як бачимо з візуального відображення середніх на діаграмах та коробкових діаграмах, досліджувані з середнім ППН мають вищий рівень за шкалами Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) ніж досліджувані з низьким ППН (рис. 3.2, 3.3).

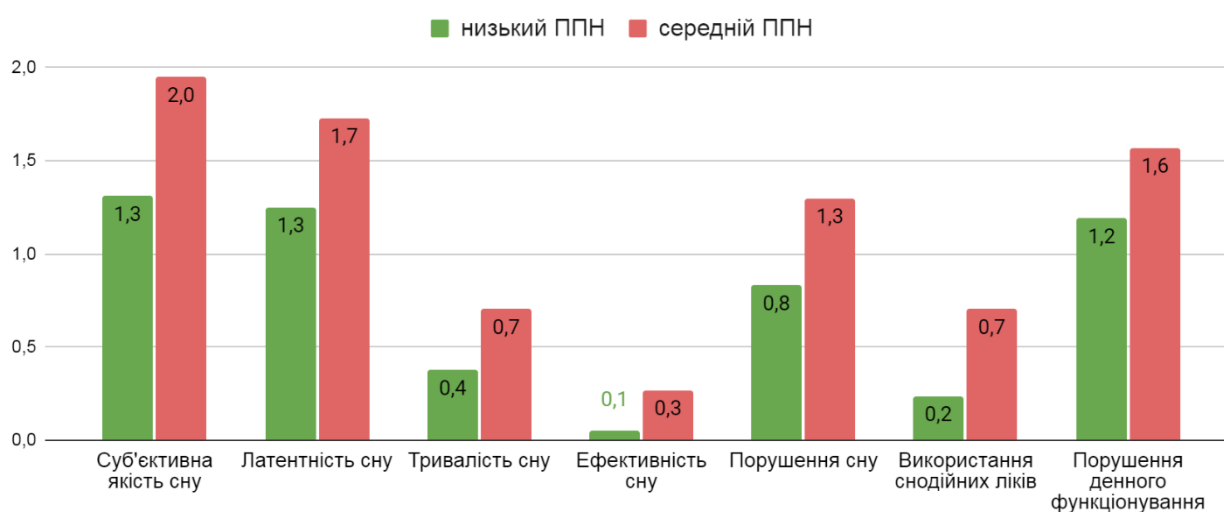


Рис. 3.2. Середні за шкалами Пітсбурзького опитувальника якості сну в групах з низьким та середнім ППН

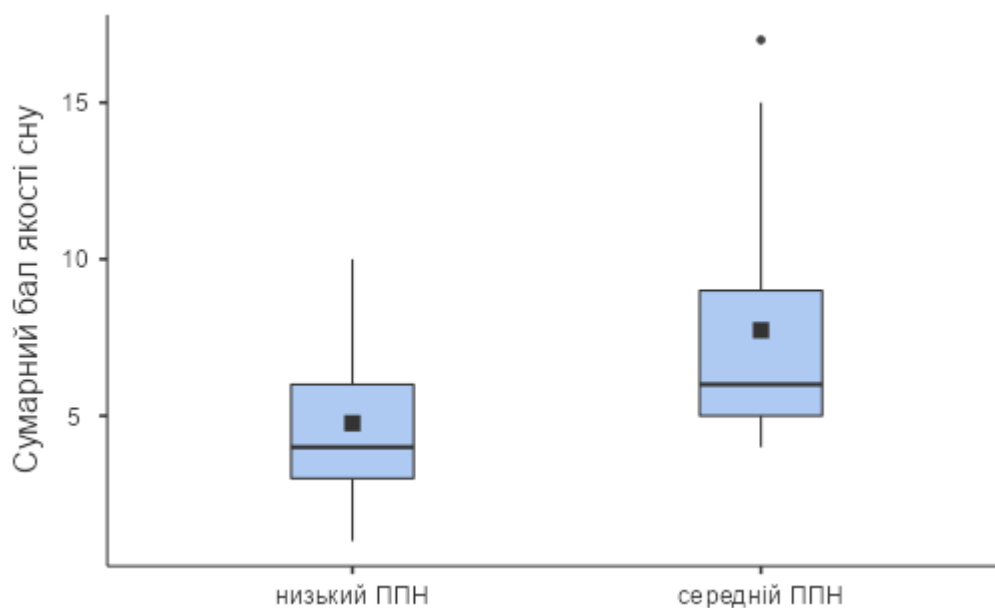


Рис. 3.3. Коробкові діаграми за Сумарним балом якості сну в групах жінок з низьким та середнім ППН

Встановлено також відмінність за ITI (ISI). Група з середнім ППН має вищий рівень тяжкості інсомнії ніж група з низьким ППН (Різниця середніх = -5.611, $t(94) = -4.76$, $p < .001$) (рис.3.4).

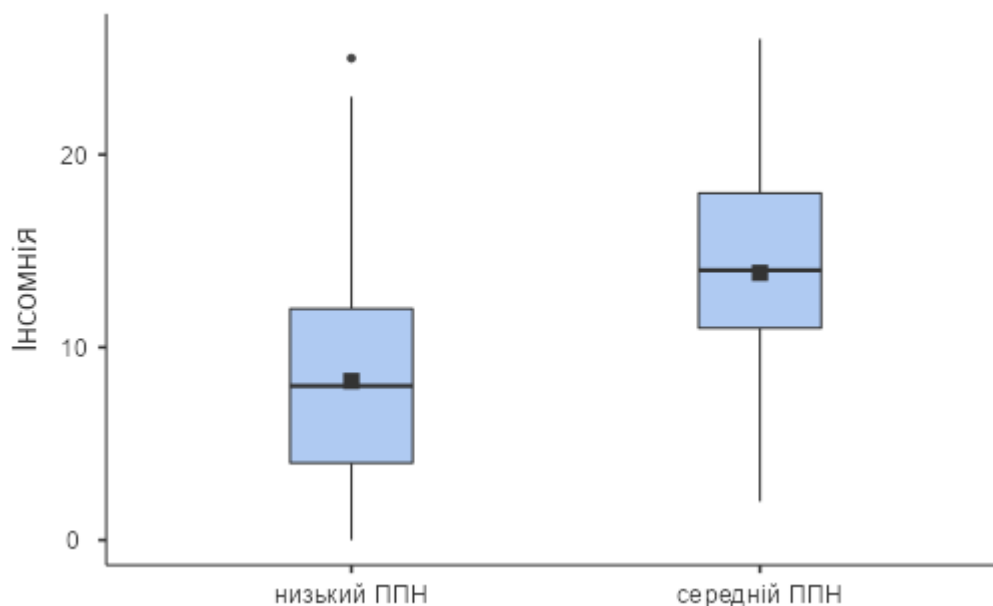


Рис. 3.4. Коробкові діаграми за індексом тяжкості інсомнії (ISI) в групах жінок з низьким та середнім ППН

Розподіли в групах жінок з низьким та середнім ППН за Пітсбурзьким опитувальником якості сну (PSQI) виявились не нормальними, а за індексом тяжкості інсомнії (ISI)– не нормальним в групі жінок з низьким ППН та нормальним в групі жінок з середнім ППН. Можна припустити, що мало хто з респонденток мають виражені проблеми зі сном. Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) описує не процес, що відбувається в нормі, а певне порушення фізичного здоров'я, на відміну від шкали НЯЖ (MOS SF-36). Опитувальник має суб'єктивні шкали, які утворені 1 або, максимум 2 питаннями з нього і, в результаті, показник за кожною шкалою має низьку варіативність від 0 до 3 балів (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Перевірка розподілів на нормальність в групах жінок з низьким та середнім ППН за індексом тяжкості інсомнії (ISI) та Пітсбурзьким опитувальником якості сну (PSQI)

	Критерій Шапіро-Вілка W		p-рівень Шапіро-Вілка	
	низький ППН	середній ППН	низький ППН	середній ППН
Інсомнія	0.947	0.985	0.012	0.900
Суб'єктивна якість сну	0.764	0.775	< .001	< .001
Латентність сну	0.851	0.870	< .001	< .001
Тривалість сну	0.633	0.743	< .001	< .001
Ефективність сну	0.111	0.455	< .001	< .001
Порушення сну	0.702	0.710	< .001	< .001
Використання снодійних ліків	0.377	0.700	< .001	< .001

Порушення денного функціонування	0.784	0.769	< .001	< .001
Сумарний бал якості сну	0.934	0.881	0.003	< .001

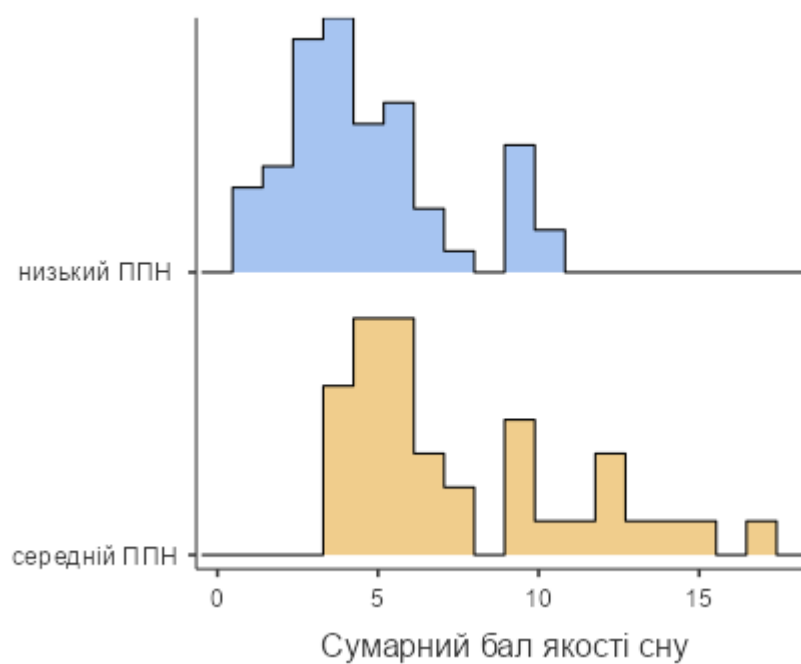


Рис. 3.5. Гістограми за сумарним балом якості сну (PSQI) в групах жінок з низьким та середнім ППН

Таблиця 3.6

Описові статистики в групах жінок з низьким та середнім ППН за шкалою психологічного стресу (PSM-25) та Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	низький ППН	середній ППН	низький ППН	середній ППН
Показник психічної напруженості	68.8	122	18.0	12.8
Тривога	6.49	10.5	3.09	2.82
Депресія	5.02	8.27	2.74	3.07

За допомогою t-критерію Стьюдента було встановлено, що групи жінок з низьким та середнім ППН достовірно відрізняються за рівнями тривоги та депресії (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) при порівнянні за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) в групах жінок з низьким та середнім ППН

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Тривога	t-критерій Стьюдента	-6.42	94.0	<.001	-4.02	-1.345
Депресія	t-критерій Стьюдента	-5.41	94.0	<.001	-3.25	-1.134

Як бачимо з коробкових діаграм, досліджувані з середнім ППН мають вищий рівень як тривоги, так і депресії (рис. 3.6, 3.7).

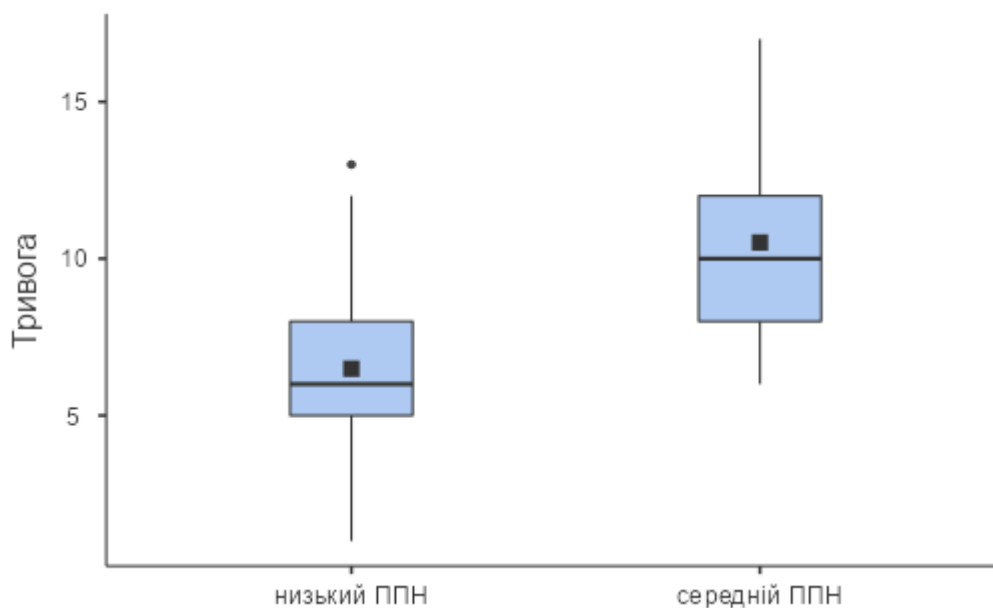


Рис. 3.6. Коробкові діаграми за шкалою Тривоги (HADS) в групах жінок з низьким та середнім ППН

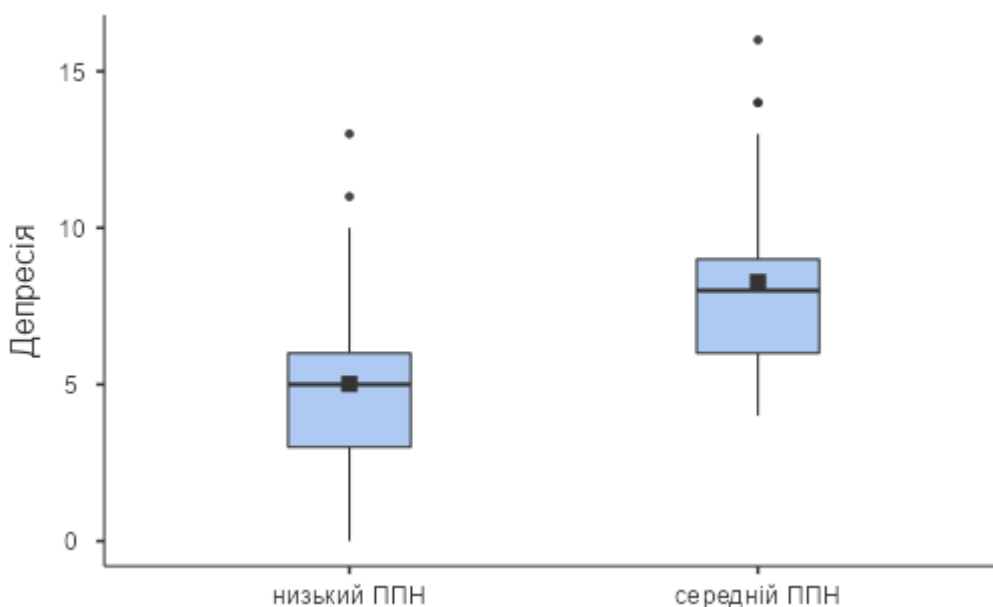


Рис. 3.7. Коробкові діаграми за шкалою Депресії (HADS) в групах жінок з низьким та середнім ППН

Розподіли за шкалою психологічного стресу (PSM-25) та Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) виявились нормальними

для групи жінок з низьким ППН за всіма шкалами, а для групи жінок з середнім ППН — нормальний розподіл отримано лише за шкалою психологічного стресу (PSM-25) (рис. 3.8).

Таблиця 3.8

Перевірка розподілів на нормальність в групах жінок з низьким та середнім ППН за шкалою психологічного стресу (PSM-25) та Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

	Критерій Шапіро-Вілка W		p-рівень Шапіро-Вілка	
	низький ППН	середній ППН	низький ППН	середній ППН
Показник психічної напруженості	0.970	0.964	0.160	0.270
Тривога	0.968	0.923	0.124	0.014
Депресія	0.961	0.937	0.055	0.036

Таблиця 3.9

Описові статистики в групах жінок з низьким та середнім ППН за шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	низький ППН	середній ППН	низький ППН	середній ППН
Якість життя (MOS SF-36)	128	106	13.8	11.7
Фізичний стан	6.39	3.89	2.09	1.90
Настрій	6.69	3.97	1.68	1.88

Проведення вільного часу	5.90	4.19	2.27	2.22
Любов, сексуальна активність	5.68	3.54	2.77	3.22
Повсякденна активність	6.41	4.59	1.73	2.25
Соціальна активність	6.34	5.16	2.06	2.22
Фінансове благополуччя	6.66	4.11	2.17	2.35
Умови проживання	7.59	6.38	2.08	2.34
Робота, інша зайнятість	7.54	5.84	2.08	2.28
Загальний рівень задоволеності життям	7.51	5.41	1.59	1.86
Рівень якості життя	66.7	47.1	13.9	14.3

За допомогою t-критерію Стьюдента було встановлено, що групи жінок з низьким та середнім ППН достовірно відрізняються за неспецифічною якістю життя (MOS SF-36) та за всіма шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Тест для незалежних вибірок (t-критерій Стьюдента) при порівнянні за шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) в групах жінок з низьким та середнім ППН

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Якість життя (MOS SF-36)	t-критерій Стьюдента	7.95	94.0	<.001	21.70	1.667
Фізичний стан	t-критерій Стьюдента	5.90	94.0	<.001	2.50	1.237
Настрій	t-критерій Стьюдента	7.37	94.0	<.001	2.72	1.546
Проведення вільного часу	t-критерій Стьюдента	3.62	94.0	<.001	1.71	0.759
Любов, сексуальна активність	t-критерій Стьюдента	3.46	94.0	<.001	2.14	0.725
Повсякденна активність	t-критерій Стьюдента	4.43	94.0	<.001	1.81	0.930
Соціальна активність	t-критерій Стьюдента	2.65	94.0	0.010	1.18	0.555
Фінансове благополуччя	t-критерій Стьюдента	5.43	94.0	<.001	2.55	1.138
Умови проживання	t-критерій Стьюдента	2.66	94.0	0.009	1.21	0.557

Робота, інша зайнятість	t-критерій Стьюдента	3.77	94.0	<.001	1.70	0.790
Загальний рівень задоволеності життям	t-критерій Стьюдента	5.90	94.0	<.001	2.10	1.237
Рівень якості життя	t-критерій Стьюдента	6.67	94.0	<.001	19.63	1.399

Як бачимо з середніх за субшкалами та на коробкових діаграмах, досліджувані з низьким рівнем ППН мають вищий РЯЖ за шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) та неспецифічної якості життя (MOS SF-36) (рис. 3.8, 3.9, 3.10).

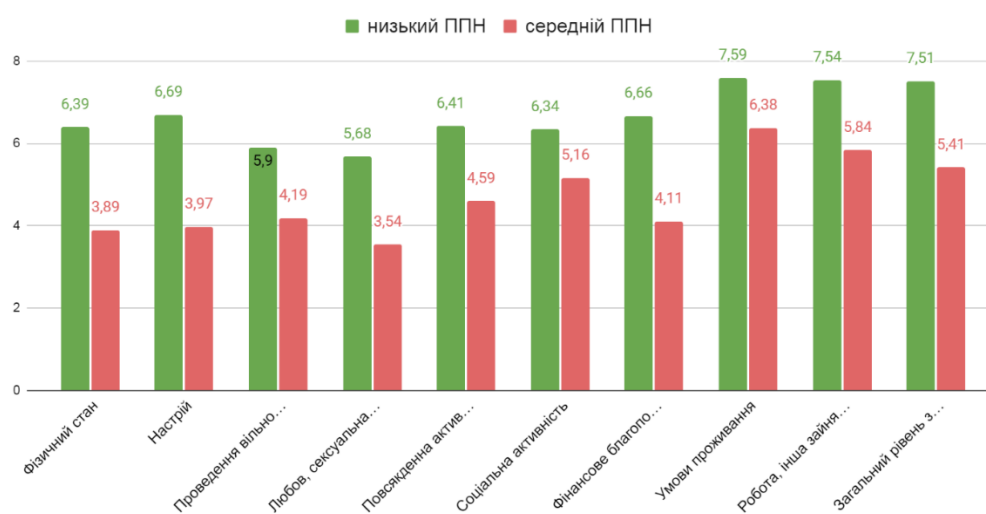


Рис. 3.8. Середні за субшкалами шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) в групах з низьким та середнім ППН

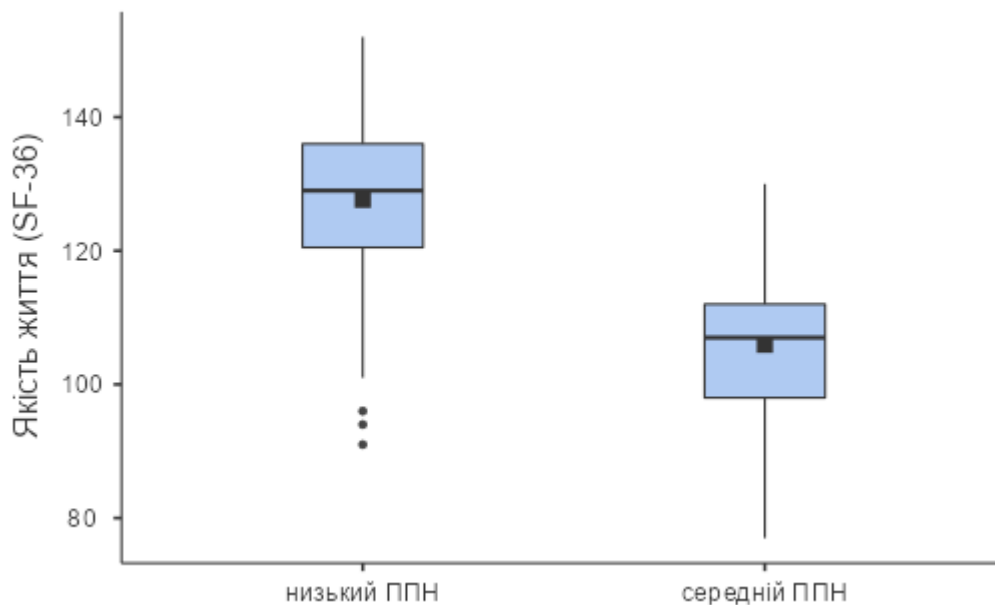


Рис. 3.9. Коробкові діаграми за шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) в групах жінок з низьким та середнім ППН

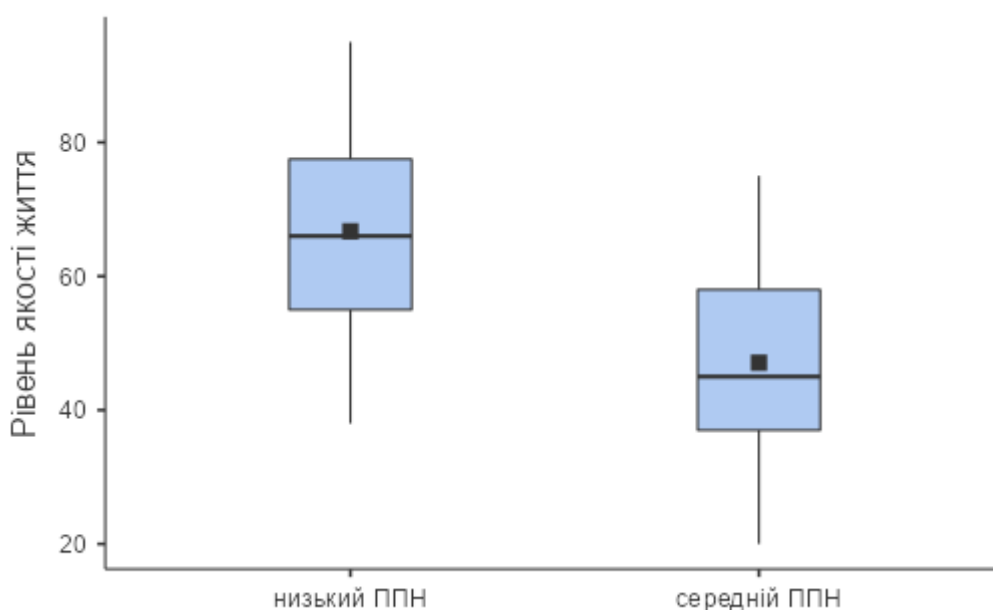


Рис. 3.10. Коробкові діаграми за інтегральною шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) в групах жінок з низьким та середнім ППН

За шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) розподіли виявились нормальними як в групі жінок з низьким, так і в групі жінок з середнім ППН, а за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) в групі жінок з низьким ППН більшість розподілів виявились не нормальними, в

той час як в групі жінок з середнім ППН приблизно половина шкал мають нормальний розподіл (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Перевірка розподілів на нормальність в групах жінок з низьким та середнім ППН за шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.)

	Критерій Шапіро-Вілکا W		p-рівень Шапіро-Вілка	
	низький ППН	середній ППН	низький ППН	середній ППН
Якість життя (MOS SF-36)	0.961	0.985	0.059	0.885
Фізичний стан	0.936	0.953	0.004	0.118
Настрій	0.950	0.936	0.017	0.036
Проведення вільного часу	0.935	0.929	0.004	0.021
Любов, сексуальна активність	0.955	0.883	0.029	0.001
Повсякденна активність	0.963	0.969	0.070	0.371
Соціальна активність	0.951	0.959	0.019	0.192
Фінансове благополуччя	0.935	0.956	0.004	0.154
Умови проживання	0.899	0.940	< .001	0.047
Робота, інша зайнятість	0.899	0.955	< .001	0.144
Загальний рівень задоволеності життям	0.906	0.951	< .001	0.103
Рівень якості життя (Чабан О.С.)	0.980	0.976	0.431	0.598

Перед тим як братись до аналізу отриманих даних, ми здійснили оцінку їхньої якості за допомогою аналізу надійності.

Шкали Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) здебільшого складаються з одного питання, що відображає суб'єктивну оцінку ЯС

кожної респондентки і призводить до неможливості переглянути узгодженість за ними. Проте для шкал, які містять хоча б два питання було здійснено оцінку за допомогою аналізу надійності.

Виявилось, що шкала латентності сну має досить гарну надійність, шкала порушень сну – сумнівну, проте близьку до достатньої. Шкала порушень денного функціонування має низький рівень надійності, проте вона складається всього лише з двох питань, які оцінюють різні аспекти функціонування: важкість не засинати під час водіння, тощо; достатність настрою задля виконання справ.

Шкала сумарного балу ЯС складається з усіх перелічених шкал, а також шкал, утворених з окремих питань. Рівень надійності за цією шкалою виявився майже достатнім (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

**Аналіз надійності для шкал Пітсбурзького опитувальника
якості сну (PSQI)**

Шкала	Альфа Кронбаха
Латентність сну	0.787
Порушення сну	0.684
Порушення денного функціонування	0.111
Сумарний бал якості сну	0.760

За індексом тяжкості інсомнії (ISI) було отримано гарну надійність. За шкалою психологічного стресу (PSM-25) – дуже гарну (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

**Аналіз надійності для індексу тяжкості інсомнії (ISI) та шкали
психологічного стресу (PSM-25)**

Шкала	Альфа Кронбаха
Індекс тяжкості інсомнії (ISI)	0.864
Шкала психологічного стресу (PSM-25)	0.942

За шкалою тривоги Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) було отримано достатній рівень надійності, для шкали депресії – практично достатній (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Аналіз надійності для Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

Шкала	Альфа Кронбаха
Тривога	0.788
Депресія	0.697

За шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) було отримано гарний рівень надійності, а за шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) – дуже гарний (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Аналіз надійності за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) та шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36)

Шкала	Альфа Кронбаха
Рівень якості життя (Чабан О.С.)	0.895
Неспецифічна якість життя (MOS SF-36)	0.934

Спираючись на результати кількох попередніх досліджень, які мали на меті виявити взаємозв'язок ЯС, ТІ і ЯЖ, під час яких респонденти з незадовільною ЯС, зокрема з симптомами безсоння, повідомляли про зниження показників ЯЖ практично по всіх шкалах неспецифічної якості життя (MOS SF-36) ми вирішили дослідити кореляційні зв'язки шкал Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) та індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.). Але найбільшу цікавість в нас викликало дослідження зв'язків саме за шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.). Ми повністю згодні з думкою Чабана О.С. (2017) у

статті «Валідизація «Шкали оцінки якості життя»»: «Хронічний стрес змінює якість життя людини. Інколи — докорінно. І ці механізми змін стосуються як зменшення амортизаційних можливостей, так і більш глобально — змінюють особистість людини. Тема розуміння значення ЯЖ перекликається з іншим поняттям — невтрачені роки життя. В будь-якому разі значення якості і наповненості життя стає вирішальним в боротьбі за здоров'я людини, особливо в ситуації, коли розв'язати патогенетичні проблеми хворої людини неможливо. А от змінити якість життя на краще — можна. Ось такий парадокс». (Чабан, Хаустова, Безшейко & Москаленко, 2017: 159,160). Впродовж 2015, 2016, 2017 років Чабаном О. С. та інш. була проведена валідизація цієї шкали на українській вибірці. В цей час українці вже знаходилися в стані війни і це не могло специфічним чином не впливати на їхню ЯЖ.

Треба відмітити, оскільки за шкалою ефективності сну Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) практично всі респондентки отримали 0 балів, що, подекуди, унеможливило проведення кореляційного аналізу за цією шкалою, ми вирішили доповнити чи замінювати дану шкалу на функцію, вираховану для неї, як частка кількості часу, необхідного для засинання, по відношенню до всього часу, проведеного в ліжку.

Зазначимо, що високі бали за шкалою Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) позначають низьку ЯС, отже чим вищий, наприклад, сумарний бал ЯС, тим гірший сон.

Таблиця 3.16

Кореляційні зв'язки шкал Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (група жінок з низьким ППН)

		Суб'єкти-вна якість сну	Латент- ність сну	Трива- лість сну	Пору- шення сну	Викори- стання снодійних ліків	Поруш. денного функці- онування	Сум. бал
Якість життя (MOS SF-36)	коэф. Спір.	-0.168	-0.025	0.029	-0.111	-0.133	-0.068	-0.178
	р	0.202	0.849	0.829	0.401	0.317	0.608	0.178
Фізичний стан	коэф. Спір.	-0.257 *	0.046	-0.101	-0.133	-0.052	-0.071	-0.183
	р	0.050	0.729	0.449	0.317	0.694	0.592	0.165
Настрій	коэф. Спір.	-0.374 **	-0.204	0.018	-0.235	-0.057	-0.180	-0.346 **
	р	0.004	0.121	0.895	0.073	0.667	0.173	0.007
Проведення вільного часу	коэф. Спір.	-0.294 *	-0.040	0.023	-0.197	-0.043	-0.080	-0.210
	р	0.024	0.762	0.867	0.135	0.747	0.548	0.111
Любов, сексуальна активність	коэф. Спір.	-0.190	-0.160	0.119	-0.077	-0.030	0.088	-0.105
	р	0.149	0.225	0.373	0.560	0.821	0.508	0.430
Повсякденна активність	коэф. Спір.	-0.253	-0.164	-0.089	-0.210	-0.051	-0.181	-0.281 *
	р	0.053	0.215	0.507	0.111	0.703	0.171	0.031
Соціальна активність	коэф. Спір.	-0.410 **	-0.081	-0.062	-0.146	-0.080	-0.227	-0.359 **
	р	0.001	0.542	0.643	0.270	0.547	0.084	0.005
Фінансове благополуччя	коэф. Спір.	-0.123	-0.219	0.146	0.088	0.030	-0.116	-0.040
	р	0.352	0.095	0.276	0.506	0.822	0.380	0.763
Умови проживання	коэф. Спір.	-0.101	-0.140	0.117	0.180	0.027	-0.147	-0.011
	р	0.445	0.289	0.380	0.173	0.842	0.266	0.935

Робота, інша зайнятість	коэф. Спір.	-0.002	0.080	0.093	0.066	0.046	-0.236	0.095
	p	0.986	0.545	0.490	0.620	0.728	0.071	0.472
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спір.	-0.211	-0.069	0.141	-0.087	-0.118	-0.213	-0.176
	p	0.108	0.603	0.290	0.512	0.372	0.105	0.182
Рівень якості життя	коэф. Спір.	-0.331 *	-0.139	0.011	-0.119	-0.056	-0.185	-0.253
	p	0.010	0.293	0.935	0.367	0.674	0.161	0.053

Шкала суб'єктивної ЯС (PSQI) негативно корелює зі шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.257*, p=0.050, настрою (коэф. Спірмена)= -0.374**, p=0.004, проведення вільного часу (коэф. Спірмена)= -0.294*, p=0.024, соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.410**, p=0.001 та шкалою РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0,331*, p=0.010.

Шкала сумарного балу ЯС негативно корелює зі шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О. С.): настрою (коэф. Спірмена)= -0.346**, p=0.007, повсякденної активності (коэф. Спірмена)= -0.281*, p=0.031 і соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.359**, p=0.005.

На контрольній вибірці жінок з низьким ППН ми можемо спостерігати зворотній зв'язок між суб'єктивною ЯС та фізичним станом, настроєм, проведенням вільного часу, соціальною активністю та загалом ЯЖ жінок. Від ЯС залежить настрій, повсякденна та соціальна активність. Хоча жінки цієї групи мали середній загальний бал ЯС – 4,76, що свідчило про гарну ЯС, тим не менш, їхня ЯС суттєво негативно впливає на настрій та соціальну активність.

Таблиця 3.17

Кореляційні зв'язки шкал Пітсбурзького опитувальника якості сну зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (група жінок з середнім ППН)

		Суб'єкти- вна якість сну	Латент- ність сну	Трива- лість сну	Ефектив- ність сну	Пору- шення сну	Викори- стання снодійних ліків	Поруш- денного функці- онування	Сум. бал
Якість життя (MOS SF-36)	коэф. Спір.	-0.373 *	-0.248	-0.196	-0.462 **	-0.343 *	-0.058	-0.260	- 0.366 *
	p	0.023	0.140	0.245	0.004	0.038	0.733	0.120	0.026
Фізичний стан	коэф. Спір.	-0.306	-0.399 *	-0.277	-0.411 *	-0.052	0.189	0.017	- 0.268
	p	0.066	0.014	0.096	0.011	0.762	0.262	0.922	0.109
Настрій	коэф. Спір.	-0.181	-0.231	0.055	-0.077	0.145	0.141	-0.226	- 0.059
	p	0.284	0.169	0.745	0.651	0.393	0.407	0.178	0.730
Проведення вільного часу	коэф. Спір.	-0.043	-0.035	-0.124	-0.056	0.332 *	-0.038	0.049	- 0.046
	p	0.803	0.838	0.465	0.741	0.045	0.823	0.775	0.787
Любов, сексуальна активність	коэф. Спір.	-0.018	-0.222	0.024	0.103	0.129	0.028	0.083	- 0.070
	p	0.914	0.187	0.889	0.546	0.446	0.871	0.623	0.683
Повсякденна активність	коэф. Спір.	-0.042	0.025	0.118	0.129	0.277	0.169	0.000	0.110
	p	0.804	0.883	0.486	0.445	0.097	0.318	0.999	0.515
Соціальна активність	коэф. Спір.	0.004	-0.088	0.009	-0.110	0.159	-0.091	0.102	- 0.034
	p	0.983	0.605	0.960	0.516	0.348	0.591	0.547	0.841
Фінансове благополуччя	коэф. Спір.	0.199	-0.003	0.012	0.072	-0.171	0.241	0.140	0.058
	p	0.238	0.984	0.944	0.671	0.312	0.151	0.408	0.735
Умови проживання	коэф. Спір.	0.358 *	0.227	0.353 *	0.183	-0.028	0.014	-0.106	0.342 *
	p	0.029	0.177	0.032	0.279	0.870	0.933	0.534	0.038
Робота, інша зайнятість	коэф. Спір.	-0.261	0.072	-0.123	0.044	0.062	0.035	0.046	- 0.057
	p	0.118	0.673	0.467	0.798	0.714	0.837	0.788	0.737

Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спір.	-0.311	-0.234	-0.143	-0.112	-0.179	0.070	0.107	- 0.239
	p	0.061	0.163	0.397	0.507	0.289	0.680	0.527	0.154
Рівень якості життя	коэф. Спір.	-0.085	-0.139	-0.012	0.001	0.144	0.148	0.036	- 0.024
	p	0.618	0.412	0.942	0.994	0.394	0.382	0.830	0.887

Шкали Пітсбурзького опитувальника ЯС (PSQI): суб'єктивна ЯС негативно корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена) = -0.373*, $p=0.023$ та позитивно зі шкалою умов проживання РЯЖ (Чабан О.С.) (коэф. Спірмена) = 0.358*, $p=0.029$; латентність сну із фізичним станом (коэф. Спірмена) = -0.399, $p=0.004$, фізичним станом (коэф. Спірмена) = -0.411* $p=0.011$; порушення сну зі НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена) = -0.343* $p=0.038$ та проведенням вільного часу (коэф. Спірмена) = 0.332*, $p=0.045$; сумарний бал ЯС зі НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена) = -0.366*, $p=0.026$, умовами проживання (коэф. Спірмена) = 0.342*, $p=0.038$.

Ми бачимо, що у групі жінок з середнім ППН відмічається погіршення загального показника ЯЖ за шкалою неспецифічної ЯЖ (MOS SF-36) при порушеннях сну та знижені рівня суб'єктивної ЯС, ефективності сну і, загалом, сумарного балу ЯС.

Латентність сну та його ефективність відображається на фізичному стані після пробудження. Тривалість сну та його загальна якість напряму залежить від умов проживання. Відмічається прямий зв'язок між порушенням сну і проведенням вільного часу. Жінки експериментальної групи мали середній загальний бал ЯС – 7,73, що свідчить про значне порушення сну. А тільки здоровий нічний сон може забезпечити «поповнення» запасу енергії та уваги, життєвих сил для якісного проведення вільного часу. Сучасні умови проживання під час війни виступають додатковим негативним чинником порушення сну.

На нашій експериментальній групі жінок з середнім ППН нам вдалося встановити середню кореляцію між окремими показниками ЯС і ЯЖ та порівняти ці результати з отриманими результатами на контрольній групі жінок з низьким ППН. Додатково ми з'ясували взаємозв'язок ЯС за шкалами Пітсбурзького опитувальника ЯС (PSQI) і ЯЖ за шкалою НЯЖ (MOS SF-36) та шкалою та її субшкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.) на всій вибірці. Було встановлено наступні статистично значущі середні та сильні кореляційні зв'язки.

Таблиця 3.18

Кореляційні зв'язки шкал Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (вся вибірка)

		Суб'єкти- вна якість сну	Латент- ність сну	Трива- лість сну	Ефектив- ність сну	Пору- шення сну	Викори- стання снодійних ліків	Поруш. денного функці- онування	Сум. бал
Якість життя (SF-36)	коэф. Спір.	-0.469 ***	-0.213 *	-0.131	-0.319 **	-0.384 ***	-0.281 **	-0.310 **	-0.467 ***
	p	< .001	0.038	0.205	0.002	< .001	0.006	0.002	< .001
Фізичний стан	коэф. Спір.	-0.453 ***	-0.200	-0.214 *	-0.359 ***	-0.296 **	-0.104	-0.209 *	-0.396 ***
	p	< .001	0.051	0.038	< .001	0.003	0.313	0.041	< .001
Настрій	коэф. Спір.	-0.482 ***	-0.311 **	-0.078	-0.218 *	-0.313 **	-0.130	-0.312 **	-0.437 ***
	p	< .001	0.002	0.453	0.033	0.002	0.205	0.002	< .001
Проведення вільного часу	коэф. Спір.	-0.347 ***	-0.135	-0.109	-0.174	-0.144	-0.142	-0.141	-0.302 **
	p	< .001	0.190	0.293	0.090	0.161	0.167	0.172	0.003
Любов, сексуальна активність	коэф. Спір.	-0.257 *	-0.231 *	-0.003	-0.055	-0.092	-0.068	-0.020	-0.223 *
	p	0.011	0.023	0.980	0.594	0.373	0.510	0.848	0.029
Повсякденна активність	коэф. Спір.	-0.319 **	-0.172	-0.060	-0.083	-0.194	-0.037	-0.200	-0.289 **
	p	0.002	0.094	0.561	0.419	0.059	0.722	0.051	0.004

Соціальна активність	коэф. Спір.	-0.356 ***	-0.128	-0.091	-0.187	-0.134	-0.144	-0.157	-0.333 ***
	p	< .001	0.212	0.379	0.068	0.193	0.162	0.127	< .001
Фінансове благополуччя	коэф. Спір.	-0.236 *	-0.229 *	0.012	-0.010	-0.186	-0.028	-0.165	-0.222 *
	p	0.021	0.025	0.909	0.920	0.069	0.789	0.107	0.029
Умови проживання	коэф. Спір.	-0.076	-0.072	0.164	0.076	-0.006	-0.048	-0.212 *	-0.027
	p	0.461	0.487	0.113	0.463	0.957	0.641	0.038	0.794
Робота, інша зайнятість	коэф. Спір.	-0.263 **	-0.012	-0.046	-0.001	-0.096	-0.051	-0.236 *	-0.142
	p	0.010	0.907	0.659	0.996	0.350	0.624	0.021	0.166
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спір.	-0.450 ***	-0.257 *	-0.063	-0.223 *	-0.266 **	-0.178	-0.234 *	-0.399 ***
	p	< .001	0.011	0.545	0.029	0.009	0.082	0.022	< .001
Рівень якості життя	коэф. Спір.	-0.447 ***	-0.246 *	-0.093	-0.166	-0.235 *	-0.130	-0.239 *	-0.387 ***
	p	< .001	0.015	0.372	0.106	0.021	0.208	0.019	< .001

Шкала Пітсбурзького опитувальника ЯС (PSQI) суб'єктивна ЯС негативно корелює зі шкалою неспецифічної ЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена= -0.469^{***} , $p < .001$, шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.453^{***} , $p < .001$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.482^{***} , $p < .001$, проведення вільного часу (коэф. Спірмена)= -0.347^{***} , $p < .001$, любові і сексуальної активності (коэф. Спірмена)= -0.257^* , $p = 0.011$, повсякденної активності (коэф. Спірмена) = -0.319^{**} , $p = 0.002$, соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.356^{***} , $p < .001$, фінансового благополуччя (коэф. Спірмена)= -0.236^* , $p = 0.021$, роботи і іншої зайнятості (коэф. Спірмена)= -0.236^{**} , $p = 0.010$ загального рівня задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.450^{***} , $p < .001$, РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.447^{**} , $p < .001$.

Шкала латентності сну (PSQI)- зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена) = -0.213^* , $p = 0.038$; шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): настрою (коэф. Спірмена)= -0.311^{**} , $p = 0.002$, любові і сексуальної активності (коэф. Спірмена)= -0.231^* , $p = 0.023$, фінансового благополуччя (коэф. Спірмена)= -0.229^* , $p = 0.025$, загального рівня задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.257^* , $p = 0.011$, РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.246^* , $p = 0.015$.

Шкала тривалості сну (PSQI) зі субшкалою оцінки РЯЖ (Чабан О.С.)- фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.214^* , $p = 0.038$.

Шкала ефективності сну PSQI)- зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.319^{**} , $p = 0.002$; шкалами РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.359^{***} , $p < .001$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.218^* , $p = 0.033$, загального рівня задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.223^* , $p = 0.029$.

Шкала порушень сну (PSQI)- зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.384^{***} , $p<.001$; шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.296^{**} , $p=0.003$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.313^{**} , $p=0.002$, загального рівня задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.266^{**} , $p=0.009$ та РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.235^* , $p=0.021$.

Шкала використання снодійних ліків (PSQI)- зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.281^{**} , $p=0.006$.

Шкала порушення денного функціонування (PSQI) - зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.310^{**} , $p=0.002$; шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.209^* , $p=0.041$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.312^{**} , $p=0.002$, умов проживання (коэф. Спірмена)= -0.212^* , $p=0.038$, роботи і іншої зайнятості (коэф. Спірмена)= -0.236^* , $p=0.021$, загального рівня задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.234^* , $p=0.022$ та РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.239^* , $p=0.019$.

Шкала сумарного балу ЯС (PSQI) - зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.467^{***} , $p<.001$; шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.396^{***} , $p<.001$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.437^{***} , $p<.001$, проведення вільного часу (коэф. Спірмена)= -0.302^{**} , $p=0.003$, любові і сексуальної активності (коэф. Спірмена)= -0.223^* , $p=0.029$, повсякденної активності (коэф. Спірмена)= -0.289^{**} , $p=0.004$, соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.333^{***} , $p<.001$, фінансового благополуччя (коэф. Спірмена)= -0.222^* , $p=0.029$, загального рівня задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.399^{***} , $p<.001$ та РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.387^{***} , $p<.001$.

Встановлені кореляційні зв'язки між шкалами ЯС і ЯЖ на всій вибірці відображають картину взаємозв'язку ЯС і ЯЖ: через низьку суб'єктивну ЯС знижується рівень ЯЖ, зокрема погіршується фізичний стан жінки, погіршується настрій і відбуваються зміни у проведенні вільного часу, любові і сексуальної, повсякденної, соціальної активності, фінансовому благополуччі, роботі і іншій зайнятості, загальному рівні задоволеності життям і навпаки.

Довший час засинання є взаємопов'язаним із загальним рівнем задоволеності життям та РЯЖ, зокрема з настроєм, любов'ю і сексуальною активністю, фінансовим благополуччям.

Чим менша тривалість сну тим гірше фізичний стан жінки і навпаки, поганий фізичний стан впливає на тривалість сну.

Незадовільна ефективність сну погіршує ЯЖ і, зокрема, фізичний стан, настрій та загальний рівень задоволеності життям.

Порушення сну безумовно відображаються на ЯЖ та загальному рівні задоволеності життям, зокрема, на фізичному стані, настрої і навпаки.

Використання снодійних ліків негативно впливає на ЯЖ, так і зниження показників ЯЖ часто приводить жінок до ідеї розв'язання проблем зі сном за рахунок самолікування. Не треба забувати, що більшість снодійних викликає залежність і не веде до природнього сну, а мають притуплюючий вплив. Наразі у світі відмічається просто таки епідемія використання цих ліків.

Порушення денного функціонування є суттєвою ознакою незадовільної ЯЖ, зокрема поганих фізичного стану і настрою, проблем з роботою та іншою зайнятістю, що безумовно відображається на загальному рівні задоволеності життям. При цьому відмічається взаємозв'язок між цим показником і умовами проживання.

Загалом незадовільна ЯС тісно взаємопов'язана з ЯЖ жінки і веде до негативних змін фізичного стану, погіршенню настрою впродовж дня, відбивається на важливих аспектах життя: проведенні вільного часу, любові, сексуальної, повсякденної та соціальної активності, фінансовому благополуччі і призводить до незадоволеності життям. Новітні МРТ-дослідження підтвердили факт злагодженої роботи префронтальної кори і мигдалеподібного тіла під час сну, та коли людина не має задовільної ЯС, цей зв'язок суттєво послаблюється, що не може не відобразитися на фізичному стані і ЯЖ загалом (Вокер, 2022).

Проаналізувавши сучасні джерела ми вирішили обов'язково дослідити кореляційні зв'язки між ІТІ та шкалою НЯЖ (MOS SF-36) та шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.). Приблизно 30 % дорослих з різних країн повідомляють про один або два симптоми інсомнії. Жіноча стать та вік - найбільш поширені фактори ризику (Thomas, 2019).

Таблиця 3.19

Кореляційні зв'язки індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (група жінок з низьким ППН)

		Інсомнія
Якість життя (MOS SF-36)	коеф. Спірмена	-0.193
	p	0.144
Фізичний стан	коеф. Спірмена	-0.169
	p	0.200
Настрій	коеф. Спірмена	-0.414 **
	p	0.001
Проведення вільного часу	коеф. Спірмена	-0.246
	p	0.061
Любов, сексуальна активність	коеф. Спірмена	-0.231

	p	0.079
Повсякденна активність	коэф. Спірмена	-0.192
	p	0.146
Соціальна активність	коэф. Спірмена	-0.289 *
	p	0.026
Фінансове благополуччя	коэф. Спірмена	0.001
	p	0.993
Умови проживання	коэф. Спірмена	0.006
	p	0.964
Робота, інша зайнятість	коэф. Спірмена	-0.011
	p	0.935
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спірмена	-0.162
	p	0.221
Рівень якості життя	коэф. Спірмена	-0.277 *
	p	0.034

Шкала ІТІ негативно корелює зі шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): настрою (коэф. Спірмена) = -0.414**, $p=0.001$, соціальної активності (коэф. Спірмена) = -0.289*, $p=0.026$, та загальним балом РЯЖ (коэф. Спірмена) = -0.277*, $p=0.034$.

На контрольній групі жінок з низьким ППН спостерігаємо зворотній зв'язок між рівнем ТІ (середній бал ТІ – 8,25, що відповідає нормі) та настроєм (середній), соціальною активністю (слабкий) вдень після пробудження та з загальним балом РЯЖ (слабкий). Навіть за наявності незначних ознак безсоння спостерігаємо негативні денні наслідки, що підтверджується результатами попередніх досліджень.

Таблиця 3.20

Кореляційні зв'язки індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (жінки з середнім ППН)

		Інсомнія
Якість життя (SF-36)	коэф. Спірмена	-0.361 *
	p	0.028
Фізичний стан	коэф. Спірмена	-0.268
	p	0.109
Настрій	коэф. Спірмена	-0.075
	p	0.658
Проведення вільного часу	коэф. Спірмена	0.036
	p	0.833
Любов, сексуальна активність	коэф. Спірмена	-0.080
	p	0.639
Повсякденна активність	коэф. Спірмена	0.047
	p	0.782
Соціальна активність	коэф. Спірмена	-0.012
	p	0.942
Фінансове благополуччя	коэф. Спірмена	-0.033
	p	0.847
Умови проживання	коэф. Спірмена	0.152
	p	0.369
Робота, інша зайнятість	коэф. Спірмена	-0.109
	p	0.520
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спірмена	-0.275
	p	0.099
Рівень якості життя	коэф. Спірмена	-0.067
	p	0.692

ТІ негативно корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36)- (коэф. Спірмена) = -0.361*, $p=0.028$.

Жінки контрольної групи з низьким ППН мали середній бал ТІ – 13,9, що відповідає підпороговому безсонню. Отриманий результат підтверджує висновки низки проаналізованих попередніх досліджень, під час яких у всіх респондентів з симптомами інсомнії відмічалися зміни всіх показників ЯЖ за шкалою НЯЖ (MOS SF-36): фізичне функціонування (physical functions), рольове фізичне функціонування (role physical functions), шкала болю (bodily pain), загальний стан здоров'я (general health), шкала життєздатності (vitality), шкала соціального функціонування (social functions), рольове емоційне функціонування (role emotional functions), психологічне здоров'я (mental health).

Таблиця 3.21

Кореляційні зв'язки індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (вся вибірка)

		Інсомнія
Якість життя (MOS SF-36)	коэф. Спірмена	-0.472 ***
	p	< .001
Фізичний стан	коэф. Спірмена	-0.414 ***
	p	< .001
Настрій	коэф. Спірмена	-0.505 ***
	p	< .001
Проведення вільного часу	коэф. Спірмена	-0.318 **
	p	0.002
Любов, сексуальна активність	коэф. Спірмена	-0.291 **
	p	0.004
Повсякденна активність	коэф. Спірмена	-0.318 **

	p	0.002
Соціальна активність	коэф. Спірмена	-0.314 **
	p	0.002
Фінансове благополуччя	коэф. Спірмена	-0.245 *
	p	0.016
Умови проживання	коэф. Спірмена	-0.102
	p	0.321
Робота, інша зайнятість	коэф. Спірмена	-0.260 *
	p	0.011
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спірмена	-0.430 ***
	p	< .001
Рівень якості життя	коэф. Спірмена	-0.450 ***
	p	< .001

ІТІ корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.472***, $p < .001$, шкалами РЯЖ: фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.414***, $p < .001$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.505***, $p < .001$, проведення вільного часу (коэф. Спірмена)= -0.318**, $p = 0.002$, любові і сексуальної активності (коэф. Спірмена)= -0.291**, $p = 0.004$, повсякденної активності (коэф. Спірмена)= -0.318**, $p = 0.002$, соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.314**, $p = 0.002$, фінансового благополуччя (коэф. Спірмена)= -0.245*, $p = 0.016$, роботи і іншої зайнятості (коэф. Спірмена)= -0.260*, $p = 0.011$, ЗРЗЖ (коэф. Спірмена)= -0.430***, $p < .001$, РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.450***, $p < .001$.

На всій вибірці виразно помітний зворотній зв'язок між рівнем ТІ та ЯЖ, зокрема, між настроєм вдень після пробудження, проведенням вільного часу, любов'ю, сексуальною, повсякденною і соціальною активністю, фінансовим благополуччям, роботою та іншою зайнятістю.

Інсомнію розглядають як симптом і як ознаку. Однак, інсомнія як розлад характеризується негативними наслідками на здоров'я і не тільки,

важливо, що ці наслідки є результатом патологічної реакції. Нагадаємо, що під час дослідження при порівнянні результатів (MOS SF-36) у групах пацієнтів з легким та високим ІТІ з групами пацієнтів з діагнозами депресія та хронічна серцева недостатність. Пацієнти з високим ІТІ мали чисельно більшу втрату функцій, ніж пацієнти з хронічною серцевою недостатністю через повідомлення про біль, емоційні гойдалки та наслідки на психічне здоров'я. Крім того, пацієнти з інсомнією мали більше фізичних проблем, ніж пацієнти з депресією (Rods, 2019).

Інші дослідження виявили, що серед денних наслідків інсомнії відмічається збільшення випадків, які реально виступають ризиком для здоров'я і життя людини. Люди, які страждають на інсомнію в 2,5-4,5 разів частіше, ніж ті, хто на неї не страждає, потрапляють в автомобільні катастрофи та є винуватцями виробничих аварій (Valter, 1992; Leger, 2002). Респонденти з інсомнією, на відміну від добре сплячих, мають зниження продуктивності на роботі та є частіш відсутніми на роботі через проблеми зі здоров'ям. Показники прогулів, зниження концентрації, труднощів у виконанні обов'язків, днів обмеженої активності через хворобу, проведених в ліжку приблизно вдвічі більші серед людей з симптомами інсомнії порівняно з тими, хто на неї не страждає. Крім того, середні загальні витрати на охорону здоров'я є на 60% вищими в групі респондентів з безсонням порівняно з добре сплячими (Kupperman et al, 1995).

Наступним етапом ми з'ясували кореляційні зв'язки між шкалами тривоги і депресії Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), ІТІ (ISI) та шкалами Пітсбурзького опитувальника ЯС (PSQI), шкалою НЯЖ (MOS SF-36), шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.). Результати кількох мета-аналізів встановили найбільшу коморбідність порушень сну з тривожними та депресивними розладами. Взаємозв'язок яких є двоспрямованим і, які можуть суттєво впливати на перебіг один одного, результати лікування та виникнення рецидиву і ЯЖ взагалі. Ми відштовхнулися від даних, що у

березні 2022 року з 801 дорослого українця - 52,7% вже мали симптоми психологічного стресу, 54,1% – симптоми тривоги, 46,8% – симптоми депресії, 12,1% – симптоми безсоння (Xu et al, 2023).

Таблиця 3.22

Кореляційні зв'язки Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалами Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) (жінки з низьким ППН)

		Тривога	Депресія	Інсомнія
Інсомнія	коэф. Спірмена	0.282 *	0.301 *	—
	p	0.031	0.020	—
Суб'єктивна якість сну	коэф. Спірмена	0.223	0.249	0.682 ***
	p	0.090	0.057	< .001
Латентність сну	коэф. Спірмена	0.250	0.221	0.572 ***
	p	0.056	0.093	< .001
Тривалість сну	коэф. Спірмена	0.083	0.152	0.254
	p	0.535	0.256	0.054
Ефективність сну - частка	коэф. Спірмена	0.292 *	0.403 **	0.508 ***
	p	0.025	0.002	< .001
Порушення сну	коэф. Спірмена	0.122	0.057	0.543 ***
	p	0.359	0.667	< .001
Використання снодійних ліків	коэф. Спірмена	0.269 *	0.067	0.179
	p	0.039	0.615	0.175
Порушення денного функціонування	коэф. Спірмена	-0.028	0.078	0.268 *
	p	0.832	0.558	0.040
Сумарний бал якості сну	коэф. Спірмена	0.386 **	0.303 *	0.729 ***
	p	0.003	0.020	< .001

Шкала тривоги (HADS) позитивно корелює із ITI (ISI) (коэф. Спірмена)=0.282*, $p=0.031$ та шкалами (PSQI): ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.292*, $p=0.025$, використання снодійних ліків (коэф. Спірмена)=0.269*, $p=0.039$, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.386**, $p=0.003$.

Шкала депресії (HADS) позитивно корелює із ITI (ISI) (коэф. Спірмена)=0.301*, $p=0.020$ та шкалами (PSQI): ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.403**, $p=0.002$, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.303*, $p=0.020$.

ITI (ISI) корелює зі шкалами (PSQI): суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)=0.682***, $p<.001$, латентності сну (коэф. Спірмена)=0.562***, $p<.001$, ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.508***, $p<.001$, порушень сну (коэф. Спірмена)=0.543***, $p<.001$, порушень денного функціонування (коэф. Спірмена)=0.268*, $p=0.040$, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.729***, $p<.001$.

На контрольній групі жінок з низьким ППН виявлено позитивні слабкі зв'язки між тривогою (середній бал – 6,49, що відповідає нормі) та TI, ефективністю сну, використанням снодійних ліків та позитивний середній зв'язок між ЯС загалом. Також встановлені позитивні середні зв'язки між депресією та TI, ефективністю сну та ЯС загалом.

Не дивлячись на те, що жінки цієї групи мали середній бал TI - 8,25, що відповідає нормі, встановлено наступне. Чим більш виражені прояви інсомнії тим гірша суб'єктивна ЯС та його ефективність, довший час засинання, більше супутніх порушень сну та денного функціонування та ЯС загалом. Досвід людей, які мають труднощі з засинанням, та експерименти доводять, що тривога, яка викликана цими труднощами є додатковим чинником затримки сну. Тривога є пусковим механізмом для гіперактивації стресової системи мозку, що призводить до переживань,

появі негативних думок і румінацій, психічної напруженості. Все це ускладнює засинання і є наслідком труднощів під час денного функціонування.

Таблиця 3.23

Кореляційні зв'язки Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалами Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) (жінки з середнім ППН)

		Тривога	Депресія	Інсомнія
Інсомнія	коэф. Спірмена	0.289	0.155	—
	p	0.083	0.358	—
Суб'єктивна якість сну	коэф. Спірмена	-0.016	0.339 *	0.444 **
	p	0.923	0.040	0.006
Латентність сну	коэф. Спірмена	0.148	0.037	0.545 ***
	p	0.383	0.826	< .001
Тривалість сну	коэф. Спірмена	-0.064	0.086	0.448 **
	p	0.708	0.613	0.005
Ефективність сну	коэф. Спірмена	0.264	0.089	0.529 ***
	p	0.114	0.601	< .001
Ефективність сну - частка	коэф. Спірмена	0.180	-0.011	0.562 ***
	p	0.288	0.951	< .001
Порушення сну	коэф. Спірмена	0.086	0.073	0.450 **
	p	0.612	0.667	0.005
Використання снодійних ліків	коэф. Спірмена	-0.259	-0.120	0.254
	p	0.122	0.480	0.129
Порушення денного функціонування	коэф. Спірмена	0.103	0.325 *	0.203
	p	0.546	0.050	0.229

Сумарний бал якості сну	коэф. Спірмена	0.016	0.158	0.635***
	p	0.923	0.351	< .001

Шкала депресії (HADS) корелює зі шкалами (PSQI): суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)=0.339*, $p=0.040$, порушень денного функціонування (коэф. Спірмена)=0.325*, $p=0.050$.

ІТІ (ISI) корелює зі шкалами PSQI: суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)=0.444**, $p=0.006$, латентності сну (коэф. Спірмена)=0.545***, $p<.001$, тривалості сну (коэф. Спірмена)=0.448**, $p=0.005$, ефективності сну (коэф. Спірмена)=0.529***, $p<.001$, ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.562***, $p<.001$, порушень сну (коэф. Спірмена)=0.450**, $p=0.005$, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.635***, $p<.001$.

На нашій експериментальній групі жінок з середнім ППН було встановлено позитивний зв'язок між депресією (середній бал – 5,02, що відповідає нормі) та суб'єктивною ЯС, порушеннями денного функціонування. Негативні зміни у ЯС при наявності депресії можуть привести до неадаптивних звичок, наприклад, нерегулярний графік сну і неспанья, що в свою чергу може призводити до порушень денного функціонування: втоми, низької працездатності.

Чим тяжчі симптоми інсомнії тим гірша суб'єктивна ЯС і ЯС загалом, довша затримка сну та менша його тривалість, нижче ефективність сну, більше порушень сну.

Таблиця 3.24

Кореляційні зв'язки Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), індексу тяжкості інсомнії (ISI) зі шкалами Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) (вся вибірка)

		Тривога	Депресія	Інсомнія
Інсомнія	коэф. Спірмена	0.479 ***	0.424 ***	—
	p	< .001	< .001	—
Суб'єктивна якість сну	коэф. Спірмена	0.367 ***	0.458 ***	0.726 ***
	p	< .001	< .001	< .001
Латентність сну	коэф. Спірмена	0.293 **	0.238 *	0.581 ***
	p	0.004	0.020	< .001
Тривалість сну	коэф. Спірмена	0.105	0.183	0.345 ***
	p	0.313	0.077	< .001
Ефективність сну	коэф. Спірмена	0.295 **	0.207 *	0.321 **
	p	0.004	0.043	0.001
Ефективність сну - частка	коэф. Спірмена	0.296 **	0.304 **	0.521 ***
	p	0.003	0.003	< .001
Порушення сну	коэф. Спірмена	0.318 **	0.246 *	0.576 ***
	p	0.002	0.016	< .001
Використання снодійних ліків	коэф. Спірмена	0.218 *	0.135	0.298 **
	p	0.033	0.191	0.003
Порушення денного функціонування	коэф. Спірмена	0.160	0.266 **	0.329 **
	p	0.120	0.009	0.001
Сумарний бал якості сну	коэф. Спірмена	0.470 ***	0.425 ***	0.764 ***

	p	< .001	< .001	< .001
Шкала тривоги (HADS) корелює із ІТІ (ISI) (коэф. Спірмена)=0.479***, p<.001 та шкалами PSQI: суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)=0.367***, p<.001, латентності сну (коэф. Спірмена)=0.293**, p=0.004, ефективності сну (коэф. Спірмена)=0.295**, p=0.004, ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.296**, p=0.003, порушень сну (коэф. Спірмена)=0.318**, p=0.002, використання снодійних ліків (коэф. Спірмена)=0.218*, p=0.033, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.470***, p<.001.				

Шкала депресії корелює із ІТІ (ISI) (коэф. Спірмена)=0.424***, p<.001 та шкалами PSQI: суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)=0.458***, p <.001, латентності сну (коэф. Спірмена)=0.238*, p=0.020, ефективності сну (коэф. Спірмена)=0.207*, p=0.043, ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.304**, p=0.003, порушень сну (коэф. Спірмена)=0.246*, p=0,016, порушень денного функціонування (коэф. Спірмена)=0.266**, p=0.009, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.425***, p <.001.

ІТІ корелює зі шкалами PSQI: суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)=0.726***, p<.001, латентності сну (коэф. Спірмена)=0.581***, p <.001, тривалості сну (коэф. Спірмена)=0.345***, p <.001, ефективності сну (коэф. Спірмена)=0.321**, p= 0.001, ефективності сну-частка (коэф. Спірмена)=0.521***, p<.001, порушень сну (коэф. Спірмена)=0.576***, p<.001, використання снодійних ліків (коэф. Спірмена)=0.298**, p=0.003, порушень денного функціонування (коэф. Спірмена)=0.329**, p=0.001, сумарного балу ЯС (коэф. Спірмена)=0.764 ***, p <.001.

На загальній вибірці жінок визначено позитивні зв'язки між тривогою та суб'єктивною та ЯС загалом, затримкою засинання, ефективністю сну, порушеннями сну та використанням снодійних ліків. Також встановлені прямі зв'язки між депресією та суб'єктивною і ЯС загалом, довшим часом засинання, ефективністю сну, порушеннями сну та денним

функціонуванням. Знов спостерігаємо зв'язок між тривогою та використанням снодійних; депресією та порушенням денного функціонування. Тривожні жінки більш схильні до прийому снодійних чим жінки з ознаками депресії, а жінки з ознаками депресії мають значні проблеми вдень, через порушений сон (зрушення циклів сну, фрагментований сон, занадто раннє пробудження).

Чим тяжчі симптоми інсомнії тим гірша суб'єктивна та ЯС загалом, довший час засинання, менша тривалість сну, гірша його ефективність, більше супутніх порушень сну та порушень денного функціонування, частіше використовуються снодійні ліки.

Сон регулюється циркадним процесом і керується, так званим «дефіцитом сну», завдяки якому людина відчуває неминучий потяг до сну, чим довше вона не спить. При депресії та тривозі спостерігається менше накопичення сонливості, порушення циркадних ритмів та порушення сну загалом (Argyle, 2001). Порушення сну, справді, особливо відмічаються у людей з депресією і (чи) можуть бути передвісниками депресивних епізодів (Baueer, 2006). Зміни у ЯС при наявності депресії включають в себе зміни у циклах сну, фрагментований сон, меншу кількість епізодів швидкого руху очей під час сну та раннє ранкове пробудження (Nutt, 2008). Порушення сну, зокрема інсомнія, може бути спровокованими стресом за сприянням психологічних та біологічних факторів. Інсомнія може керувати сама та керуватися емоційним та когнітивним збудженням. Це призводить до дисфункційних когніцій, неадаптивних звичок (довгий денний сон та нерегулярний графік сну і неспанья) та наслідків цих факторів, включаючи втому, погіршення настрою, порушення в соціальній активності, продуктивності на роботі. Всі ці вищенаведені фактори взаємодіють і провокують один одного та погіршують ЯС (Morin et al., 2015). Незадовільна ЯС також пов'язана з накопиченням в мозку продуктів життєдіяльності, які, зазвичай, утилізуються під час сну, підвищеним

нейрозапаленням і зниженням зв'язку між мигдалеподібним тілом і медіальною префронтальною корою, ділянками мозку, пов'язаними зі стресом і емоційною регуляцією. Також спостерігається знижена активація префронтальної кори і голови хвостатого тіла, що супроводжується надмірною активацією системи збудження (Morin et al., 1993). До того ж виявилось, що у людей з порушеннями сну, зокрема з безсонням, є проблеми зі швидким сном. Ці проблеми подібні до таких, що спостерігаються при депресії. При цьому порушується «переробка» емоцій з відповідною триваючою активацією мигдалеподібного тіла (Wassing et al., 2019). При тривозі також спостерігається гіперактивація стресової системи мозку, що включає медіальну префронтальну кору, гіпокамп та мигдалеподібне тіло, а також запальну активацію. Один метааналіз показав, що безсоння провокує 2-3-кратний ризик розвитку тривоги (Michopoulos et al., 2016). ЯС може погіршуватися за рахунок факторів тривоги: занепокоєння, психічної напруженості, негативного мислення та румінацій, і, у свою чергу, може підживлювати ці фактори (Hertenstein et al., 2019).

Клінічна інсомнія може викликати гіперпильність та надмірну когнітивну стимуляцію, що призводить до розвитку та загостренню тривоги. Виявлено зв'язок між низькою стресостійкістю, емоційною дисрегуляцією та когнітивним навантаженням перед сном. Є також докази, що нейрозапалення, пов'язане з інсомнією, можна додати до факторів, які пов'язані з тривогою (Palagini et al., 2022). Це цілком зрозуміло, оскільки в регіонах мозку спостерігається дублювання функцій, що беруть участь як у тривозі, так і в безсонні, такі як префронтальна кора, передня поясна кора і мигдалеподібне тіло (Richards, Kanady, & Neylan, 2019).

Таблиця 3.25

Кореляційні зв'язки Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36), шкалами оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (жінки з низьким ППН)

		Тривога	Депресія
Якість життя (MOS SF-36)	коэф. Спірмена	-0.585 ***	-0.561 ***
	p	< .001	< .001
Фізичний стан	коэф. Спірмена	-0.196	-0.292 *
	p	0.137	0.025
Настрій	коэф. Спірмена	-0.351 **	-0.349 **
	p	0.006	0.007
Проведення вільного часу	коэф. Спірмена	-0.126	-0.336 **
	p	0.342	0.009
Любов, сексуальна активність	коэф. Спірмена	-0.322 *	-0.456 ***
	p	0.013	< .001
Повсякденна активність	коэф. Спірмена	-0.159	-0.293 *
	p	0.229	0.024
Соціальна активність	коэф. Спірмена	-0.266 *	-0.378 **
	p	0.042	0.003
Фінансове благополуччя	коэф. Спірмена	-0.116	-0.283 *
	p	0.382	0.030
Умови проживання	коэф. Спірмена	-0.153	-0.202
	p	0.247	0.126
Робота, інша зайнятість	коэф. Спірмена	-0.006	-0.177
	p	0.965	0.180
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спірмена	-0.316 *	-0.414 **
	p	0.015	0.001
Рівень якості життя	коэф. Спірмена	-0.292 *	-0.492 ***
	p	0.025	< .001

Шкала тривоги (HADS) корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.585***, $p < .001$ та шкалами РЯЖ (Чабан О.С.): настрою (коэф. Спірмена)= -0.351**, $p = 0.006$, любові і сексуальної активності (коэф. Спірмена)= -0.322*, $p = 0.013$, соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.266*, $p = 0.042$, загальним рівнем задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.316*, $p = 0,015$, РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.292*, $p = 0.025$.

Шкала депресії (HADS) корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коэф. Спірмена)= -0.561***, $p < .001$ та шкалами РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коэф. Спірмена)= -0.292*, $p = 0.025$, настрою (коэф. Спірмена)= -0.349**, $p = 0.007$, проведення вільного часу (коэф. Спірмена)= -0.336**, $p = 0.009$, любові і сексуальної активності (коэф. Спірмена)= -0.456***, $p < .001$, повсякденної активності (коэф. Спірмена)= -0.293*, $p = 0.024$, соціальної активності (коэф. Спірмена)= -0.378**, $p = 0.003$, фінансового благополуччя (коэф. Спірмена)= -0.283*, $p = 0.030$, загальним рівнем задоволеності життям (коэф. Спірмена)= -0.414**, $p = 0.001$, РЯЖ (коэф. Спірмена)= -0.492***, $p < .001$.

На контрольній групі жінок з низьким ППН визначено вплив тривоги (середній бал – 6,49, що відповідає нормі) на настрій, любовні та сексуальні стосунки, соціальну активність та задоволеність життям, що, загалом, суттєво погіршує ЯЖ. Депресія (середній бал – 5,02, що відповідає нормі) теж впливає на фізичний стан, суттєво на настрій, якість проведення вільного часу, любовні та сексуальні стосунки, повсякденну та соціальну активність, фінансове благополуччя та задоволеність життям, що призводить до суттєвого зниження ЯЖ загалом.

Таблиця 3.26

Кореляційні зв'язки Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (середній ППН)

		Тривога	Депресія
Якість життя (MOS SF-36)	коэф. Спірмена	-0.301	-0.578 ***
	p	0.070	< .001
Фізичний стан	коэф. Спірмена	-0.295	-0.328 *
	p	0.076	0.048
Настрій	коэф. Спірмена	-0.371 *	-0.473 **
	p	0.024	0.003
Проведення вільного часу	коэф. Спірмена	-0.211	-0.280
	p	0.210	0.093
Любов, сексуальна активність	коэф. Спірмена	-0.102	-0.408 *
	p	0.548	0.012
Повсякденна активність	коэф. Спірмена	0.021	-0.115
	p	0.901	0.499
Соціальна активність	коэф. Спірмена	-0.052	-0.079
	p	0.762	0.642
Фінансове благополуччя	коэф. Спірмена	-0.025	-0.108
	p	0.882	0.524
Умови проживання	коэф. Спірмена	0.046	-0.078
	p	0.785	0.645
Робота, інша зайнятість	коэф. Спірмена	0.029	-0.247
	p	0.866	0.140
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спірмена	-0.354 *	-0.446 **
	p	0.032	0.006
Рівень якості життя	коэф. Спірмена	-0.177	-0.407 *
	p	0.295	0.012

Шкала тривоги (HADS) корелює зі шкалами РЯЖ (Чабан О.С.): настрою (коеф. Спірмена)= -0.371^* , $p=0.024$, загальним рівнем задоволеності життям (коеф. Спірмена)= -0.354^* , $p=0.032$.

Шкала депресії (HADS) корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коеф. Спірмена)= -0.578^{***} , $p<.001$ та шкалами РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коеф. Спірмена)= -0.328^* , $p=0.048$, настрою (коеф. Спірмена)= -0.473^{**} , $p=0.003$, любові і сексуальної активності (коеф. Спірмена)= -0.408^* , $p=0.012$, загальним рівнем задоволеності життям (коеф. Спірмена)= -0.446^{**} , $p=0.006$, РЯЖ (коеф. Спірмена)= -0.407^* , $p=0.012$.

На експериментальній групі жінок з середнім ППН встановлено. Тривога (середній бал - 10,5, що відповідає легкому ступеню тяжкості) негативним чином впливає на настрій та задоволеність життям, що погіршує ЯЖ. Депресія (середній бал - 8,27, що відповідає нормі) негативно впливає на фізичний стан, настрій, любов та сексуальну активність, що призводить до незадоволеності життям та знижує ЯЖ загалом. Не дивлячись на те, що жінки в середньому не мають ознак депресії ми спостерігаємо ознаки ангедонії, можливо, проблеми в сексуальній сфері (низький сексуальний потяг, або його відсутність та інше). Ми припускаємо, що навіть, легкій ступень тривоги «забезпечує» перепади в настрої, купу негативних думок та переживань про незрозуміле майбутнє, виникнення страху повторення пережитого негативного досвіду. В реаліях сьогодення, жінки не в змозі задовольнити базову потребу у безпеці, що критично погіршує їхню ЯЖ.

Таблиця 3.27

Кореляційні зв'язки Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) зі шкалою неспецифічної якості життя (MOS SF-36) та шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (вся вибірка)

		Тривога	Депресія
Якість життя (MOS SF-36)	коэф. Спірмена	-0.662 ***	-0.660 ***
	p	< .001	< .001
Фізичний стан	коэф. Спірмена	-0.455 ***	-0.448 ***
	p	< .001	< .001
Настрій	коэф. Спірмена	-0.573 ***	-0.553 ***
	p	< .001	< .001
Проведення вільного часу	коэф. Спірмена	-0.341 ***	-0.451 ***
	p	< .001	< .001
Любов, сексуальна активність	коэф. Спірмена	-0.364 ***	-0.506 ***
	p	< .001	< .001
Повсякденна активність	коэф. Спірмена	-0.291 **	-0.346 ***
	p	0.004	< .001
Соціальна активність	коэф. Спірмена	-0.332 ***	-0.374 ***
	p	< .001	< .001
Фінансове благополуччя	коэф. Спірмена	-0.355 ***	-0.418 ***
	p	< .001	< .001
Умови проживання	коэф. Спірмена	-0.221 *	-0.256 *
	p	0.031	0.012
Робота, інша зайнятість	коэф. Спірмена	-0.204 *	-0.332 ***
	p	0.046	< .001
Загальний рівень задоволеності життям	коэф. Спірмена	-0.568 ***	-0.592 ***
	p	< .001	< .001
Рівень якості життя	коэф. Спірмена	-0.506 ***	-0.612 ***
	p	< .001	< .001

Шкала тривоги (HADS) корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коєф. Спірмена)= -0.662***, $p < .001$ та шкалами оцінки РЯЖ (Чабан О.С.): фізичного стану (коєф. Спірмена)= -0.455***, $p < .001$, настрою (коєф. Спірмена)= -0.573***, $p < .001$, проведення вільного часу (коєф. Спірмена)= -0.341***, $p < .001$, любові і сексуальної активності (коєф. Спірмена)= -0.364***, $p < .001$, повсякденної активності (коєф. Спірмена)= -0.291**, $p = 0.004$, соціальної активності (коєф. Спірмена)= -0.332***, $p < .001$, фінансового благополуччя (коєф. Спірмена)= -0.355***, $p < .001$, умов проживання (коєф. Спірмена)= -0.221*, $p = 0.031$, роботи і іншої зайнятості (коєф. Спірмена)= -0.204*, $p = 0.046$, загальним рівнем задоволеності життям (коєф. Спірмена)= -0.568***, $p < .001$, РЯЖ (коєф. Спірмена)= -0.506***, $p < .001$.

Шкала депресії (HADS) корелює зі шкалою НЯЖ (MOS SF-36) (коєф. Спірмена)= -0.660***, $p < .001$ та шкалами оцінки РЯЖ (Чабан): фізичного стану (коєф. Спірмена)= -0.448***, $p < .001$, настрою (коєф. Спірмена)= -0.553***, $p < .001$, проведення вільного часу (коєф. Спірмена)= -0.451***, $p < .001$, любові і сексуальної активності (коєф. Спірмена)= -0.506***, $p < .001$, повсякденної активності (коєф. Спірмена)= -0.346***, $p < .001$, соціальної активності (коєф. Спірмена)= -0.374***, $p < .001$, фінансового благополуччя (коєф. Спірмена)= -0.418***, $p < .001$, умов проживання (коєф. Спірмена)= -0.256*, $p = 0.012$, роботи і іншої зайнятості (коєф. Спірмена)= -0.332***, $p < .001$, загальним рівнем задоволеності життям (коєф. Спірмена)= -0.592***, $p < .001$, РЯЖ (коєф. Спірмена)= -0.612***, $p < .001$.

На всій вибірці жінок встановлено наступне. Тривога погіршує настрій і, тим самим, негативно впливає на проведення вільного часу, любов, сексуальну, повсякденну і соціальну активність, фінансове благополуччя, роботу та іншу зайнятість, що неминуче призводить до незадоволеності життям та суттєво гіршої ЯЖ. Цей вплив забезпечують умови проживання. Депресія також погіршує фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, любовні та сексуальні стосунки та негативно впливає на повсякденну і соціальну активність, фінансове благополуччя, роботу та іншу зайнятість, що призводить до незадоволеності життям і знижує ЯЖ. Цей вплив також забезпечують умови проживання.

Дослідивши кореляційні зв'язки соціально-демографічних даних із ІТІ (ISI) та шкалами Пітсбурзького опитувальника ЯС (PSQI) на експериментальній групі жінок з середнім ППН було встановлено:

- вік позитивно корелює зі шкалами тривалості (коэф. Спірмена)= 0,385*, $p=0.019$) та ефективність сну (коэф. Спірмена)= 0.351*, $p=0.033$.
- кількість дітей позитивно корелює зі шкалами тривалості (коэф. Спірмена)= 0.479**, $p=0.003$), ефективність сну (коэф. Спірмена)= 0.455**, $p=0.005$) та використання снодійних ліків (коэф. Спірмена)= 0.354*, $p=0.032$.
- сімейний стан позитивно корелює зі шкалою ефективності сну (коэф. Спірмена)= 0.402*, $p=0.014$.

На контрольній групі жінок з низьким ППН було встановлено:

- кількість дітей позитивно корелює зі шкалою тривалості сну (коэф. Спірмена)= 0.355**, $p=0.006$.
- сімейний стан позитивно корелює зі шкалою тривалості сну (коэф. Спірмена)= 0.300, $p=0.022$.
- рівень освіти негативно корелює з ІТІ (коэф. Спірмена)= -0.298*, $p=0.022$, шкалами (PSQI): суб'єктивної ЯС (коэф. Спірмена)= -0.363**, $p=0.005$ та порушення сну (коэф. Спірмена)= -0.269*, $p=0.040$.

Шкала ефективності сну мала недостатню варіативність на контрольній групі аби шукати кореляційні зв'язки з нею.

На всій вибірці було встановлено:

- вік позитивно корелює зі шкалами (PSQI): тривалість сну (коэф. Спірмена)= 0.254*, $p=0.013$ та ефективність сну (коэф. Спірмена)= 0.211*, $p=0.039$.
- кількість дітей позитивно корелює зі шкалами (PSQI): тривалість сну (коэф. Спірмена)= 0.379***, $p<.001$ та ефективність сну. (коэф. Спірмена)= 0.272**, $p=0.007$.
- сімейний стан позитивно корелює зі шкалами (PSQI): тривалість сну (коэф. Спірмена)= 0.259*, $p=0.011$ та ефективність сну (коэф. Спірмена)= 0.237*, $p=0.020$.
- рівень освіти негативно корелює з ITI (коэф. Спірмена)= -0.242*, $p=0.017$, шкалами (PSQI): суб'єктивна якість сну (коэф. Спірмена)= -0.257*, $p=0.011$ та сумарний бал ЯС (коэф. Спірмена)= -0.209*, $p=0.04$.

Старші жінки та ті, в яких є діти, мають меншу тривалість та гіршу ефективність сну і частіше використовують снодійні для того, щоб заснути. Ми припускаємо, що відсутність можливості убезпечити безпеку собі та своїм близьким, особливо дітям, безумовно негативним чином впливає на це. Це стосується жінок, які проживають зі своїми сім'ями в Україні.

Жінки, які знаходяться у офіційному шлюбі сплять довше, ніж вільні і ті, що знаходяться у стосунках. Ми також спостерігаємо цікавий зв'язок між вищим рівнем освіти та тяжкістю інсомнії на українській вибірці.

Отримані нами результати дуже схожі, окрім аспекту освіти, на результати першого, чи не єдиного, ґрунтового дослідження. Воно було зосереджене на проблемах зі сном, зокрема безсонні, у дорослих ізраїльських євреїв, які піддаються фактичним, загрозливим терористичним або ракетним атакам. Були виділені головні факторами, які сприяють виникненню порушень сну. Це жіноча стать, похилий вік, менша освіченість, досвід попередніх стресів у житті і втрата психосоціальної підтримки (Palmieri & Peterson, 2010).

Обробка даних методом регресійного аналізу дала змогу виділити рівняння регресії для прогнозування РЯЖ, що включало два ключових предиктори:

Рівень якості життя = 93.782 - 1.930 * Депресія - 0.253 * Показник психічної напруженості.

Таблиця 3.28

Модель множинної лінійної регресії для шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) (вся вибірка)

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	93.782	3.7728	24.86	< .001
Депресія	-1.930	0.4377	-4.41	< .001
Показник психічної напруженості	-0.253	0.0470	-5.38	< .001

52,6% дисперсії РЯЖ зумовлена впливом виділених предикторів.

З усіх шкал, які ми вивчали в якості предикторів для шкали оцінки РЯЖ (Чабан О.С.) найбільш ключовими виявилися шкала депресії Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та ППН (PSM-25), тобто вони найбільше впливають на ЯЖ. Інші шкали випали з цієї моделі. За рахунок кореляційного аналізу ми побачили взаємозв'язок між обраними

шкалами, але вони всі виявилися не такими важливими, як депресія і ППН. Чим виразніші симптоми депресії і вищий ППН тим нижчий РЯЖ.

3.2. Практичні рекомендації для жінок із забезпечення задовільної якості сну з метою покращення якості життя

Численні дослідження підтверджують, що люди в промислово розвинених країнах сплять менше, ніж це обумовлено природою. На сьогоднішній день добре відомі жахливі наслідки дефіциту сну: скорочення тривалості життя, погіршення здоров'я, набуті хвороби, порушене денне функціонування тощо. Сон – це не тільки перебування у стані неспанья. Більшість з нас навіть не усвідомлює, що сон – це панацея.

Психічна напруженість – головний чинник незадовільної ЯС. Надмірна хронічна активація симпатичної нервової системи у відповідь на загрозу, яка виникає в умовах війни спричиняє безліч проблем, зокрема, суттєво знижує ЯС і, як наслідок, ЯЖ. Повномасштабна війна вже триває понад 2 роки, підкидаючи все нові і нові виклики. Ми мусимо повернути дбайливе ставлення до сну, наскільки це можливо, щоб запобігти руйнівним наслідкам на особистому, суспільному, культурному та професійному рівнях. І тоді, можливо, вийде суттєво покращити ЯЖ жінок, повернути відчуття здоров'я, енергійності, наповненості, життєрадісності, щастя, бадьорості впродовж дня всупереч випробуванням, які випали на їхню долю в цей час.

Ми охоче надаємо практичні рекомендації щодо покращення ЯС, що допоможе суттєво вплинути на ЯЖ.

1. Графік сну

Головна порада – лягайте і прокидайтесь в один і той же час щодня. Досипання зранку впродовж двох вихідних сприймається як джетлаг, але так і не приводить до компенсації тижневого недосипання і веде до труднощів прокидання у понеділок. Довіртеся своєму хронотипу. Якщо Ви сова, то перенесіть в часі і весь свій графік, узгоджуючи його з часом

засинання та пробудження. Обов'язково слідкуйте за тривалістю сну. Спіть не менше 7 годин.

2. Денний сон

Навколо користі денного сну все ще багато суперечок. Якщо Ви є його прихильником, то не лягайте досипати після 15-ої години, адже це може призвести до поганого засинання ввечері, але так і не компенсує дефіцит сну. Якщо наважиться на проміжний денний сон, то слідкуйте, щоб він був у межах 20-30 хвилин і не більше. Довший сон неодмінно вплине на якість нічного сну.

3. Кофеїн

Не зловживайте кофеїном. Він є стимулятором та його дія на організм подібна на дію безсоння. Пам'ятайте, що він міститься не тільки в каві, а і в деяких солодких газованих, енергетичних напоях, шоколаді, сортах чаю, ліках. Надпис «без кофеїну» не означає, що його там зовсім немає. Одна чашка кави, випита до обіду, не завадить, а декілька по обіді можуть суттєво вплинути на засинання вночі. В нормі рівень кофеїну в організмі досягає свого максимуму за півгодини, а повністю виводиться за допомогою печінкового ферменту приблизно за 8 годин. Зустрічаються люди з генетично «модифікованим» ферментом, який швидше розщеплює кофеїн. Навіть випиваючи каву перед сном вони не мають жодних проблем із ним. Більшість з нас при цьому після кави по обіді важко засинають. На швидкість виведення кофеїну досить впливає вік. З віком люди стають набагато чутливими до нього і більше жаліються на проблеми зі сном.

Ще досить важливий момент, коли людина вживає каву з метою не заснути вночі, то блокує хімічну речовину, аденозин (чинник сну), який викликає сонливість. Він стрімко накопичується у мозку, який це «не помічає». Коли настане час руйнування кофеїну, на людину нападає страшна сонливість за рахунок великої дози накопиченого аденозину.

При умові частоті стимуляції кофеїном вночі виникає залежність, так як кофеїн є психоактивною речовиною і веде до порушень сну.

4. Нікотин

Ще одним стимулятором є нікотин, який «заставляє» людину спати поверхнево і прокидатися занадто рано для того, щоб покурити.

5. Алкоголь

Він тільки на перший погляд виступає помічником вечірнього розслаблення перед сном. Але люди, які зловживають ним, не мають повноцінної фази швидкого сну, а лише торкаються поверхневої стадії. Нерідко відмічаються проблеми з диханням уві сні та часте прокидання серед ночі. Як раз через порушення сну реалізується головна небезпека вживання алкоголю – не знижується артеріальний тиск, не відбувається так званого відновлення, центральна нервова система «не відпочиває».

6. Їжа

Не бажано лягати спати на голодний шлунок, але не треба їсти занадто багато близько до часу засинання. Процес травлення може суттєво порушувати сон.

7. Рідина

Надмірне пиття перед сном буде спонукати Вас прокидатися серед ночі через позиви до сечовипускання.

8. Ліки

Прийом деяких призначених ліків може негативно вплинути на якість сну. Важливо порадитися з лікарем в разі проблем зі сном стосовно перенесення їхнього прийому вдень або зранку.

9. Фізична активність щодня

Фізичне навантаження впродовж дня, принаймні впродовж 30 хвилин, та припинення цієї діяльності за 2-3 години до сну може добре вплинути на засинання, тривалість та глибину сну. Вечірня неспішна

прогулянка на свіжому повітрі перед тим, як лягти спати, – чи не найкращий вибір.

10. Розслаблення

Розплануйте свої справи таким чином, щоб обов'язково мати час для розслаблення перед сном. Знайдіть заняття, які цьому будуть сприяти. Наприклад, читання, прослуховування музики, спокійна бесіда з домашніми, дихальні вправи, споглядання природи, прогулянка. Не читайте та не обговорюйте новини перед сном, зараз це ледь не основне джерело тривоги. Пам'ятайте, що спокій – це активний психічний процес, під час якого сотні мільйонів гальмівних нейронів зупиняють активність сотень мільйонів збудливих нейронів. На жаль, після занадто активного дня з великою кількістю виконаних та невиконаних задач «загальмуватися» складніше через надмірний рівень збудження та виснаження гальмівної системи.

Є конкретні стимули, які підтримують високий рівень збудження. Ними є зовнішні гучні звуки, дратуючі запахи, яскраве світло, надмірна активність членів родини та важливі незадоволені потреби в їжі, відпочинку тощо. І головне – тривога. Тривоги було достатньо і в мирні часи, але зараз причин для неї збільшилося в декілька разів. Якщо Ви втомились, то спочатку відпочиньте, потім заспокойтеся – тільки це може привести до гарного засинання та підтримки сну впродовж цілої ночі.

11. Ритуали

Вечір – це чудовий час для відпочинку, саморефлексії, лінощів, турботи про себе і рідних, хобі. Наповніть цей час абсолютно різними справами: спільним повільним приготуванням вечері, тихими розмовами, обіймами, читанням книжок дітям, малюванням, медитацією, спогляданням, письмовими практиками. Нехай це займає не менш ніж 2-4 годин перед сном.

12. Тепла ванна

Полежавши в теплій воді, уповільнившись, розслабившись, обов'язково відклавши всі справи, Ви набагато краще підготуєтесь до якісного сну. Ваше тіло злегка може охолодитися, коли Ви вийдете з ванни, що посприє сонливості.

13. Спальня

Кімната, де Ви збираєтесь спати, має бути без шуму, світла, завиСОких температур. Користуйтеся берушами, маскою на очі, щоб знизити вплив стимулів, які підтримують занадто високий рівень збудження. Тільки усунення зайвого шуму і світла у спальні забезпечують покращення ЯС не менш ніж на 50%.

Блокуйте надходження світла ззовні за допомогою блекаут-штор. Провітрюйте кімнату перед сном, бо для того, щоб заснути, центральна температура тіла має знизитися на кілька градусів. Температура для сну та неспаннЯ повинна бути різною, ідеальною температурою для сну є 16-19 градусів, а для неспаннЯ – більше 20. Забезпечте якісні повітрообмін і вологість повітря у спальні (40-60%).

Телевізор, телефон, комп'ютер завадять Вам повноцінно виспатися. Якщо маєте проблеми зі сном, краще не мати перед своїми очима і годинник, бо споглядання за спливаючим часом без сну додає зайвої тривоги.

14. Ліжко

Зручний ортопедичний матрац і правильно підібрані подушка та спальна білизна можуть посприяти якісному сну. Підберіть їх за розміром, якістю і комфортністю. Використовуйте ковдру за сезоном. Вам буде важко заснути і глибоко спати, якщо Ви будете мерзнути чи відчувати спеку. Станом на зараз існують новітні дослідження про користь спання під важкою ковдрою.

15. Сонячне світло вдень

Денне світло – основний чинник, який регулює добовий графік сну. Важливо зранку після прокидання провести на сонці не менше 20 хвилин, якщо на вулиці хмарно – збільшити цей час до 40 хвилин. А якщо Ви з тих, хто погано засинає ввечері, проводьте не менш як годину під ранковим сонцем.

16. Джерела світла

Якщо не маєте можливості провести зранку час на вулиці, вмикайте дуже яскраве світло вдома та обов'язково вимикайте всі джерела світла перед сном. Наша серотонін-мелатонінова система, яка регулює біоритми, сон і неспання, і, в кінці кінців, рівень щастя, генетично налаштована на тропічне літо (сонячно і спекотно вдень, сутінки – ввечері та темно і прохолодно – вночі). Погрішності негативно впливають на сон та денне функціонування.

Нам потрібно дуже багато світла вдень. Під час відключень світла забезпечте себе лампами на акумуляторах, потужними ліхтарями до 20:00, а в разі увімкнення електрики після 21:00 намагайтеся вже не вмикати яскраве світло – закінчіть свої справи, використовуючи нічники, бра та торшери з лампами теплого світла. Перед сном краще зовсім не використовувати гаджети, але, якщо це нереально, – потурбуйтеся про включення фільтру блакитного світла, щоб негативно не впливати на вироблення гормону мелатоніну.

17. Ліжко тільки для сну

Не лежіть у ліжку без сну понад 20-30 хвилин. Довгий час засинання веде до підвищення рівня тривоги. Додаткова тривога через проблеми з засинанням може ускладнювати власне саме засинання. Встаньте з ліжка і знайдіть для себе заняття, яке може посприяти Вашому розслабленню. Лягайте тільки тоді, коли почнете позіхати та відчувати потяг до сну. Створіть чітку асоціацію – ліжко тільки для сну, а не для роботи, переглядання новин, вирішування нагальних проблем з рідними.

Висновки до розділу III

В ході дослідження виявлено численну кількість взаємозв'язків.

У експериментальній групі жінок з середнім ППН відмічається погіршення загального показника ЯЖ при порушеннях сну та знижені рівня суб'єктивної ЯС, ефективності сну і, зокрема, сумарного балу ЯС. Латентність сну та його ефективність відображається на фізичному стані після пробудження. Тривалість сну та його суб'єктивна якість напряду залежить від умов проживання. Відмічається прямий зв'язок між порушенням сну і проведенням вільного часу.

У контрольній групі жінок з низьким ППН ми можемо спостерігати взаємозв'язок між суб'єктивною ЯС та фізичним станом, настроєм, проведенням вільного часу, соціальною активністю та загалом ЯЖ жінок. Від ЯС залежить настрої, повсякденна та соціальна активність.

На всій вибірці спостерігаємо наступне: через низьку суб'єктивну ЯС знижується рівень ЯЖ, зокрема погіршується фізичний стан жінки, погіршується настрої і відбуваються зміни у проведенні вільного часу, любові і сексуальної, повсякденної, соціальної активності, фінансовому благополуччі, роботі і іншій зайнятості, загальному рівні задоволеності життям. Довший час засинання веде до незадоволеності життям, погіршує настрої, негативно впливає на любов і сексуальну активність, фінансове благополуччя. Чим менша тривалість сну тим гірший фізичний стан жінки. Незадовільна ефективність сну погіршує ЯЖ і, зокрема, фізичний стан, настрої та загальний рівень задоволеності життям. Порушення сну безумовно відображаються на ЯЖ та загальному рівні задоволеності життям, зокрема, на фізичному стані, настрої. Використання снодійних ліків негативно впливає на ЯЖ. Порушення денного функціонування є суттєвою ознакою незадовільної ЯЖ, зокрема поганих фізичного стану і настрою, проблем з роботою та іншою зайнятістю, що безумовно відображається на загальному рівні задоволеності життям. При цьому

відмічається взаємозв'язок між цим показником і умовами проживання. Загалом незадовільна ЯС тісно взаємопов'язана з ЯЖ жінки і веде до негативних змін фізичного стану, погіршенню настрою впродовж дня, відбивається на важливих аспектах життя — проведенні вільного часу, любові і сексуальній, повсякденній та соціальній активності, фінансовому благополуччі і призводить до незадоволеності життям.

Чим тяжчі симптоми інсомнії тим більш негативні зміни у ЯЖ жінок з середнім ППН. У групі жінок з низьким ППН ті негативно впливає на настрої, соціальну активність вдень після пробудження та ЯЖ загалом. Всі опитані жінки, крім цього, мають проблеми з проведенням вільного часу, в любові, сексуальній і повсякденній активності, у фінансовому благополуччі, роботі та іншій зайнятості.

У жінок з низьким ППН ознаки тривоги ускладнюють прояви інсомнії і негативним чином відображається на ефективності сну, ЯС загалом та призводять до необхідності використовувати снодійні ліки. Депресія також ускладнює протікання інсомнії та знижує ефективність сну і ЯС в цілому. Чим тяжчі прояви інсомнії тим гірша ЯС, зокрема, суб'єктивна ЯС, ефективність сну, довший час засинання, більше супутніх порушень сну та порушень денного функціонування.

У жінок з середнім ППН ознаки депресії знижують суб'єктивну ЯС та ведуть до порушень денного функціонування. Симптоми інсомнії погіршують ЯС, зокрема і суб'єктивну, та проявляються довшим часом засинання, меншою тривалістю сну, незадовільною його ефективністю та ведуть до супутніх порушень сну.

У всіх опитаних жінок ознаки тривоги знижують суб'єктивну і загальну ЯС, ведуть до суттєвої затримки засинання, порушують сам сон, знижують його ефективність і призводять до необхідності використання снодійних. Симптоми депресії також негативним чином впливають на загальну і суб'єктивну ЯС, час засинання, порушується сам сон та його

ефективність, що також негативно впливає на денне функціонування. Ті крім зазначеного знижує тривалість сну та змушує жінок вдаватися до прийому снодійних.

Ознаки тривоги у жінок з низьким ППН суттєво знижують настрій, негативним чином відбиваються на любовних і сексуальних стосунках та соціальної активності, знижують ЯЖ загалом. Ознаки депресії негативно впливають на фізичний стан, настрій, любовні стосунки, сексуальну, повсякденну, соціальну активність, проведення вільного часу, фінансове благополуччя та веде до незадоволеності життям та гіршої ЯЖ загалом.

Ознаки тривоги у жінок контрольної групи з середнім ППН негативно впливають на настрій та задоволеність життям. Ознаки депресії погіршують фізичний стан, настрій, негативно впливають на любовні і сексуальні стосунки, ведуть до незадоволеності життям і знижують ЯЖ загалом.

У всіх респонденток ознаки тривоги і депресії погіршують фізичний стан, настрій, якість любовних та сексуальних стосунків, негативно впливають на повсякденну, соціальну активність, проведення вільного часу, фінансове благополуччя, роботу та іншу зайнятість та ведуть до загальної незадоволеності життям при тому суттєво знижують ЯЖ. Все це залежить від умов проживання.

Старші жінки та ті, в яких є діти мають меншу тривалість та гіршу ефективність сну і частіше використовують снодійні для того, щоб заснути. Жінки, які знаходяться у офіційному шлюбі сплять довше, ніж вільні і ті, що знаходяться у стосунках. Жінки, які мають вищий рівень освіти більш страждають на безсоння. На всій групі жінок ми з'ясували, що з усіх чинників найбільший вплив на ЯЖ чинить депресія та психічна напруженість.

ВИСНОВКИ

На основі проведеної оцінки ЯС і ЯЖ у жінок під час війни в Україні із застосуванням аналізу наукової літератури та емпіричного дослідження було отримано наступні висновки.

Проведений теоретичний огляд існуючих різноманітних підходів допоміг з'ясувати поняття сну, його якості і ЯЖ та в першому розділі визначити ці поняття. Сон є унікальним фізіологічним станом людини, який визначається не тільки узгодженістю задіяних структур головного мозку, особливостями роботи хронобіологічного апарату, а і, не менш впливових, природних і соціальних факторів. Порушення цієї взаємодії може призвести до суттєвого зниження рівня показників ЯС.

ЯЖ включає в себе різноманітний набір об'єктів: суб'єктивне благополуччя, здоров'я, умови життя, рівень доходів, екологію, безпеку, щастя, задоволеність собою і своїм життям, позитивні емоції тощо. Людина сама визначає своє життя, оцінюючи фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, любов, сексуальну, повсякденну і соціальну активність, фінансове благополуччя, роботу і іншу діяльність, умови проживання, задоволеність життям.

На основі узагальнення інформації з наукових джерел нам вдалося виокремити та охарактеризувати особливості ЯС, ЯЖ та їхнього взаємозв'язку у жінок під час війни в Україні.

Було організовано і проведене емпіричне дослідження взаємозв'язку ЯС і ЯЖ, ТІ, тривоги, депресії у жінок із застосуванням психодіагностичних методик, а саме Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI), індексу тяжкості інсомнії (ISI), Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), шкали НЯЖ (MOS SF-36) та шкали оцінки РЯЖ (Чабан О.С.). За допомогою питань авторської анкети з'ясували вік, кількість дітей, сімейний статус, рівень освіти, тип зайнятості, місце проживання. Опитування проводилося в онлайн-форматі з застосуванням Google Forms

впродовж листопада 2023 та травня 2024 року. В дослідженні прийняло участь 98 жінок віком від 21 до 62 років.

Під час дослідження було встановлено наступне: респондентки за шкалою психологічного стресу (PSM-25) мають низький та середній рівень ППН, тому вибірку було розподілено на експериментальну групу, в яку увійшли жінки, хто має середній ППН та контрольну – з низьким ППН.

На основі проведеного аналізу (оцінці) ЯС і ЯЖ за допомогою математико-статистичного пакету обробки інформації jamovi вдалося експериментально обґрунтувати взаємозв'язок ЯС і ЯЖ.

В експериментальній групі жінок з середнім ППН відмічається погіршення ЯЖ при порушеннях сну, зниженні його ефективності, суб'єктивної ЯС та ЯС загалом. Затримка засинання та незадовільна ефективність негативно відображається на фізичному стані після пробудження. Тривалість сну та його суб'єктивна якість напряду залежить від умов проживання. Порушення сну негативно впливають на проведення в подальшому вільного часу. Чим більш виражені ознаки інсомнії тим суттєвіші негативні зміни у ЯЖ. Депресія впливає на суб'єктивну ЯС та веде до порушень денного функціонування, погіршує фізичний стан, настрій, негативно впливає на любовні і сексуальні стосунки, веде до незадоволеності життям і знижує рівень ЯЖ загалом. Тривога також має негативний вплив на настрій та веде до незадоволеності життям. Симптоми інсомнії погіршують ЯС, зокрема, суб'єктивну та проявляються довшим часом засинання, меншою тривалістю, незадовільною ефективністю та ведуть до супутніх порушень сну.

На контрольній групі жінок з низьким ППН ми можемо спостерігати наступне: незадовільна суб'єктивна ЯС негативно позначається на фізичному стані, настрої, проведенні вільного часу, соціальній активності та ЯЖ загалом. Від загальної ЯС залежить настрої, повсякденна та соціальна активність. Чим більш виражені ознаки інсомнії тим гірший настрої та незадовільний рівень соціальної активності вдень після пробудження, що безумовно призводить до незадовільної ЯЖ. Симптоми тривоги та депресії ускладнюють прояви інсомнії і негативним чином відображається на ефективності сну, ЯС загалом. При тривозі жінки частіше використовують снодійні ліки. Чим тяжче інсомнія тим гірші ЯС, зокрема, суб'єктивна ЯС, ефективність сну, довший час засинання, більше супутніх порушень сну та денного функціонування. Симптоми тривоги і депресії суттєво знижують ЯЖ, зокрема, настрої, негативним чином відбиваються на любовних і сексуальних стосунках, соціальної активності. Депресія також негативно впливає і на фізичний стан, повсякденну активність, проведення вільного часу, фінансове благополуччя, що відображається в незадоволеності життям.

Встановлені кореляційні зв'язки між шкалами на всій вибірці відображають наступне:

Через низьку суб'єктивну ЯС суттєво знижується ЯЖ, зокрема погіршується фізичний стан жінки, настрої і відбуваються зміни у проведенні вільного часу, любові і сексуальної, повсякденної, соціальної активності, фінансовому благополуччі, роботі і іншій зайнятості, що призводить до незадоволеності життям. Довший час засинання призводить до незадоволеності життям, його якістю, зокрема, настроєм, любов'ю і сексуальною активністю, фінансовим благополуччям. Чим менша тривалість сну тим гірший фізичний стан. Незадовільна ефективність сну погіршує ЯЖ і, зокрема, фізичний стан, настрої та призводить до незадоволеності життям. Порушення сну безумовно відображаються на

ЯЖ, зокрема, на фізичному стані, настрої та призводить до незадоволеності життям. Використання снодійних ліків негативно впливає на ЯЖ, так і зниження показників ЯЖ часто приводить жінок до ідеї розв'язання проблем зі сном за рахунок самолікування. Порушення денного функціонування є суттєвою ознакою незадовільної ЯЖ, зокрема поганих фізичного стану і настрою, проблем з роботою та іншою зайнятістю, що безумовно відображається на задоволеності життям. При цьому відмічається взаємозв'язок між цим показником і умовами проживання. Загалом незадовільна ЯС тісно взаємопов'язана з ЯЖ жінки і веде до негативних змін фізичного стану, погіршення настрою впродовж дня, відбивається на важливих аспектах життя - проведенні вільного часу, любові і сексуальній, повсякденній та соціальній активності, фінансовому благополуччі і призводить до незадоволеності самим життям. Безсоння негативно впливає на настрій вдень після пробудження, проведення вільного часу, любов, сексуальну, повсякденну, соціальну активність, фінансове благополуччя, роботу та іншу зайнятість. Симптоми тривоги та депресії знижують суб'єктивну і загальну ЯС, що веде до суттєвої затримки засинання, порушує сам сон, знижує його ефективність. При тривозі жінки вдаються до використання снодійних, а при депресії мають порушене денне функціонування. Більш проявлені симптоми інсомнії, зрозуміло, знижують ЯС, суб'єктивну ЯС зокрема, подовшують час засинання, суттєво порушують сон, знижують його тривалість та ефективність, негативним чином впливають на денне функціонування і змушують жінок використовувати снодійні. Симптоми тривоги та депресії погіршують фізичний стан, настрій, якість любовних та сексуальних стосунків, негативно впливають на повсякденну і соціальну активність, проведення вільного часу, фінансове благополуччя, роботу та іншу зайнятість та призводять до загальної незадоволеності життям при суттєво зниженій ЯЖ. Все це залежить від умов проживання.

Старші жінки та ті, в яких є діти, мають меншу тривалість та гіршу ефективність сну і частіше використовують снодійні для того, щоб заснути. Жінки, які знаходяться у офіційному шлюбі, сплять довше ніж вільні і ті, що знаходяться у стосунках. Жінки, які мають вищий рівень освіти, більш страждають на безсоння.

На РЯЖ жінок під час війни найбільший вплив чинить психічна напруженість і наявність депресії.

Розподіл за рівнем психологічного стресу (PSM-25) на групи з низьким і середнім показником ППН не виявився доцільним.

Враховуючи отримані результати і спираючись на попередні дослідження надано практичні рекомендації для жінок із забезпечення задовільної ЯС з метою покращення ЯЖ.

Підсумовуючи все вищенаведене, робимо висновок, що тема ЯС і ЯЖ жінок під час війни в Україні є актуальною та недостатньою вивченою. В ході дослідження було встановлено, що незадовільна ЯС призводить до погіршення ЯЖ практично за всіма показниками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арутюнов, В. Х., Мішин, В. М., & Свінціцький, В. М. (2005). *Методологія соціально-економічного пізнання*. КНЕУ. Вилучено із https://science.logistics-gr.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2074&catid=13&Itemid=5
2. Вебер, М. (1998). Господарство і суспільство як загальні поняття. *Соціологія. загальноісторичні аналізи. політика* (О. Погорілий, Пер.; с. 67–82). Основи.
3. Візір В. А., Садомов А. С., & Деміденко О. В. (2013). Тривалість сну як фактор ризику серцево-судинних захворювань. *Артеріальна гіпертензія*, 1(27). 20–25. Вилучено із <https://www.researchgate.net/publication/358160668> *Trivalist snu ak faktor riziku sercevo-sudinnih zahvoruvan*
4. Вірна, Ж. (2013). Аксіологія якості життя особистості. *Психологія Особистості*, (1), 104–112.
5. Водоп'янова, Н. Є. (2018). Шкала психологічного стресу rsm-25. *Стресс-менеджмент*. Вилучено із <https://stud.com.ua/124943/psihologiya/stress-menedzhment>
6. Волошина Н. В. (2016) Соціально-демографічні чинники якості життя післяопераційних пацієнтів. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 3. 135–139.
7. Лехан, В. М., Зюков, О. Л., & Іпатов, А. В. (2006). Якість життя як критерій якості медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 95–100.
8. Міністерство охорони здоров'я України. (2018). *Здоровий сон: скільки годин треба спати і чим небезпечне недосипання*.

Вилучено із <https://moz.gov.ua/article/health/zdorovij-son-skilki-godin-treba-spati-i-chim-nebezpechne-nedosipannja->

9. Сміт, А. (2018). *Дослідження про природу і причини багатства народів* (О. Васильєв, М. Межевікіна & А. Малівський, Пер.). Наш Формат.

10. Теренда Н. О. & Фарійон Н. Я. (2021). Безсоння як фактор ризику розвитку мозкового інсульту. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2(88). 18–23.

11. ТОВАЖНЯНСЬКА О. Л., & ЛАПШИНА І. О. (2023). Палітра порушень сну: сучасна оптимізація терапії. *Український медичний часопис*. Вилучено із <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-249391-palitra-porushen-snu-suchasna-optimizatsiya-terapiyi>

12. Укрінформ. (2023). Високий рівень стресу через війну мають 88% українців. Вилучено із <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3705235-visokij-riven-stresu-cerez-vijnu-maut-88-ukrainciv.html>

13. Хаустова О. О. (2016). Розлади сну у осіб літнього віку. *НейроNews психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2-1. Вилучено із <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2016/2-1/article-1660/rozladi-snu-u-osib-litnogo-viku#gsc.tab=0>

14. Чабан О. С. (2008) Якість життя пацієнта з позицій медичної психології. *Мистецтво лікування*. 5 (51), 40–43. Вилучено із <https://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2008-06-15/40-43.pdf>

15. Чабан О. С. & Хаустова О. О. (2019). Практична психосоматика: діагностичні шкали. *Медкнига-Київ*. 112.

16. Чабан О. С., Хаустова О. О., Безшейко В. Г., & Москаленко О. Г. (2017). Валідизація «Шкали оцінки якості життя». *Український вісник психоневрології*. 1. Т. 25. 159–160.

17. Ягенський А. В., & Січкарук І. М. (2007). Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. *Внутрішня медицина*, 3. Вилучено із: <http://www.mif-ua.com/archive/article/418>

18. Ярчук, А. В. (2015). Рівень і якість життя населення України та методи їх оцінки. У Л. В. Синяєва & С. А. Нестеренко (Ред.), *Теоретико-методологічні і науково-практичні засади інноваційного забезпечення розвитку економіки* (с. 425–427). Видавничий будинок Мелітопольської міської друкарні.

19. Ярчук, А. В. (2019). *Управління продуктивністю праці в системі забезпечення якості життя населення* [Неопубл. дис. канд. екон. наук]. Таврійський державний агротехнологічний університет Міністерства освіти і науки України.

20. Adeghate E. (2012). Orexins: tissue localization, functions, and its relation to insulin secretion and diabetes mellitus. *Vitam. Horm.*, 89. 111–133.

21. Akter R., Rahman MH, Bhattacharya T., Kaushik D., Mittal V., Parashar J., ... Tagde P. (2021) Novel coronavirus pathogen in humans and animals: an overview on its social impact, economic impact, and potential treatments. *Environ Sci Pollut Res*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11356-021-16809-8>

22. Alsharif W, Qurashi A (2021) Effectiveness of COVID-19 diagnosis and management tools: A review. *Radiography* 27 (2). 682–687. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.09.010>

23. Alvin, T. (1973). *Future Shock*. Pan. Retrieved from https://www.academia.edu/34561857/Alvin_Toffler_Future_Shock_pdf

24. Amihaesei I. C., & Mungiu O. C. (2012) Main neuroendocrine features and therapy in primary sleep troubles. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 116(3). 862–866

25. Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness*. Routledge.
26. Bacqué-Cazenave, J., Bharatiya, R., Barrière, G., Delbecque, J.-P., Bouguiyou, N., Di Giovanni, G., Cattaert, D., & De Deurwaerdère, P. (2020). Serotonin in animal cognition and behavior. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(5), 1649. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijms21051649>
27. Baglioni C., Nanovska S., & Regen W. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol. Bull*, 142(9). 969–990.
28. Balter, M., & Uhlenhuth, E. (2024, 3 грудня). New epidemiologic findings about insomnia and its treatment. *Clin Psychiatry*, (Suppl:34-9). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1487478/>
29. Bauer, M. (2006). *Bipolar disorder*.
30. Berry R. B. (2012) Circadian Rhythm Sleep Disorders. *Fundamentals of Sleep Medicine*. Elsevier. 515–543. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-0326-9.00026-9>
31. Bertrand L., Schröder C., Bourgin P., Maruani J., Atoui Y., D'Ortho M., ... Geoffroy P. A. (2021) Sleep and circadian rhythm characteristics in individuals from the general population during the French COVID-19 full lockdown. *J Sleep Res*. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jsr.13480>
32. Boiko, D. I., Zhyvotovska, L. V., Sonnik, G. T., & Skrypnikov, A. M. (2017). Clinical and psychopathological characteristics of the autoaggressive behavior in patients with the first psychotic episode with considering circadian rhythms. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*, 70(3 pt 2), 553–557.
33. Borbély, A., Daan, S., Wirz-Justice, A., & Deboer 4, T. (2016). The two-process model of sleep regulation: A reappraisal - PubMed. У *PubMed* (25-те вид.). Взято 17 червня 2024 з <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26762182/>

34. Bryson, W. J. (2020). Circadian rhythm sleep-wake disorders and the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(8), 1423. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8540>
35. Cheng W., Rolls E. T., Ruan H., & Feng J. (2018). Functional connectivities in the brain that mediate the association between depressive problems and sleep quality. *JAMA Psychiatr*, 75(10).
36. Deci, E. L., & Ryan, R. M.(2000) The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry* 11. 227–268.
37. Difrancesco S., Lamers F., Riese H., Merikangas K. R., Beekman A. T. F., Hemert A. M., ... Penninx BWJH (2019) Sleep, circadian rhythm, and physical activity patterns in depressive and anxiety disorders: A 2-week ambulatory assessment study. *Depress Anxiety*, 36 (10). 975–986. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/da.22949>
38. Doğan B., Ben Jebli M., Shahzad K., Farooq T. H., & Shahzad U. (2020) Investigating the Effects of Meteorological Parameters on COVID-19: Case Study of New Jersey, United States. *Environ Res*, 191, 110148. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110148>
39. Dolsen M. R., Asarnow L. D., & Harvey A. G. (2014). Insomnia as a Transdiagnostic Process in Psychiatric Disorders. *Curr. Psychiatr. Rep.*, 16(9).
40. Fernández-de-las-Peñas C, Gómez-Mayordomo V, De-la-Llave-Rincón AI, Palacios-Ceña M, Rodríguez-Jiménez J, Florencio LL, ... Palacios-Ceña D (2021a) Anxiety, depression and poor sleep quality as long-term post-COVID sequelae in previously hospitalized patients: A multicenter study. *J Infect*, 83(4), 496–522. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.022>
41. Fernández-de-las-Peñas C., Palacios-Ceña D., Gómez-Mayordomo V., Cuadrado M. L., & Florencio L. L. (2021) Defining Post-

COVID Symptoms (Post-Acute COVID, Long COVID, Persistent Post-COVID): An Integrative Classification. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5), 2621. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph18052621>

42. Good, C. H., Brager, A. J., Capaldi, V. F., & Mysliwiec, V. (2020). Sleep in the United States military. *Neuropsychopharmacology*, 45(1). 176-191.

43. Gradisar M., & Crowley S. J. (2013) Delayed sleep phase disorder in youth. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 580–585. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a1d4>

44. Gradus Research company. (2022). Суспільно-політичні настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України. Вилучено із https://gradus.app/documents/164/Gradus_Research_Report_War_3_3_2022.pdf

45. Heaven P. & Furnham A. (1998). *Personality and Social Behaviour Paperback*. Retrieved from <https://amzn.eu/d/jaYCMOp>

46. Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96–105. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>

47. Hossain M. F., Hasana S., Mamun A. Al., Uddin M. S., Wahed M. I., Sarker S., ... Abdel-Daim M. M. (2020) COVID-19 Outbreak: Pathogenesis, Current Therapies, and Potentials for Future Management. *Front Pharmacol*, 11. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.563478>

48. Howell M., Avidan A. Y., & Foldvary-Schaefer N. (2023). Management of REM sleep behavior disorder. *an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline*.

49. Hussain H., Ahmad S., Tsagkaris C., Asghar Z., Aborode A. T., Essar M. Y., ... Kamal M. A. (2021) Effect of Sunlight on SARS-CoV-2: Enlightening

or Lighting? *Can J Med*, 3(1), 6–9. Retrieved from <https://doi.org/10.33844/cjm.2021.60498>

50. IQMED Clinic. (2024). *Індекс важкості інсомнії (безсоння)*. Вилучено із <https://iqmed.com.ua/isi-indeks-vazhkosti-insomnii-bezsonnia>

51. Ivanova G. E., Shmonin A. A., Maltseva M. N., Mishina I. E., Melnikova E. V., Bodrova R. A., ... Didur M. D. (2020) Rehabilitation care during the new COVID-19 coronavirus infection epidemic at first, second and third medical rehabilitation stages. *Phys Rehabil Med Medical Rehabil*. Retrieved from <https://doi.org/10.36425/rehab34148>

52. Janich P. (2002). *Health and Quality of Life: a conceptual proposal from the perspective of methodical culturalism*. Gimmler A., Lenk C., & Aumüller G. (Ed.). *Health and Quality of Life. Philosophical, Medical, and Cultural Aspects*. Münster: Lit. 47.

53. Julian L. J. (2011) Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S467–S472. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/acr.20561>

54. Karimi M. & Brazier J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*. 34 (7). 645–649.

55. Kaur I., Behl T., Aleya L., Rahman H., Kumar A., Arora S., & Bulbul I. J. (2021) Artificial intelligence as a fundamental tool in management of infectious diseases and its current implementation in COVID-19 pandemic. *Environ Sci Pollut Res*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13823-8>

56. Kivelä L., Papadopoulos M. R., & Antypa N. (2018) Chronotype and Psychiatric Disorders. *Curr Sleep Med Rep*, 4(2), 94–103. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s40675-018-0113-8>

57. Kupfer D. J. (2015) Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 245–6. Retrieved from <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/dkupfer>
58. Kuppermann, M., Lubeck, D. P., Mazonson, P. D., Patrick, D. L., Stewart, A. L., Buesching, D. P., & Filer, S. K. (1995). Sleep problems and their correlates in a working population. *Journal of General Internal Medicine*, 10(1), 25–32. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/bf02599573>
59. Landgraf D., Long J. E., Proulx C. D., Barandas R., Malinow R., & Welsh D. K. (2016) Genetic Disruption of Circadian Rhythms in the Suprachiasmatic Nucleus Causes Helplessness, Behavioral Despair, and Anxiety-like Behavior in Mice. *Biol Psychiatry*, 80(11), 827–835. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.03.1050>
60. LeBlanc E. S., Smith N. X., & Nichols G. A. (2018). Insomnia is associated with an increased risk of type 2 diabetes in the clinical setting. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 6.
61. Léger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Lévy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 25(6), 621–625. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/sleep/25.6.621>
62. Leone M. J., Sigman M., & Golombek D. A. (2020) Effects of lockdown on human sleep and chronotype during the COVID-19 pandemic. *Curr Biol*, 30(16), R930–R931. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.07.015>
63. Liberman A. R., Kwon S. B., Vu H. T., Filipowicz A., Ay A., & Ingram K. K. (2017) Circadian Clock Model Supports Molecular Link Between PER3 and Human Anxiety. *Sci Rep*, 7(1), 9893. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/s41598-017-07957-4>
64. Liu D., Yu C., & Huang K. (2022). The Association between Hypertension and Insomnia: A Bidirectional Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Int. J. Hypertens*.

65. Malhotra, S., & Kushida, C. A. (2013). Primary hypersomnias of central origin. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 19(1), 67–85. Retrieved from <https://doi.org/10.1212/01.con.0000427212.05930.c4>
66. Maltezou H. C., Pavli A., & Tsakris A. (2021) Post-COVID Syndrome: An Insight on Its Pathogenesis. *Vaccines*, 9(5). 497. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/vaccines9050497>
67. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality* (First ed.). Harper & Row. ISBN 978-0-06-041987-5. Retrieved 6 July 2022. 411
68. McHorney, C. A., John, W., & Anastasiae, R. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 31(3), 247–263. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>
69. McHorney, C. A., Ware, J. E., Rachel Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): III. tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40–66. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
70. McHorney, C. A., Ware, J. E., Rogers, W., Raczek, A. E., & Lu, J. F. R. (1992). The validity and relative precision of MOS short-, and long- form health status scales and dartmouth COOP charts. *Medical Care*, 30(Supplement), MS253—MS265. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00005650-199205001-00025>
71. Mednick, S., Nakayama, K., & Stickgold, R. (2003). Sleep-dependent learning: a nap is as good as a night. *Nature neuroscience*, 6(7), 697-698.
72. Michopoulos, V., Powers, A., Gillespie, C. F., Ressler, K. J., & Jovanovic, T. (2016). Inflammation in fear- and anxiety-based disorders:

PTSD, GAD, and beyond. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 254–270. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/npp.2016.146>

73. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2016). The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129–138. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/s2045796016000172>

74. Morin, C. M., Drake, C. L., Harvey, A. G., Krystal, A. D., Manber, R., Riemann, D., & Spiegelhalder, K. (2015). Insomnia disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.26>

75. Morin, C. M., Kowatch, R. A., Barry, T., & Walton, E. (1993). Cognitive-behavior therapy for late-life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 137–146. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.137>

76. Nagai M., & Kario K. (2012). Sleep disorder and hypertension. *Nihon Rinsho*. 70(7). 1188–1194. Retrieved from www.umj.com.ua/uk/publikatsia-249391-palitra-porushen-snu-suchasna-optimizatsiya-terapiyi

77. National Geographic. (2024). Sleepless in America. Retrieved from <http://channel.nationalgeographic.com/sleepless-in-america/episode/sleepless-in-america>

78. Palagini L., Bruno R. M., & Gemignani A. (2013). Sleep loss and hypertension: a systematic review. *Curr. Pharm. Des.*, 19(13).

79. Palagini, L., Hertenstein, E., Riemann, D., & Nissen, C. (2022). Sleep, insomnia and mental health. *Journal of Sleep Research*. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jsr.13628>

80. Palagini, L., Moretto, U., Novi, M., Masci, I., Caruso, D., Drake, C. L., & Riemann, D. (2018). Lack of resilience is related to stress-related sleep reactivity, hyperarousal, and emotion dysregulation in insomnia

disorder. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(05), 759–766. Retrieved from <https://doi.org/10.5664/jcsm.7100>

81. Palmer C. A., & Alfano C. A. (2017). Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Med. Rev.*, 31. 6–16.

82. Pigou, A. C. (1960). *The economics of welfare* (4-те вид.). Macmillan.

83. Ricardo, D. (1917). *The principles of political economy and taxation*. J. M. Dent.

84. Richards, A., Kanady, J. C., & Neylan, T. C. (2019). Sleep disturbance in PTSD and other anxiety-related disorders: An updated review of clinical features, physiological characteristics, and psychological and neurobiological mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 55–73. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0486-5>

85. Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2019). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 74–89. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0411-y>

86. Silva, V. M., Magalhaes, J. E. d. M., & Duarte, L. L. (2020). Quality of sleep and anxiety are related to circadian preference in university students. *Plos One*, 15(9). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238514>

87. Sipilä, T., Kananen, L., Greco, D., Donner, J., Silander, K., Terwilliger, J. D., Auvinen, P., Peltonen, L., Lönnqvist, J., Pirkola, S., Partonen, T., & Hovatta, I. (2010). An association analysis of circadian genes in anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 67(12), 1163–1170. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.12.011>

88. Sorenson R. L., Garry D. G., & Brelje T. C. (1991). Structural and functional considerations of GABA in islets of Langerhans. *Beta-cells and nerves. Diabetes*, 40.

89. Tian J., Dang H., & Chen Z. (2013). γ -Aminobutyric acid regulates both the survival and replication of human β -cells. *Diabetes*, *62*.
90. Turgot, A.-R.-J., Ravix, J. T., & Romani, P.-M. (2013). *Formation et distribution des richesses*. Flammarion.
91. Wang Y. M., Chen H. G., & Song M. (2016). Prevalence of insomnia and its risk factors in older individuals: a community-based study in four cities of Hebei Province, China. *Sleep Med*, *19*. 116–122.
92. Wassing, R., Lakbila-Kamal, O., Ramautar, J. R., Stoffers, D., Schalkwijk, F., & Van Someren, E. J. W. (2019). Restless REM sleep impedes overnight amygdala adaptation. *Current Biology*, *29*(14), 2351–2358.e4. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cub.2019.06.034>
93. Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *The International journal of social psychiatry*, *69*(4), 957–966. <https://doi.org/10.1177/00207640221143919>