



VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS KATEDRA

Jurgita Černiauskienė

**SUAUGUSIŲJŲ ALEKSITIMIŠKUMO BRUOŽŲ, MIEGO KOKYBĖS IR
MIEGO HIGIENOS SĄSAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Sveikatos psichologijos studijų programa, valstybinis kodas 621S13001

Psichologijos studijų kryptis

Vadovas (-ė) prof. dr. Aidas Perminas _____
(Moksl. laipsnis, vardas, pavardė) (Parašas) (Data)

Apginta prof. dr. Algis Krupavičius _____
(Fakulteto/studijų instituto dekanas/direktorius) (Parašas) (Data)

Kaunas, 2018

Turinys

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
ĮVADAS	6
Sąvokų apibrėžimas.....	9
I. TEORINĖ SUAUGUSIŲJŲ ALEKSITIMIŠKUMO BRUOŽŲ, MIEGO KOKYBĖS IR MIEGO HIGIENOS SĄSAJŲ TEMOS ANALIZĖ.....	10
1.1. Aleksitimiškumo samprata ir problema	10
1.2. Aleksitimiškumas ir sveikatos problemos	13
1.3. Miego kokybė	15
1.4. Miego higiena	18
1.5. Aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės sąsajos.....	22
1.6. Aleksitimiškumo bruožų ir miego higienos sąsajos	24
1.7. Miego higiena kaip sąsają tarp aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės	25
paaškinantis veiksnys.....	25
II. SAUGUSIŲJŲ ALEKSITIMIŠKUMO BRUOŽŲ, MIEGO KOKYBĖS IR MIEGO HIGIENOS SĄSAJŲ TYRIMAS.....	28
2.1. Tyrimo metodika.....	29
2.1.1 Tiriamieji	29
2.1.2 Tyrimo metodai	31
2.1.3. Tyrimo eiga	34
2.1.4. Statistiniai metodai	34
III. TYRIMO REZULTATAI	36
3.1. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego higienos ir miego kokybės kintamųjų aprašomoji statistika	36
3.2. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego kokybės vertinimo sąsajos....	37
3.3. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego higienos vertinimo sąsajos....	50
3.4. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego laiko sąsajos.....	53
3.5. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajos	55
3.6. Miego higienos kaip tarpinio veiksnio (mediatoriaus) analizė aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės sąsajoje	59

IV. REZULTATŲ APTARIMAS	61
IŠVADOS.....	64
LITERATŪRA	65
PRIEDAI	72

SANTRAUKA

Jurgita Černiauskienė Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego kokybės ir miego higienos sąsajos: psichologijos magistro darbas / Mokslinis vadovas prof. dr. A. Perminas. Vytauto Didžiojo universitetas. Socialinių mokslų fakultetas. Psichologijos katedra. - Kaunas, 2018. – 71 p. [Rankraštis]. Saugomas VDU bibliotekoje.

Raktiniai žodžiai: suaugusieji, aleksitimiškumo bruožai, miego higiena, miego kokybė.

Tyrimo tikslas – nustatyti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego kokybės ir miego higienos sąsajas.

Tyrimė dalyvavo Kauno mieste gyvenantys bei dirbantys 234 suaugusieji – 116 vyrų ir 118 moterų, kurių amžiaus visurkis buvo lygus $38,10 \pm 13,34$ metams.

Atliktas kiekybinis tyrimas, anketa sudaryta panaudojus Toronto Aleksitimijos skalę (angl. *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), Bagby, Parker, & Taylor, 1994), Miego higienos klausimyną (angl. *The sleep Hygiene Index* (SHI), Mastin, Bryson, & Corwyn, 2006), Miego kokybės skalę (angl. *Sleep Quality Scale*, Yi, Shin, & Shin, 2006) bei sociodemografinius klausimus ir klausimus apie miego ypatumus, sveikatą.

Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad labiau pasireiškiantys sunkumai identifikuojant jausmus yra susiję su didesniais sunkumais dėl prasto miego dienos metu, didesniais sunkumais atsikeliant, bei bendra miego kokybe, o labiau pasireiškiantys į išorę orientuoto mąstymo sunkumai yra susiję su didesniais sunkumais užmiegant. Labiau pasireiškiantys sunkumai identifikuojant jausmus susiję su prastesne bendra miego higiena. Taip pat rezultatai parodė, kad labiau pasireiškiantys sunkumai apibūdinant ir identifikuojant jausmus bei į išorę orientuoto mąstymo sunkumai yra susiję su dažnesniu vaistų dėl blogo miego vartojimu. Kintamųjų mediacinių ryšių analizė leido teigti, kad prastesnė miego higiena yra tarpinis veiksnys (mediatorius) didesnio aleksitimiškumo ir prastesnės miego kokybės sąsajoje.

Sąsają tarp suaugusių žmonių didesnio aleksitimiškumo bruožų išreiškumo ir trumpesnio miego laiko nustatyta nebuvo.

SUMMARY

Jurgita Černiauskienė The Relationship between Alexithymia Traits, Sleep Quality and Sleep Hygiene in Adults: master of psychology work / scientific mentor prof. dr. A. Perminas. Vytautas Magnus University. Faculty of Social Sciences. Psychology department. – Kaunas, 2018. – 71 p. [Manuscript]. Kept in the Library of Vytautas Magnus University.

Key words: adults, alexithymia traits, sleep hygiene, sleep quality.

The object of the research is to determine the relationship between alexithymia traits, sleep quality and sleep hygiene in adults.

234 adults, who are living and working in the city of Kaunas, have participated in the research: 116 men and 118 women, the age average of them was equal to 38.10 ± 13.34 years.

A quantitative research was carried-out and a questionnaire was formed by using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby, Parker & Taylor, 1994), Sleep Hygiene Index (SHI) (Mastin, Bryson & Corwyn, 2006), Sleep Quality Scale (Yi, Shin & Shin, 2006), social-demographic questions and questions on the peculiarities of sleep, as well as, health.

After carrying-out the data analysis it was determined, that more prominent difficulties in identifying feelings are related to daytime dysfunction, bigger difficulties in getting up and the general sleep quality, while more prominent externally-oriented thinking difficulties are related to bigger difficulties in falling asleep. More prominent difficulties in identifying feelings are related to a worse general sleep hygiene. The results as well showed that more prominent difficulties in describing and identifying feelings and externally-oriented thinking difficulties are related to a more frequent drug usage for lack of sleep. The analysis of variable mediation relationships allowed stating, that worse sleep hygiene is an intermediate factor (mediator) in the relationship of bigger alexithymia and worse sleep quality.

The relationships between bigger alexithymia traits expression and shorter sleep time in adults were not determined.

IVADAS

Temos aktualumas. Kasdieninėje veikloje žmonės dažnai kalba apie įvykius, kurie susiję su įvairiomis emocijomis ir išreiškia jas 88–96% viso bendravimo laiko (Finkenauer & Rimé, 1998). Taip emocijos ir jų kontrolė ne tik padeda palaikyti socialinius santykius siekiant adaptuotis, tačiau ilginiui daro įtaką sveikatai, subjektyviai vertinamai gerovei (Pa'ez, Seguel & Martí'nez-Sa'nchez, 2013). Vienas iš veiksnių, atspindinčių sveikatą ir asmeninę gerovę, yra miegas. Deja, kaip teigia M. M. Ohayon (2002, cit. pagal Dobing, Frolova, McAliste & Ringrose, 2016), nemiga, su miegu susijusiomis problemomis skundžiasi 6–70% pasaulio gyventojų. Miego kokybė – vienas svarbiausių miegą aprašančių veiksnių, dėl kurio diskutuoja daugybė mokslininkų, bandančių pateikti miego kokybę atspindinčius, paaiškinančius aspektus. H. Yi, K. Shin, C. Shin (2006) teigia, kad miego kokybę atspindi tokie aspektai kaip funkcionavimas dienos metu, poilsio jausmo po miego pajautimas, sunkumai užmiegant ar prabundant/atsikeliant, prabudimai/miego gilumas bei pasitenkinimas miegu.

Vis tik, nors miegas yra savita organizmo funkcijų visuma, didelę reikšmę jos pasireiškimui turi ir šalutiniai veiksniai, ne retai apibrėžiami kaip miego higiena (Abe et. al., 2011). Miego higiena aiškinama kaip elgesio ir aplinkos veiksnių visuma, lemianti miego kokybę ir budrumą dienos metu. Atsižvelgiant į tai, analizuojami tokie elgesio ir gyvenimo ypatumų aspektai kaip sveikatos praktikos (dieta, fizinis aktyvumas), su miegu susijęs elgesys (miego režimas, veikla prieš miegą), aplinkos veiksniai (šviesa, triukšmas). Kiti autoriai (Ellis, Hampson, & Cropley, 2002) mini tokius aspektus kaip kofeino, nikotino, alkoholio, vaistų vartojimą, nusenidimą dienos metu, relaksacijos praktikavimą, patogios, komfortiškos aplinkos įsirengimą ir pan. Remiantis tuo manoma, kad miego kokybe besiskundžiantys žmonės dažniau vartoja alkoholį yra mažiau fiziškai aktyvūs, dirba ne standartinėmis valandomis, nuolat patiria stresą, jaučia menką socialinį palaikymą ir pan. (Cheek, Shaver, & Lentz, 2004; Kim, Uchiyama, Okawa, Liu, & Ogihara, 2000). Priešingai, žmogaus galias atitinkantis fizinis aktyvumas, palankios aplinkos sąlygos, mažesnis stresas bei nerimas leidžia vertinti kokybiškesnį miegą ir su juo susijusias žmogaus gyvenimo sritis (Dobing et. al., 2016; ElArab, Rabieaand, & Ali, 2014).

Miego kokybė bei miego higiena taip pat siejama su asmenybės ypatumais. Rezultatai rodo, kad didesniu sąmoningumu pasižymintys žmonės pasižymi ir sveikatai palankesniu elgesiu bei bendrai geriau vertinama sveikata (Bogg & Roberts, 2004), tuo tarpu neurotiškumas siejamas su sveikatai nepalankiu elgesiu, o tuo pačiu ir prastesne miego kokybe (Williams & Moroz, 2009).

Viena iš su sveikata susijusių asmenybės savybių yra aleksitimija. Aleksitimija aiškinama kaip asmenybės konstruktas, pasireiškiantis sunkumais atpažįstant, apibūdinant ir išreiškiant emocijas, į išorę orientuotu mąstymo stiliumi, vaizduotės ribotumais (Taylor & Bagby, 2004). Taip aleksitimija siejama su nervų sistemos aktyvumu, kognityviniais procesais (Taylor, Bagby & Parker, 1997), neteisingu somatinių pojūčių interpretavimu (Vazquez et. al., 2010), psichosomatinėmis ligomis (Iglesias-Rey et. al., 2012), didesniu astmos pasireiškimu (Vazquez et. al., 2010), depresiškumu (Honkalampi et. al., 2000), prastesne miego kokybe (Bauermann, Parker, & Taylor, 2008) bei kitais sveikatos negalavimais.

Darbe aptariamų reiškinių sąsajas analizuojantys mokslininkai pastebi, kad aleksitimija ir miego problemos susiję. L. De Gennaro, M. Martina, G. Curcia, M. Ferrara (2004) nustatė, kad aleksitimiškumas siejamas su tokiais miego kokybės problemomis kaip subjektyviai vertinamu mieguistumu, nemiga, vaikščiojimu per miegus, sunkumais atsikeliant ar košmariškais sapnais. Tai, kad aleksitimija susijusi su tokiais miego aspektais kaip miego kokybe, trukme, prabudimais, savijauta dienos metu, mieguistumu, vaikščiojimu miego metu patvirtina ir kiti mokslininkai (Bauermann et. al., 2008). Kiti autoriai aptardami reiškinių sąsajas nurodo, kad aleksitimijai būdingi emocijų reguliacijos sunkumai lemia sveikatai nepalankaus elgesio pasireiškimą. Prasta emocijų kontrolė lydi prie kompulsyvaus, sveikatai nepalankaus elgesio, pvz. alkoholio, nesveiko maisto vartojimo. Dėl šios priežasties, aleksitimija siejama su valgymo sutrikimais, priklausomybe nuo alkoholio, narkotikų, kas reikšmingai įtakoja ir miego kokybę (Lumley, Neely, & Burger, 2007).

Mokslinė problema. Aleksitimijos, miego higienos bei miego kokybės sąsajų supratimą apsunkina keletas probleminių aspektų. Diskutuojama apie aleksitimijos ištakas siejant jas su paveldimumu, aplinka (Beresnevaitė, 2003, Taylor & Bagby, 2004) bei akcentuojant nerimo ir depresiškumo pasireiškimą svarbą (Nikolaou et. al., 2010). Temos probleminiu klausimu yra ir tai, jog randama prieštarų rezultatų suprantant miego higienos veiksnių reikšmę miego kokybės vertinimui. Pavyzdžiui, vieni autoriai pripažįsta fizinio aktyvumo svarbą bei informacinių, komunikacinių priemonių žalą vertinant miego kokybę (Custers & Van den Bulck, 2012), tuo tarpu kiti tokių duomenų nepatvirtina ar jiems prieštarauja (Abe et. al., 2011). Aptariant reiškinių sąsajas skiriama, jog nėra tiksliai aišku kokie aleksitimijos aspektai ir kaip yra susiję su miego higienos ir miego kokybės raiška (Godin et. al., 2013). Kitų tyrimų rezultatai rodo, jog nors minima miego higienos svarba miego kokybei, randama ir prieštaraujančių rezultatų, kuriais teigiama, kad miego higiena nebuvo reikšmingas kintamasis vertinant aleksitimijos ir miego kokybės sąsajas (Bauermann et., al., 2008).

Taip pat dažnai manoma, kad emocijų sunkumus patiriantys žmonės pateikia objektyviems matavimams prieštaraujančius rezultatus, dėl ko tampa sudėtinga įvertinti tiesioginę aleksitimijos reikšmę visapusiškai asmens savijautai (Iglesias-Rey et. al., 2012). Praktikoje, dirbant su aleksitimiškumu pasižyminčiu žmogumi diskutuojama dėl pagalbos efektyvumo. Viena vertus, tokie asmenys suprantami kaip stokojantys introspekcijos, negebantys išsiaiškinti problemų priežasčių (Lumley et. al., 2007), kita vertus, akcentuojama psichoterapijos reikšmė mažinant sveikatos nusiskundimus ir gerinant miego kokybę (Beresnevaitė, 2003). Be to, teigiama, jog nors aleksitimija vertinama kaip asmenybės bruožas ir dėl to mažai kinta gyvenimo eigoje, tačiau emocijų valdymo, bendravimo įgūdžių lavinimas yra naudingas (Lumley et. al., 2007), kas vėlgi kelia klausimų dėl aleksitimijos ilgalaikiškumo ir poveikių priemonių taikymo bei efektyvumo.

Šie ir panašūs klausimai plačiai analizuojami užsienio mokslininkų darbuose (Bauermann, Parker & Taylor, 2008; Donges, Kersting & Suslow, 2013; Mattila et. al., 2010; Nikolaou et al., 2010 ir kt.). Deja, Lietuvoje susidomėjimas šia sritimi yra mažesnis – stokojama miego kokybės ir atskirų aleksitimijos komponentų sąsajų tyrimų (Kavaliauskaitė-Kesarauskienė, Perminas ir Jarašiūnaitė, 2012), dar mažai žinoma apie aleksitimijos ir kai kurių somatinių ligų sąsajas (Mattila et. al., 2010) bei miego higienos įtaką miego kokybės gerinimui (Cheek, Shaver & Lentz, 2004). Atsižvelgiant į tai, šio darbo **tikslas** – nustatyti aleksitimiškumo bruožų, miego higienos ir miego kokybės reiškinius ir galimas jų sąsajas.

Sąvokų apibrėžimas

Aleksitimija – ilgalaikėje perspektyvoje mažai kintanti asmenybės charakteristika, išreiškiama per sunkumus atpažįstant ir įvardinant emocijas/jausmus ir į išorę orientuotą mąstymą (Nikolaou et. al., 2010).

Remiantis tuo, *aleksitimiškumas* suprantamas kaip lygis, kuriuo pasireiškia emocijų atpažinimo, reiškimo bei į išorę orientuoto mąstymo sunkumai.

Miego higiena – asmens pasirenkamas elgesys ir jo aspektų visuma, veikianti miego kokybę ir ją atspindinčius kintamuosius (Chien-Ming, Shih-Chun, Shih-Chieh & Chung-Ping, 2010).

Miego kokybė – atskirų miego komponentų ir jų visumos gerumo lygis, pasireiškiantis per patiriamus sunkumus dienos metu, poilsio po miego pajautimą, sunkumus užmiegant/atsikeliant, pasitenkinimą miegu, prabudimų skaičių (Yi et. al., 2006).

I. TEORINĖ SUAUGUSIŲJŲ ALEKSITIMIŠKUMO BRUOŽŲ, MIEGO KOKYBĖS IR MIEGO HIGIENOS SĄSAJŲ TEMOS ANALIZĖ

1.1. Aleksitimiškumo samprata ir problema

Kasdieniniame gyvenime emocinės reakcijos kyla be specialių intencijų ar dėmesio sutelkimo bei atlieka svarbią adaptacinę rolę tarpasmeniniuose santykiuose. Deja, aleksitimijos atveju šis procesas yra kitoks (Donges, Kersting & Suslow, 2013). M. A. Lumley ir kt. (2007) teigia, kad 1960–1970 metais, kada pastebėta, jog gydant įvairius sveikatos nusiskundimus psichodinaminė psichoterapija nepadeda sulaukti norimų pokyčių, pradėta analizuoti aleksitimija, kuria, kaip teigia O. Mason, M. Tyson, C. Jones, S. Potts (2005), pasižymi 7–13% visos populiacijos.

Pačia bendriausia prasme aleksitimija suprantama kaip žodžių trūkumas emocijoms išreikšti. G. J. Taylor, R. M. Bagby (2004) aleksitimiją apibrėžia kaip asmenybės konstrukta, susijusį su sunkumais atpažįstant, apibūdinant ir išreiškiant emocijas/jausmus, į išorę orientuotu mąstymo stiliumi, vaizduotės ribotumais, kas susiję su emocijų savireguliacijos mechanizmais ir fiziniu atsaku į gyvenimo įvykius ir kūno pojūčius. Tokius aspektus akcentuoja ir kiti mokslininkai (Beresnevaitė, 2003; Sánche, Larrieux, Rovira & Costa Ball, 2013), teigdami, jog aleksitimija apibūdinama kaip emocijų reguliavimo deficitas, charakterizuojamas sunkumais atpažįstant ir išreiškiant emocijas. Remiantis tuo, aleksitimiškumas gali būti suprantamas kaip lygis, kuriuo pasireiškia emocijų atpažinimo, reiškimo bei į išorę orientuoto mąstymo sunkumai.

J. K. Larsen ir kt. (2003), analizuodami aleksitimiją teigia, jog galima skirti du jos tipus: **pirmasis** tipas apibūdinamas kaip klasikinis ir siejamas su minimaliu emocijų pažinimu ir jų verbalizavimu, orientacija į išorę. **Antrasis** tipas siejamas su padidintu neigiamų emocijų reiškimu, nors ir sudėtinga tas emocijas konkrečiai įvardyti. Klausiant žmogaus apie tam tikroje situacijoje patiriamas emocijas, jis gali susierzinti (į klausimą atsakyti „Aš nežinau“), pateikti paprastus atsakymus („Jaučiuosi blogai“), įvardyti kūno pojūčius („Man skauda skrandį“) ar kalbėti apie elgesį („Noriu griauti sienas“). Dėl tokio ribotumo išreiškiant emocijas, terapiniame santykiyje aleksitimija pasižymintys žmonės apibūdinami kaip neproduktyvūs, neturintys vaizduotės, nuobodūs ar kaip žmonės, su kuriais ypatingai sunku užmegzti bet kokią terapinį ryšį (Lumley et. al., 2007).

Kitas aspektas analizuojant aleksitimiškumą – reiškinių vystymąsi lemiančios priežastys bei pasireiškimas ilgalaikėje perspektyvoje. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, keliamas klausimas apie tai, aleksitimiją reikėtų aiškinti kaip bruožą ar būseną (Taylor & Bagby, 2004). Reiškinių vystymo pradininkas, P. E. Sifneos, aleksitimiškumą apibrėžė kaip asmenybės bruožą, apibūdinamą žodžių trūkumu nuotaikai, emocijoms išreikšti. Autorius taip pat pastebėjo, jog aleksitimiškumas nėra žmogaus negebėjimas patirti emocijas, tačiau tai yra sunkumai jas įvardijant, išreiškiant (Taycan et al., 2017). Aleksitimiškumo pasireiškimo pastovumą laike patvirtina įrodymai, kuriais teigiama, kad reiškinys sąlygotas paveldimumo bei savitos smegenų veiklos, lemiančios emocijų išgyvenimo, patyrimo, suvokimo bei įsisąmoninimo ribotumus (Donges et al., 2013). Pastaruosius duomenis patvirtina ir longitudinalių tyrimų rezultatai, įrodantys aleksitimijos pasireiškimo pastovumą ilgalaikėje perspektyvoje (Martínez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003).

Aleksitimiškumą kaip būseną aiškinantys tyrėjai teigia, jog tai gali būti vaikystėje patirtų sunkumų, traumų pasekmė, o ilgą laiką trukę tam tikri emocijų įsisąmoninimo, raiškos ypatumų procesai tampa asmenybės apibūdinančiais veiksniais (Taylor & Bagby, 2004; Beresnevaitė, 2003). Diskusijas dėl aleksitimiškumo kaip bruožo ar būsenos supratimo skatina ir aleksitimiškumo bei depresiškumo sąsajų analizės rezultatai. Mokslininkai diskutuoja dėl to, ar aleksitimiškumas ir depresiškumas gali pasireikšti nepriklausomai, ar yra neatsiejamai susiję. Teigiantys, jog depresiškumas bei aleksitimiškumas yra nepriklausomi reiškiniai, palaiko aleksitimiškumo kaip bruožo sampratą, o aleksitimiškumą kaip būseną vertinantys tyrėjai analizuoja aleksitimiškumo ir depresiškumo kaip būsenų komorbidiškumą (Taycan et al., 2017). Nepaisant šio diskutuotino ir mokslininkų neatsakymo klausimo, K. Honkalampi ir kt. (2000a) teigia, jog aleksitimiškumas sumažėjo sumažėjus depresijos pasireiškimui. Taigi, nors aleksitimiškumas gali būti suprantama kaip asmenybės bruožas, sąsajos su psichikos sveikatos problemomis leidžia teigti, jog aleksitimiškumas gali būti ir nuo aplinkybių priklausanti būsena (Lumley et. al., 2007).

Analizuojant pastarąjį probleminį aspektą galima remti ir G. J. Taylor (2000), kuris teigia, jog esminis aleksitimiškumo pasireiškimo supratimas neatsiejamas nuo kognityvinių bei afektinių charakteristikų. Autorius akcentuoja, jog aleksitimiškumas susijęs su kognityviniais procesais, kurie neatsiejami nuo emocijų reguliacijos bei pasireiškia tuo, jog patirdamas sunkumus identifikuojant, suprantant jausmus, akcentuojant išorės veiksnius ir neigiamą patyrimą, žmogus susiduria su verbalinės ir neverbalinės raiškos problemomis, kurių neišsprendimas palaiko uždara problemos ratą.

Tai, jog aleksitimiškumą apibūdinantys aspektai (sunkumai identifikuojant, apibūdinant jausmus bei į išorę orientuotas mąstymas) lemia įvairius sunkumus patvirtina ir eksperimentiniu būdu atliktų tyrimų rezultatai. J. D. Parker, G. J. Taylor, R. M. Bagby (1993) tiriamiesiems pateikė bazinių emocijų stimulus prašydami įvertinti patiriamos emocijos intensyvumą. Rezultatai parodė, jog aleksitimiškumu pasižymintiems žmonėms atlikti užduotis sekėsi prasčiau, lyginant su šio požymio neturėjusiais asmenimis. Panašūs dėsningumai nustatyti ir R. D. Lane ir kt. (2000) darbe, kuriame teigta, kad stipresnis aleksitimiškumo pasireiškimas buvo susijęs su didesniais bazinių emocijų atpažinimo sunkumais. Tirdami aleksitimiškumą ne tik pateikiant vizualinius, tačiau kartu ir leksinius stimulus, N. Vermeulen, O. Luminet, O. Corneille (2006) taip pat patvirtino, kad reiškinys susijęs su sunkumais atpažįstant emocijas.

Kita vertus, randama ir prieštaraujančių rezultatų. U. S. Donges ir kt. (2013) teigia, kad P. W. McDonald, K. M. Prkachin (1990) buvo pirmieji mokslininkai, analizavę, kaip aleksitimija pasižymintys žmonės suvokia veido išraiškas, vaizduojamas emocijas. Tyrimo rezultatai parodė, kad nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų tarp vyrų, pasižyminčių ir nepasižyminčių aleksitimija, vertinant bazines emocijas. R. Pandey, M. K. Mandal (1997) taip pat nustatė, kad aleksitimiškumu pasižymėję žmonės nesiskyrė savo gebėjimais atpažįstant bazines emocijas.

Kaip matyti, aleksitimiškumo kaip multidimensinio reiškinio supratimas kelia daug diskusinių klausimų, todėl analizė atliekama ne tik eksperimentiniu būdu, tačiau vykdant ir smegenų regionų biocheminių žymenų tyrimus, tomografiją, magnetinį rezonansą ar elektroencefalografiją. Vis tik, dažniausiai remiamasi kiekybiniu tyrimu surinktais duomenimis panaudojant klausimyną – Toronto aleksitimijos skalę (angl. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)). Instrumentas apima šiuos faktorius:

- sunkumus atpažįstant emocijas/jausmus;
- sunkumus išreiškiant/apibūdinant emocijas/jausmus;
- į išorę orientuotą mąstymą (Nikolaou et. al., 2010).

Kaip matyti, klausimynas skirtas įvertinti aleksitimiškumą apibūdinančius veiksnius, o kaip pažymi G. J. Taylor, R. M. Bagby (2004), klausimynas yra ne tik dažniausiai naudojamas moksliniuose tyrimuose, tačiau ir pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis.

Apibendrinant aleksitimiškumo sampratos aiškinimą reikia pažymėti, jog pats reiškinys apibrėžiamas pakankamai vienareikšmiškai, išskiriant sunkumų identifikuoti, apibūdinti jausmus, į išorę orientuoto mąstymo bei vaizduotės ribotumo aspektus. Dėl šios priežasties šiame darbe bus vadovujamasi aleksitimiškumo kaip bruožo samprata, teigiant, jog aleksitimiškumas *tai ilgalaikėje perspektyvoje mažai kintanti asmenybės charakteristika, išreiškiama per sunkumus atpažįstant ir įvardijant emocijas bei į išorę orientuotą mąstymą*. Kita vertus, reiškinio prigimtis

sulaukia mokslininkų dėmesio, o reiškinių analizės pradininkų bei šių dienų mokslininkų įžvalgos apie neigiamas aleksitimiškumo pasekmes skatina analizuoti aleksitimiškumo bei sveikatos sąsajų ypatumus.

1.2. Aleksitimiškumas ir sveikatos problemos

Kaip jau minėta, aleksitimiškumo reikšmė sveikatai nustatyta dar 1973 metais, kada P. E. Sifneos pastebėjo, kad psichoterapijos seansuose žmonės, kurie patiria įvairius sveikatos negalavimus, susiduria su sunkumais apibūdinant, išreiškiant jausmus, randant tinkamus žodžius savo būsenai nusakyti. Ne retai šie pacientai pasižymėdavo ir skurdžia vaizduote bei orientavosi į esamus dalykus, tačiau ne su jais susijusį emocinį patyrimą (Taycan et al., 2017).

Vertinant aleksitimijos ir sveikatos rodiklių sąsajas teigiama, kad nors aleksitimija siejama su įvairiais sveikatos sunkumais, pati savaime ji nevertinama kaip klinikinis sutrikimas (Guilbaud et. al., 2003, cit. pagal Kavaliauskaitė-Kesarauskienė ir kt., 2012). Vis tik, analizuojant aleksitimiškumo bruožų raišką pastebima, jog aleksitimiškumu pasižyminčių žmonių kalboje emociniai aspektai tarsi praleidžiami, o kūno pojūčiai sunkiai suprantami bei įvardijami. Dėl šios priežasties, ne retai objektyvūs ir subjektyvūs sveikatos negalavimai neatitinka vieni kitų dėl neteisingo interpretavimo (Iglesias-Rey et. al., 2012; Vazquez et al., 2010).

Atsižvelgiant į tai, mokslininkus domina kokie mechanizmai susiję su neigiama aleksitimiškumo reikšme sveikatai. Vienas iš teorinių požiūriu paremtas tuo, jog aleksitimiškumu pasižymintys žmonės stokoja emocijų valdymo gebėjimų ir tai lemia sveikatos problemų vertinimą. Stokodami gebėjimų suprasti bei verbaliai ir neverbaliai išreikšti emocijas, žmonės jas tarsi užslopina ir tai skatina fiziologinių procesų aktyvumą, kuris ilgainiui „išveda“ organizmą iš homeostazės būsenos. Taip pat akcentuojama neigiama aleksitimiškumo reikšmė sveikatai gali pasireikšti dėl emocijų reguliacijos gebėjimų nulemtos įgūdžių stokos reguliuojant emocijas, valdant stresą keliančias situacijas ar išskiriant pozityvią patirtį. Pozityvumu pasižymintys žmonės dažniau patiria džiaugsmą, laimės jausmą, pasižymi entuziastingumu, deja, aleksitimiškumas siejamas su neigiamu emociniu fonu. Galiausiai, žmogus gali pasižymėti tam tikromis asmenybės savybėmis, kurios savaime dažniau siejamos su sveikatos sunkumais, o kartu pasireiškiant ir aleksitimiškumui, poveikis dar labiau sustiprinamas (Dubey & Pandey, 2013). Šias įžvalgas patvirtina ir D. Pa'ez ir kt. (2013) teikgdami, kad aleksitimiškumu pasižymintys žmonės pasižymi mažiau išreikštu ekstravertiškumu ir su tuo susijusiu mažesniu humoro jausmu, menkesniais emocijų reguliacijos gebėjimais, o visa tai sumažina asmens

adaptacijos galimybes, lemia prastesnę subjektyviai vertinamą asmeninę gerovę bei visapusiškai prastesnį žmogaus funkcionavimą.

Analizuojant aleksitimiškumo ir sveikatos sąsajas iš fizinių negalavimų perspektyvos pastebima, jog tokie aleksitimiškumo bruožai kaip sunkumai atpažįstant ir apibūdinant jausmus, buvo susiję su didesniu astmos pasireiškimu (Vazquez et. al., 2010). M. Iglesias-Rey ir bendraautorių (2012) duomenimis, sunkumai atpažįstant jausmus ir į išorę orientuotas mąstymas buvo esminiai bruožai apibūdinant žarnyno problemų vertinimą. Kitų mokslininkų tyrimuose taip pat nustatyta, kad labiau aleksitimiškumo bruožais pasižymintys žmonės dažniau skundžiasi neaiškios kilmės virškinimo veiklos ar širdies ir kraujagyslių sistemos, somatoforminiais negalavimais (Boye et. al., 2008; Dubey & Pandey, 2013; Taylor, 2000).

A. Nikolaou ir kt. (2010) teigia, jog nors nustatoma aleksitimiškumo reikšmė sveikatai, sunku įvertinti tiesiogines sąsajas, nes pats aleksitimiškumas gali būti ligų padarinyš. Remiantis tuo, I. Godin (2013) teigia, jog nors aleksitimija ir depresija gali būti suprantami ir kaip nepriklausomi reiškiniai, tačiau randamos teigiamos jų sąsajos. K. Honkalampi ir kt. (2000b) taip pat nustatė stiprų ryšį tarp aleksitimijos ir depresiškos nuotaikos, o K. Honkalampi ir kt. (2000a) teigia, jog aleksitimija dėl sunkiai reguliuojamų emocijų yra depresijos lydimą būseną.

D. De Berardis ir kolegų (2017) tyrimo rezultatai parodė, kad aleksitimiškumas sietas su lėtinio streso pasireiškimu, dažnesnėmis suicidinėmis intencijomis bei didesniu generalizuoto nerimo pasireiškimu, o sunkumai identifikuojant jausmus buvo stipriausiai susiję su suicidine rizika. Interpretuodami rezultatus autoriai teigė, kad emocinio patyrimo nepažinimas, sunkumai jį valdant pasireiškia per jaučiamą nerimą. Nerimas neatsiejamas ir nuo depresiškumo pasireiškimo, todėl visa tai lemia somatinių negalavimų vertinimą ar suicidines mintis.

Kitų autorių darbe (Dubey & Pandey, 2013) nustatyta, jog sunkumai identifikuojant, apibūdinant jausmus bei bendras aleksitimiškų bruožų vertinimas sietas su somatiniais negalavimais, nerimu ir nemiga bei depresiškumu. Tuo tarpu sąsajų tarp aleksitimiškumo bruožo – į išorę orientuoto mąstymo, bei somatinių negalavimų, nerimo ir nemigos, socialinės disfunkcijos ir depresiškumo nustatyta nebuvo.

Panašūs rezultatai nustatyti ir M. Bahreman, M. Alikhani, A. Jalali, M. Mahboubi, V. Farnia (2017), kur sunkumai identifikuojant ir apibūdinant jausmus sieti su prasčiau vertinta psichikos sveikata, o sąsajų tarp psichikos sveikatos ir į išorę orientuoto mąstymo bruožo nustatyta nebuvo. Kita vertus, tyrėjai pažymėjo, jog psichikos sveikatos vertinimą lemia ne tik aleksitimiškumo raiška, tačiau ir socialinė parama – suteikiamas šeimos palaikymas.

Socialiniame gyvenime aleksitimiškumas taip pat siejamas su įvairiais sunkumais. Nustatyta, jog aleksitimiškumu pasižymintys žmonės patiria sunkumus atpažindami emocines

reakcijas stebint išraiškas. Dėl šios priežasties socialinėse situacijose šie žmonės gali būti vertinami kaip stokojantys empatijos, gali pasireikšti bendravimo sunkumai, bendravimo įgūdžių stoka (Martinez-Sanchez, Fernández-Abascal, & Sánchez-Pérez, 2017). Remiantis tuo, socialinėje sferoje aleksitimija neigiamai susijusi su socialiniu dalijimusi emocijomis, t. y. prastesniu socialiniu funkcionavimu (Sánchez, 2013).

Aleksitimijos ir gyvenimo kokybės vertinimo sąsajas analizavę A. K. Mattila ir kt. (2010) nustatė, jog šie reiškiniai susiję. Tyrėjų darbe aleksitimija sieta su penkiolika gyvenimo sričių, tokių kaip mobilumas, regėjimas, klausa, valgymas, aktyvumas, depresiškumas, seksualinis aktyvumas, miegas ir pan. T. M. Bauermann ir kt. (2008) bei A. Nikolaou ir kt. (2010) taip pat nustatė, jog aleksitimijos reikšmė gyvenimo kokybei gali būti ne tiesioginė, o paveikiant miego kokybės vertinimą, kas lemia ir gyvenimo kokybės supratimą.

Galiausiai, aleksitimiškų bruožų pasireiškimas neatsiejamas ir nuo tokių veiksnių kaip lyties, amžiaus, vedybinio statuso, išsilavinimo ar kitų sveikatos negalavimų (Mattila et. al., 2010).

Apžvelgus mokslinę literatūrą galima pastebėti, jog aleksitimiškumas yra multidimensinis reiškinys, siejamas su biologiniais, asmenybės ar aplinkos veiksniais. Deja, mokslinės literatūros analizė rodo, jog aleksitimiškumo bruožai siejami su įvairiais sveikatos negalavimais, menkesniu gyvenimo kokybės vertinimu, o atsižvelgiant į tai, jog miegas yra svarbus rodiklis, neatsiejamas nei nuo sveikatos, nei nuo gyvenimo kokybės, toliau bus analizuojamas miego kokybės reiškinys.

1.3.Miego kokybė

Miegas – tai įvairias organizmo funkcijas padedantis palaikyti resursas ar elgesys, kuris padeda atkurti visapusiškam organizmo funkcionavimui reikalingus resursus (Mikaliūkštienė ir kt. 2013). Taip pat, apžvelgus skirtingų autorių įžvalgas apie tai, kaip reikėtų suprasti miego sampratą, galima pažymėti, jog *miegas – periodiška, funkcinė žmogaus ramybės būseną, pasireiškianti specifiniu centrinės nervų sistemos ir viso organizmo neveiklumu, gyvybiškai svarbių funkcijų sulėtėjimu, kas lemia visapusiškam organizmo funkcionavimui reikalingų resursų atkūrimą* (Psichologijos žodynas, 1993; Varoneckas, Alonderis ir Podlipskytė, 2012; Žakevičius, Liesienė, Masaitienė ir Rukšėnas, 2009). Kita vertus, nepakanka kalbėti tik apie miegą, svarbu atsižvelgti ir į jį aprašantį rodiklį – kokybę.

Mokslinėje literatūroje miego kokybė apibūdinama remiantis tam tikrais miego komponentais ir jų visuma. Skiriami tokie miego kokybę apibrėžiantys veiksniai kaip užmigimo

laikas, miego trukmė, prabudimai, savijauta dienos metu. A. G. Harvey ir kt. (2007) aptardami miego kokybę atspindinčius veiksnius pastebėjo, jog jais gali būti judėjimas miego metu, savijauta nubudus bei visą dieną, noras imtis veiklos ar užmigimo laikas. Taip pat akcentuojami tokie aspektai kaip miego efektyvumas, trukmė, poilsio jausmas po miego. Prasta miego kokybė apibūdinama nemiga, jaučiamu nuovargiu, mieguistumu (Bazydlo et. al., 2001), o sunkumai užmiegant, prabudimai, mieguistumas dienos metu yra pagrindiniai nusiskundimai, susiję su miegu (Porkka-Heiskanen, Zitting & Wigren, 2013).

Kiti tyrėjai apžvelgę skirtingų autorių rezultatus taip pat priėjo prie išvados, kad mieguistumas, prabudimai, pasitenkinimas miegu, savijauta dienos metu padeda apibūdinti miego kokybės vertinimą (Yi et al., 2006). Pastarieji mokslininkai miego kokybę apibrėžė analizuodami funkcionavimo dienos metu, poilsio po miego jausmo, sunkumų užmiegant/atsikeliant, prabudimų bei pasitenkinimo miegu aspektus. Šių aspektų analize bus remiamasi ir empirinėje darbo dalyje vadovaujantis požiūriu, jog miego kokybė tai *atskirų miego komponentų ir jų visumos gerumo lygis, pasireiškiantis per patiriamus sunkumus dienos metu, poilsio po miego pajautimą, sunkumus užmiegant/atsikeliant, prabudimų skaičių bei bendrą pasitenkinimą miegu* (Yi et. al., 2006).

N. B. Becker, S. N. Jesus, K. A. D. R. João, J. N. Viseu bei R. I. S. Martins (2016) remdamiesi Amerikos psichiatrų asociacijos duomenimis (2013) teigia, jog miego kokybės problemos neatsiejamos nuo funkcionavimo įvairiose gyvenimo srityse sunkumų. Vienas jų – sveikata. Įvairūs autoriai kokybišką miegą sieja su geresne dėmesio koncentracija, pozityviau vertinama gyvenimo kokybe, mažesniais nuotaikos pokyčiais, motyvacija ar geresne streso įveika (Suen et. al., 2010; Azhari, Ghorbani, Esmaily & Hashemabadi, 2013; Kivisto et. al., 2008; Segrin, Burke, 2014). Kita vertus, pasireiškiant miego kokybės vertinimo sunkumams dažniau patiriami ir tokie sveikatos negalavimai kaip nuotaikos svyravimas, nerimas, depresiškumas, skundai širdies ir kraujagyslių ligomis, cukriniu diabetu, bendrai prasčiau vertinama sveikata ar gyvenimo kokybe (Abe et. al., 2011; Guadagni et. al., 2016; Güney et al., 2008; Nagai, Hoshida & Kario, 2010; Mikaliūkštienė ir kt., 2013).

Kaip matyti, miego kokybės ir sveikatos vertinimas yra glaudžiai susijęs, tačiau kaip pažymi M. A. Miller, H. Wright, C. Ji, F. P. Cappuccio (2014), su amžiumi miego kokybė gali kisti ir dėl kintančių neurologinių ypatumų, kognityvinių funkcijų. Dėl šios priežasties dažnai miego kokybės supratimas siejamas su vienu iš miego kokybę aprašančių aspektų – miego trukme (Pilcher, Ginter, & Sadowsky, 1997). Miego laikas siejamas su metabolizmo procesais, imuninės sistemos veikla, insulino, gliukozės lygiais ir kitais sveikatos ypatumais. I. Güney ir kt. (2008) rezultatais nustatyta, jog prastesnis miego kokybės bei trumpesnio miego laiko vertinimas

buvo susijęs su vyresniu amžiumi. Kiti tyrėjai taip pat pastebėjo, jog tiek trumpas (<6val), tiek ilgas miego laiko (>8 val) gali pasireikšti kognityvinės veiklos problemomis, kurios lemia ir bendrą prastesnį sveikatos vertinimą (Miller et al., 2014). F. P. Cappuccio, L. D'elia, P. Strazzullo, M. A. Miller (2010) duomenimis trumpesnis nei 5-6 valandų ir ilgesnis nei 8-9 valandų miegas yra žalingas sveikatai.

Įdomu ir tai, jog miego laiko ypatumai gali būti reikšmingi miego kokybės bei sveikatos vertinimui ne tik vyresnių, tačiau ir jaunesnių asmenų tarpe. Jauni žmonės, ypač pradėję mokytis universitete, dažnai susiduria su miego problemomis bei miego įpročių pasikeitimu, neatsiejama nuo prastesnės miego kokybės, sveikatos vertinimo ir prastėjančių akademinių pasiekimų (Pilcher et al., 1997). Tai pat jaunesni žmonės gali turėti daugiau atsakomybių, kas neišvengiamai kelia stresą. Kita vertus, jaunesnis amžius gali būti siejamas ir su didesne socialine parama, kuri vertinama kaip pozityvus miego kokybę lemiantis rodiklis (Galambos, Vargas Lascano, Howard, & Maggs, 2013; Pilcher et al., 1997). Nepaisant to, kitų tyrėjų darbe tokie aspektai kaip lytis, šeimyninis statusas ar rūkymas nebuvo sieti su miego kokybės vertinimu (Güney et al., 2008).

Dar vienas svarbus aspektas, neatsiejamas nuo miego trukmės ir miego kokybės – lovoje praleidžiamo laiko trukmė. Nors galima manyti, jog ilgesnis buvimas lovoje gali būti siejamas su didesniu poilsio jausmu, tačiau tyrimai to nepatvirtina ir rodo, kad miego, tačiau ne lovoje praleidžiamo laiko trukmė yra reikšminga miego kokybės vertinimui. Čia taip pat pastebima, jog buvimas lovoje nebūtinai reiškia miegą ir poilsį, tačiau ir nesėkmingą bandymą užmigti, vartymąsi bei kitas su miegu susijusias problemas (Pilcher et al., 1997). Remiantis tuo, pastarieji tyrėjai pažymėjo, kad miego kokybė, tačiau ne kiekybė vertinama svarbesniu veiksniumi vertinant sveikatą bei su sveikata susijusius rodiklius.

Galiausiai, remiantis tuo, jog miego kokybė su amžiumi linkusi blogėti, kyla klausimas ar medikamentinė pagalba gali padėti spręsti miego kokybės problemas. P. Lemoine, T. Nir, M. Laudon, & N. Zisapel (2007) rezultatais patvirtinta, jog vaistų dėl blogo miego vartojimas padėjo pagerinti miego kokybę. Vaistų reikšmė miego kokybei nustatyta ir X. Wu ir kolegų (2016) tyrime, kuriame teigta, kad vaistų vartojimas buvo susijęs su pailgėjusia miego trukme, gilesniu, efektyvesniu miegu bei bendrai geresniu subjektyviu miego kokybės vertinimu. Kita vertus, kyla klausimai ar miego kokybei skirti vaistai nesukelia šalutinio poveikio, lemiančio ne tik miego, tačiau ir kitų sveikatos rodiklių vertinimą.

Atsižvelgiant į tai, kad miego kokybė analizuojama per įvairių ją atspindinčių aspektų analizę, tampa neaišku kaip vertinti priežastinius ryšius siekiant suprasti miego kokybės ir sveikatos rodiklių sąsajas. Be to, papildomi klausimai kyla įtraukiant amžiaus, lyties, gyvenimo

būdo ir kitus kintamuosius (Abe et al., 2011). Pastarosios asmeninės charakteristikos gali būti veikiamos daugybės stresogeninių, aplinkos veiksnių, o visa tai sudaro tam tikrą ciklą, kuriame pasikartojantis elgesys daro įtaką sveikatai ir neadaptyvaus elgesio pasikartojamumui. Taip pat gali būti minima gyvenimo būdo kintamųjų – fizinio aktyvumo, darbo, emocinės būsenos, rūkymo, alkoholio, kofeino vartojimo bei cirkadinių ritmų ar ligų reikšmė (Šturienė, Kairys ir Jakubauskaitė, 2015). Taigi, nors miego kokybei gerinti gali būti paskirtas medikamentinis gydymas, elgesio keitimas bei miego higienos suregulavimas vertinami kaip didelę reikšmę miego kokybei turintys aspektai.

1.4. Miego higiena

Miego higiena – tai elgesio ir aplinkos veiksnių visuma, daranti įtaką miego kokybei ir budrumui dienos metu. Todėl miego higiena suprantama kaip pirminis veiksnys, leidžiantis vertinti miego kokybę ir su ja susijusius sunkumus (Bauermann, 2010). Y. Chien-Ming ir kt. (2010) teigia, jog miego higiena suprantama kaip elgesio taisyklės ir aplinkos faktoriai, veikiantys miego kokybę. Vertinant išsamiau pažymima, kad miego higiena yra susijusi su tokiais elgesio taisyklėmis, kaip sveikatos praktikos (dieta, fizinis aktyvumas), su miegu susijęs elgesys (miego režimas, veikla prieš miegą), o aplinkos veiksniams priskiriami šviesa, triukšmas ir panašūs faktoriai. Kiti autoriai (Ellis, Hampson & Cropley, 2002), kalbėdami apie miego higienos veiksnius, išskiria tokius aspektus, kaip kofeino, nikotino, alkoholio, vaistų vartojimą, nusnūdimą dienos metu, relaksacijos praktikavimą, patogios, komfortiškos aplinkos įsirengimą.

E. J. Stepanski ir J. K. Wyatt (2003) teigia, kad terminas *miego higiena* pirmiausia buvo panaudotas P. Hauri, kuris pateikė su miegu susijusias rekomendacijas nemiga besiskundžiantiems pacientams. Šios mokslininko pateiktos taisyklės pagrįstos moksliniais stebėjimais ir apima tokius veiksnius, kaip alkoholio vartojimą, elgesį, susijusį su geresne miego kokybe. Taigi, E. J. Stepanski ir J. K. Wyatt (2003) pateikia originalias mokslininko išskirtas rekomendacijas:

1. Miegoti tiek, kiek pakanka jaustis pailsėjusiu ir darbiniu dienos metu, tačiau ne daugiau.
2. Reguliarus kėlimasis ryte stiprina cirkadinius ritmus, kas lemia ir reguliariųėjimo miegoti laiką.
3. Teigiamą įtaką miego kokybei daro fizinis aktyvumas dienos metu.
4. Miegą, o kartu ir savijautą dienos metu, neigiamai veikia aplinkos triukšmas.
5. Kambaryje, kuriame miegama, svarbu sureguliuoti šilumos ir šalčio režimą.

6. Alkio jausmas neigiamai veikia miegą, todėl šiltas pienas ar panašūs gėrimai padeda miegą pagerinti.
7. Miegą reguliuojantys vaistai gali padėti pagerinti miego kokybę, tačiau nereikia jų vartoti ilgą laiką ir dažnai.
8. Kofeinas neigiamai veikia miego kokybę.
9. Alkoholis gali padėti užmigti greičiau, tačiau miegas būna nekokybiškas.
10. Vietoj to, jog stengiamasi užmigti ir tai daroma nesėkmingai, geriau atsikelti ir užsiimti pasirinkta veikla (Hauri, 1977, cit. pagal Stepanski & Wyatt, 2003).

Laikui bėgant, siūlomos miego higienos taisyklės keitėsi, o apibendrinę kelių mokslininkų duomenis, E. J. Stepanski ir J. K. Wyatt (2003) pažymėjo, kad norint vertinti miego higieną, o kartu ir miego kokybę, svarbūs tokie aspektai, kaip *sveikatos praktikos*. Joms, remiantis pastaraisiais duomenimis, priskiriami fizinis aktyvumas, užkandžių prieš miegą ribojimas, kofeino, alkoholio vengimas. Vertinant *su miegu susijusį elgesį* galima analizuoti tokius aspektus, kaip lovoje praleidžiamą laiką, vaistų, skirtų miegui, naudojimą, elgesio pakeitimą esant sunkumams užmiegant, relaksacijos praktikavimą ir pan. *Aplinkos veiksniams* galima priskirti pašalinio triukšmo, temperatūros kontrolę. Apibendrinus visa tai miego higiena šiame darbe bus aiškinama kaip asmens pasirenkamas elgesys ir jo aspektų visuma, veikianti miego kokybę ir ją atspindinčius kintamuosius.

Įvairių miego higienos veiksnių svarbos analizė rodo, jog vienu veiksnių dažnumas, o kitų pašalinimas, vengimas siejami su skirtinga miego kokybe. Taigi apibendrinus mokslininkų įžvalgas galima teigti, kad norint vertinti geresnę miego kokybę, labiausiai reikėtų atsižvelgti į kofeino, alkoholio vartojimą ir jų vengimą bei fizinio aktyvumo skatinimą. Lovoje praleidžiamo laiko kontrolei bei užkandžiavimui prieš miegą skiriama šiek tiek menkesnė reikšmė vertinant miego kokybę, o tokių miego higienos veiksnių, kaip skysčių vengimas ar maudymasis prieš miegą pasireiškimas vertinamas kaip mažiausiai svarbus miego kokybei. Visa tai leidžia teigti, jog nors svarbūs aplinkos ir elgesio komponentai, svarbiausiu komponentu yra tiesiogiai su sveikata susijęs elgesys – alkoholio, kofeino vartojimas ir fizinis aktyvumas.

Įprasta manyti, jog kofeinas ar kitos tonizuojančios priemonės padės išvengti mieguistumo bei kompensuos prastą miego kokybę (Gaultney, Collins-McNeil, 2009), tačiau kofeino, energetinių gėrimų, narkotinių medžiagų, alkoholio vartojimas, rūkymas siejami su prastesne savijauta, o kartu ir prastesniu miego kokybės vertinimu (Angelone, Mattei, Sbarbati & Di Orio, 2011; Chen, Gelaye & Williams, 2014). Nors alkoholio vartojimas dažnai traktuojamas kaip priemonė mažinti stresą ir greičiau užmigti, tačiau nustatyta, kad tai yra netinkamas miego higienos veiksnys, dar labiau pagilinęs su miegu susijusias problemas bei darantis įtaką bendrai

prasčiau vertinamai gyvenimo kokybei (Cheek et. al., 2004). C. D. Jefferson ir kt. (2005) taip pat nustatė, kad miego kokybe besiskundžiantys žmonės prieš miegą dažniau vartoja alkoholį, tačiau tai tik dar labiau pagilina jų miego problemas.

K. Kim, M. Uchiyama, M. Okawa, X. Liu ir R. Ogihara (2000) tyrimo duomenys leido vertinti, jog menkas fizinis aktyvumas susijęs su miego kokybės problemomis, tačiau Y. Abe ir kt. (2011) tokių duomenų nepatvirtino, kas leidžia teigti, kad sąsajų tarp fizinio aktyvumo ir miego kokybės nebuvo rasta. Vis tik, manoma, kad fizinis aktyvumas prisideda prie metabolizmo procesų, kūno temperatūros, kas padeda sumažinti nerimą, depresiją, kitus psichopatologinius simptomus bei gerina miego kokybę (Gregory, 2008; Wu et. al., 2015).

Analizuojant aplinkos veiksnių reikšmę nustatyta, kad besigydančiųjų ligoninėje miego kokybė buvo prastesnė, kas leidžia daryti išvadą, kad aplinkos miego higienos veiksniai darė įtaką miego kokybei (Dobing et. al., 2016). Pastarieji autoriai, kalbėdami apie aplinkos veiksnių reikšmę taip pat teigia, jog miego rutina, stresorių pašalinimas prieš miegą, elektroninių prietaisų naudojimo ribojimas yra reikšmingi vertinant miego kokybę. Vis tik, nors didelis dėmesys skiriamas elektroninių prietaisų naudojimui prieš miegą, analizuojant jų įtaką miego kokybei, duomenys labai nevienareikšmiški. K. Custers, J. Van den Bulck (2012) tyrimo rezultatai parodė, kad interneto bei televizijos naudojimas buvo susijęs su vėlesniu užmigimo laiku ir vėlesniu atsikėlimu. Nepaisant to, nei interneto naudojimas nei televizijos žiūrėjimas nebuvo susiję su prastesne miego kokybe ar nuovargiu dienos metu. Remiantis šiais duomenimis, mokslininkai priėjo išvados, jog medijos naudojimas nėra reikšmingas miego higienos veiksnys, susijęs su miego kokybe. Priešingai, N. Sukanuma ir kolegos (2007) pažymėjo, kad informacinių, komunikacinių priemonių naudojimas daro įtaką miego kokybei ir miego metu patiriamams trukdžiams. Taip pat, nors įprasta manyti, jog muzikos klausymas ar knygų skaitymas teigiamai veikia sveikatą, Y. Abe ir kt. (2011) rezultatai rodo, kad būtent tokios rūšies veikla buvo susijusi su prastesne miego kokybe. Galiausiai, vertinant suaugusiųjų miego kokybę, svarbus veiksnys yra darbo aplinka ir su darbu susijęs miego režimas. Dirbantieji nestandartinėmis valandomis, dirbantieji fizinį darbą, nuolat patiriantys stresą, konfliktus, susiduriantys su sunkiai įgyvendinamais reikalavimais, sulaukiantys mažai palaikymo iš kolegų darbuotojai susiduria ne tik su tokiomis problemomis kaip pablogėjusi atmintis, sunkumai priimant sprendimus, ilgesniu reakcijos laiku, vengimu prisiimti atsakomybę, vėlavimu į darbą, produktyvumo sumažėjimu, dažnesnėmis klaidomis, bet ir prastesne miego kokybe (AlMetrek, 2014; Gaultney & Collins-McNeil, 2009; Loft & Cameron, 2014).

Vienas iš mokslinėje literatūroje taip pat dažnai išskiriamų veiksnių – žinios apie miego higieną ir miego kokybę. L. K. P. Suen ir kt. (2010) teigia, jog būtent žinių apie miego higieną

trūkumas veikia miego higieną ir miego kokybę. Pastarieji autoriai, atlikę tyrimą su studentais nustatė, kad žinios apie miego higieną vertintos kaip ne itin teisingos. Daugelis klydo manydami, kad nusnūdimas dienos metu ar medikamentų miegui vartojimas negali sutrikdyti miego. Taip pat klysta manant, jog lova tinkama tokiai veiklai kaip televizoriaus žiūrėjimas, skaitymas ir pan., o tokie gėrimai kaip karštas šokoladas, žalioji, citrinų arbata, vitaminizuoti gėrimai negali veikti miego kokybės. Dėl šios priežasties autoriai nustatė, kad netinkamas miego higienos elgesys buvo susijęs su prastesne miego kokybe. Priešingai, miego režimo nusistatymas, sunkiai virškinamų užkandžių prieš miegą atsisakymas, psichoterapijos lankymas bei aplinkos dirgiklių pašalinimas gali reikšmingai veikti miego kokybę.

Edukacijos miego higienos tyrimų rezultatai rodo, kad programos, kuriose derinama edukacija miego higienos tema ir kognityviniai – elgesio keitimo pratimai (pvz. relaksacija) reikšmingai veikia miego kokybę. Todėl rekomenduojama edukacines miego higienos programas derinti su elgesio terapijos požiūriu, taip pat taikant relaksacijos pratimus, stimulų kontrolę, miego režimo pertvarkymą ar kognityvinę terapiją (Nishinoue et. al., 2012). M. Saeedi ir kt. (2014) tyrime miego higienos programos apėmė informacijos apie sveikatą suteikimą, aplinkos faktorių reikšmę miegui, cirkadiniams ritmams, o rezultatai leido vertinti šių programų efektyvumą ne tik gerinant miego kokybę nakties metu, tačiau ir funkcionavimą dienos metu. Vis tik, nors siekiant gerinti miego higieną, didelis dėmesys skiriamas šviečiamosioms miego higienos programoms bei elgesio keitimui (pvz. kofeino, nikotino, alkoholio vartojimui), akcentuojama, kad žinių turėjimas apie miego higienos veiksnių reikšmę be aktyvios praktikos įtakos miego kokybei neturi (Bauermann, 2010; Suen et. al., 2010).

Apibendrinant galima teigti, jog miego higiena yra svarbus veiksnys vertinant miego kokybę, o pačią miego higienos sampratą galima aiškinti kaip *asmens pasirenkamą elgesį ir jo aspektų visumą, veikiančią miego kokybę ir ją atspindinčius kintamuosius*. Vis tik, nors skiriama miego higienos veiksnių gausa, labiausia akcentuojama fizinio aktyvumo, alkoholio, kofeino vartojimo bei triukšmo, kambario temperatūros kontrolės reikšmė. Nepaisant to, nepakanka turėti žinių apie miego higienos veiksnius ir jų reikšmę miego kokybei, nes būtina yra aktyvi praktika, susijusi su dienos režimo, turimų įgūdžių ir panašių veiksnių kaita.

1.5. Aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės sąsajos

Aleksitimiškumo bei miego kokybės analizė patvirtina šių reiškinių sąsajas. Tai įrodo ir duomenys, kuriais teigiama, jog labiau pasireiškiant aleksitimiškumo bruožams skirtingai pasireiškia miego fazių trukmė (Bazydło et al., 2001). Kiti tyrėjai taip pat papildė, kad gebėjimas dalintis emocijomis, patiriamais išgyvenimais siejamas su geriau subjektyviai vertinama miego kokybe, o empatiškumas siejamas su miego trukme (Guadagni et. al., 2016; Nikolaou et. al., 2010). Taigi galima spręsti, jog praleisdamas emocinius situacijos aspektus arba reikšdamas neigiamas emocijas, žmogus sužadina fiziologines reakcijas, kurių negebėjimas atpažinti ir valdyti ilgainiui daro įtaką sveikatai, o tuo pačiu ir miego būsenai. Gali pasireikšti tokie su miegu susiję sunkumai kaip mieguistumas, košmariški sapnai, nemiga ir pan. (De Gennaro et al., 2004). Tai, kad aleksitimija susijusi su tokiais miego aspektais, kaip miego kokybė, trukmė, prabudimai, savijauta dienos metu, mieguistumas, vaikščiojimas miego metu, patvirtina ir kiti mokslininkai (Bauermann et. al., 2008).

Aptariant aleksitimiškumo bruožų ir miego ypatumų sąsajas nustatyta, kad sunkumų atpažįstant jausmus bei į išorę orientuoto mąstymo veiksnių pasireiškimas susijęs su prastesniu miego kokybės vertinimu (Kronholm et al., 2008). I. Godin ir kt. (2013) taip pat nustatė, jog sunkumų atpažįstant jausmus pasireiškimas yra reikšmingas dažnesnių košmariškų sapnų pasireiškimui. Autorių teigimu, būtent emocijų reguliacijos stoka, neigiamos patirties akcentavimas įtakoja košmariškų sapnų patyrimą, o tuo pačiu ir prastesnę miego kokybę. Be to, kaip ir anksčiau minėti mokslininkai, šie taip pat akcentuoja sunkumų atpažįstant jausmus sąsajas su nerimo ir depresiškumo pasireiškimu, kas turi komuliatyvų efektą vertinant miego kokybę.

Vis tik, nors į išorę orientuoto mąstymo kaip aleksitimiškumo bruožo reikšmė minima rečiau, L. G. Lundh ir J. E. Broman (2006) tyrime akcentuota, jog būtent šis aspektas prognozuoja miego kokybės problemas. Analizuodami rezultatus pastarieji mokslininkai svarsto, jog gali būti, kad aleksitimija pasižymintys asmenys, patirdami emocijų pažinimo, reiškimo sunkumus, negali jų adekvačiai įvertinti, todėl tikslingiau yra klausti jų apie išorinę patirtį kaip vidinių išgyvenimų rezultatą.

A. K. Mattila ir bendra autoriai (2010), vertinę aleksitimijos ir penkiolikos gyvenimo kokybės sričių (tarp jų ir miego kokybės) sąsajas, visais atvejais nustatė reikšmingus ryšius, kas leidžia teigti, jog aleksitimija buvo neigiamai susijusi su visomis gyvenimo kokybės sritimis. Pastarieji autoriai priėjo prie išvados, kad asmenybė (*pastaba*: aleksitimiškumą vertinant kaip asmenybės bruožą) yra stiprus prognostinis veiksnys vertinant sveikatą ir asmeninę gerovę.

Vertinant aptartus tyrimus, galima pažymėti, kad sunkumai atpažįstant jausmus ir į išorę orientuotas mąstymas lemia tai, jog žmogus neatpažįsta, neįsisavina patiriamų emocijų, akcentuoja neigiamą patyrimą, dažnai tai interpretuoja kaip somatinius negalavimus, kurių neįsisąmoninimas skatina nerimą, depresiškumą, o bendrai – ir prastesnę miego kokybę.

Sapnai, neatsiejamas miego aspektas, tačiau aleksitimaisiais bruožais pasižymintys žmonės manoma, kad pasižymi ribotomis vaizduotės galimybėmis, kas kalbant apie miegą siejama su sapnais, jų prisiminimu bei sapnų ypatumais (Lundh & Broman, 2006; De Gennaro, et. al., 2003). Kita vertus, šiuo aspektu randama ir prieštaravimų teigiant, kad sapnai taip pat būdingi ir aleksitimaiskumu pasižymintiems žmonėms, tik galima vertinti mažesnę fantazijos pasireiškimą (Parkes et al., 2000). Taigi, analizuojant tyrimų rezultatus galima stebėti tam tikrus prieštaravimus – nors košmariški sapnai siejami su prastesne miego kokybe, tačiau tai, jog aleksitimija pasižymintys žmonės mažiau domisi sapnais ar rečiau sapnuoja ir analizuoja sapnus, leidžia kelti hipotezę jog, galbūt, jų miego kokybė dėl to turėtų būti ne prastesnė, o atvirkščiai – geresnė. Galbūt, būtent sapnų kiekio ir turinio ypatumai sumažina su miegu susijusius sunkumus ir taip leidžia miegoti kokybiškiau.

Apibendrinant pateiktas įžvalgas galima pastebėti, jog suprantant aleksitimaiskumo bruožų bei miego kokybės sąsajas galima kelti hipotezę, jog šie reiškiniai susiję ar gali paaiškinti vienas kito pasireiškimą. Suprantant miego kokybę dažniausiai akcentuojama sunkumų apibūdinant jausmus svarba, o į išorę orientuoto mąstymo bruožas vertinamas ne vienareikšmiškai. Viena vertus, šis aspektas vertinant miego kokybę nuneigiamas, kita vertus, aiškinamas kaip neigiamai veikiantis miego kokybę. Galiausiai, ar dvejojama dėl to, jog aleksitimaiskumas lemia miego kokybės problemas, ar priešingai, emocijų pažinimo sunkumai neskatina tam tikrų išgyvenimų, dėl kurių žmogus gali miegoti kokybiškiau. Vis tik, kaip pažymi T. M. Bauermann ir kt. (2008), aleksitimijos ir miego sunkumų vertinimo sąsajų supratimą riboja tai, jog stebimi skirtumai tarp subjektyvių ir objektyvių matavimų. Pastebima, kad nors žmonės skundžiasi prasta miego kokybe, objektyvūs rodikliai to nepatvirtina, todėl tai leidžia manyti, kad didelį dėmesį reikia skirti subjektyviems nusiskundimams ir su tuo susijusiam sveikatos vertinimui. Taip pat, kaip rodo tyrimai, lieka neatsakyti klausimai apie tai, ar aleksitimiją ir jos sąsajas su miego kokybe perteikia į vidinius, ar į išorinius išgyvenimus orientuotų rodiklių matavimas. Be to, nėra aišku, kokią reikšmę aleksitimija turi įvairiems nusiskundimams sveikatai, ir kaip juos reikia suprasti vertinant miego kokybę.

1.6. Aleksitimiškumo bruožų ir miego higienos sąsajos

Aptariant miego higienos reiškinių prieita prie išvados, jog miego higiena perteikia žmogaus pasirenkamo elgesio bei jo visumos aspektus. Tuo remiantis analizuojama kaip emocijų valdymo gebėjimus apimantis asmenybės bruožas – aleksitimiškumas, gali būti susijęs su žmogaus pasirenkamu elgesiu.

Mityba aiškinama kaip vienas iš miego higieną lemiančių veiksnių. Aleksitimiškumo bei valgymo įpročių sąsajas analizavę E. O. Melin, M. Thunander, R. Svensson, M. Landin-Olsson, & H. O. Thulesius (2013) teigė, jog aleksitimiškumas sietas su valgymo problemomis - nesaikingu valgymu, nutukimu. Kiti tyrėjai taip pat patvirtino, kad aleksitimiškumas susijęs su nutukimu, tačiau jo neprognozuoja. Išsamiau aptarę aleksitimiškumo bruožus mokslininkai išskyrė į išorę orientuoto mąstymo bei sunkumų apibūdinant jaumus reikšmę vertinant kūno svorį (Zak-Góła et al., 2013). Taip pat pateikta įžvalga apie tai, jog emocijų ribotumas gali būti susijęs su mažesniais interesais, o tai lemia fizinio aktyvumo stoką ir nutukimo problemas. Šiuo klausimu randami ir prieštaraujantys rezultatai, kuriais aleksitimiškumo ir valgymo įpročių sąsajų nenustatyta (Gaetan, Brejard & Bonnet, 2016). Tyrėjus nustebino tokie dėsningumai ir aiškinant juos išskirta nerimo, depresiško pasireiškimo svarba.

Kofeino, kaip svarbaus miego higienos veiksnio, vartojimo analizės rezultatai aleksitimiškumo atveju yra ne vienareikšmiški. Remiantis tuo, jog aleksitimiškumas siejamas su didesnio nerimo bei depresiško patyrimu, galima manyti, jog šiuo bruožu pasižymintys žmonės rečiau vartoja kofeiną taip apsisaugodami nuo dar didesnės stimuliacijos, galinčios paskatinti didesnę organizmo jautrumą. Kita vertus, dėl emocijų bei kūno pojūčių pažinimo stokos aleksitimiškumu pasižymintys žmonės gali vartoti kofeiną nesaikingai (Lyvers, Duric & Thorberg, 2014). Patikrinę šią hipotezę tyrėjai padarė išvadą, kad aleksitimiškumu pasižymėję žmonės suvartojo dvigubai daugiau kofeino nei šiuo bruožu nepasižymėję žmonės.

Aleksitimiškumas siejamas ne tik su išaugusiu kofeino suvartojimo lygiu, tačiau ir su kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimu (Morie, Yip, Nich, Hunkele, Carroll & Potenza, 2016). Kaip teigia P. Kokkonen ir kolegos (2001) aleksitimiškumu pasižymi 6-10 % visos populiacijos, tačiau priklausomybė nuo psichiką veikiančių medžiagų šių žmonių tarpe yra labai dažna. Skirtingų tyrėjų duomenimis, priklausomybė nuo psichiką veikiančių medžiagų būdinga 45-67% (Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers, 2009) ar net 80 % visų pasižyminčiųjų aleksitimiškumu (Rybakowski, Ziolkowski, Zasadzka & Brzezinski, 1988 cit. pagal Morie et. al., 2016). Deja, priklausomybės gydymas būna mažai efektyvus tiek priklausomybės, tiek aleksitimiškumo gydymo atžvilgiu.

Galiausiai, I. Nyklicek ir A. J. J. M. Vingerhoets (2000) pastebi, jog aleksitimiškumu pasižymintys žmonės yra jautresni aplinkos ypatybėms, pvz. jautriau toleruoja fizinę, termo stimuliaciją. Rezultatai patvirtino, kad aleksitimiškumas susijęs su mažesne skausmo tolerancija. Svarbūs buvo sunkumų atpažįstant jausmus bei į išorę orientuoto mąstymo stiliaus bruožai, o tai leidžia teigti, jog aleksitimiškumu pasižymintys žmonės ne tik netoleruoja vidinių, tačiau ir išorinių pojūčių. Vis tik mokslininkai pripažįsta ir tai, kad aleksitimiškumo sąsajas su padidėjusiu jautrumu skausmui bei išorinei stimuliacijai sunku paaiškinti ir jas sieja su fiziologiniais ypatumais. Miego kokybės situacijoje galima manyti, jog aleksitimiškumu pasižymintys žmonės gali jautriai reaguoti į aplinkos ypatumus, o tokie aspektai kaip per didelė ar per maža kambario temperatūra, tvanki aplinka gali neigiamai lemti miego kokybės vertinimą.

Apibendrinant galima pastebėti, jog aleksitimiškumas bei dažniau skiriami požymiai – sunkumai apibūdinant jausmus bei į išorę orientuotas mąstymas, siejami su didesnėmis miego higienos problemomis. Kita vertus, duomenų šia tema stokoja, o tai lemia sunkumus, dėl kurių tyrėjai ne visada gali paaiškinti gautų rezultatų dėsningumus.

1.7. Miego higiena kaip sąsają tarp aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės paaiškinantis veiksnys

Prasta miego kokybė suprantama kaip sveikatai nepalankaus elgesio, t. y. tuo pačiu ir netinkamos miego higienos, pasekmė (Kavaliauskaitė-Kesarauskienė ir kt., 2012). Taip pat miego higienos nesilaikymas gali būti lemiamas aleksitimijos. Remiantis tuo, pastarieji mokslininkai pažymi, kad aleksitimijai būdingi emocijų reguliacijos sunkumai daro įtaką sveikatai nepalankaus elgesio pasireiškimui, o kaip parodė tyrimo rezultatai, aleksimija buvo susijusi su tokiu miego higienos veiksnium, kaip rūkymas. Pateiktas mintis patvirtina ir M. A. Lumley ir bendrarašytojai (2007), teigdami, jog nors asmens elgesys lemiamas daugybės faktorių, prasta emocijų kontrolė lydi prie kompulsyvaus, sveikatai nepalankaus elgesio, pvz., alkoholio, nesveiko maisto vartojimo. Dėl šios priežasties aleksitimija siejama su valgymo sutrikimais, priklausomybe nuo alkoholio, narkotikų, kas daro reikšmingą įtaką ir miego kokybei (Lumley et. al., 2007).

Vertinant su aleksitimija ir miego higiena susijusius sveikatos sunkumus pažymima, kad stebima menka tiesioginė nauda taikant poveikį aleksitimijos atveju. Tačiau pastebima, jog dažniau įtaka yra netiesioginė ir pasireiškia per daromą poveikį stebimai ligai, tačiau ne pačiam aleksitimijos pasireiškimui (Clyne & Blampied, 2004). Dėl šios priežasties, stengiantis paveikti aleksitimiškų asmenų su sveikata susijusį elgesį, svarbu juos mokyti adaptyvių elgesio strategijų

nepamirštant, kad aleksitimiški asmenys į įvairias poveikio priemones reaguoja lėčiau, be to, jiems netinka į vidinius išgyvenimus orientuotos poveikio priemonės. Manoma, kad naudinga gali būti relaksacija, dienos režimo tvarkaraščio sudarymas, bendravimo įgūdžių tobulinimas, biografinis ryšys (Lumley et. al., 2007).

R. Bazydlo ir kt. (2001), vertindami analizuojamų reiškinių sąsajas pažymi, kad miego kokybė gali būti veikiama ir subjektyvaus miego vertinimo bei miego higienos veiksnių, tačiau ne pačios aleksitimijos tiesiogiai. Tai patvirtina L. K. P. Suen, W. W. S. Tam, K. L. Hon (2010) bei C. A. Brick, D. L. Seely, T. M. Palermo (2010), teigdami, kad galima vertinti ne tik miego higienos ir miego kokybės sąsajas, tačiau ir priežastingumą. Pastarieji mokslininkai nustatė, kad subjektyvi miego kokybė, miego trukmė, trukdžiai miegant, sunkumai dienos metu buvo susiję su bendru miego kokybės vertinimu, o televizoriaus žiūrėjimas gulint lovoje vertintas kaip svarbiausias miego higienos rizikos faktorius (Brick et. al., 2010). H. E. El Arab, M. A. M. Rabieaand, D. H. Ali (2014), vertindami miego higienos reikšmę miego kokybei, teigia, jog patiriamas stresas, nerimas taip pat lydi prie prastesnės miego kokybės vertinimo. O žinant tai, jog aleksitimiškumu pasižymintys asmenys nesugeba pažinti ir reikšti emocijų, galima numanyti, kad tai yra priežastis, kuri lemia didesnio streso, nerimo patyrimą, kas, anot pastarųjų autorių, lydi prie prastesnės miego kokybės.

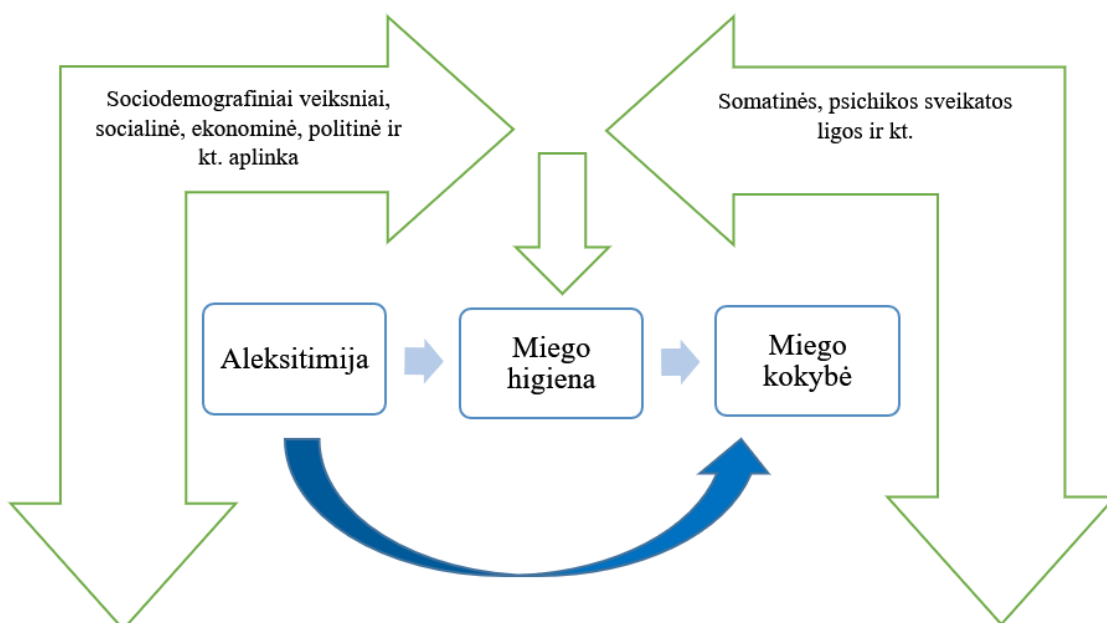
Vis tik, nors minima miego higienos svarba miego kokybei, randama ir prieštaraujančių rezultatų. Jais teigiama, kad miego higiena nebuvo reikšmingas kintamasis, vertinant aleksitimijos ir miego kokybės sąsajas (Bauermann et., al., 2008). Autoriai teigia, kad jų atliktame tyrime aleksitimiškumu pasižymėję ir nepasižymėję asmenys nesiskyrė vertinant miego higienos rodiklius ir jų sąsajas su miego kokybe. Taip pat pažymima, kad toks miego higienos veiksnys, kaip alkoholio vartojimas, gali būti suprantamas kaip veikiantis ne pačią miego kokybę, o atskiras miego stadijas, kas paradoksiškai susiję su lengvesniu prabudimu ir lengvesniu atsikėlimu. Dėl šios priežasties mokslininkai mano, kad miego higienos ir miego kokybės sąsajos gali būti subjektyvios, ir dėl to susiję su aleksitimija ar nepriklausomai nuo jos pasireiškimo su daugybe kitų veiksnių. Dėl šių priežasčių, siekiant analizuoti reiškinių sąsajas, svarbu atsižvelgti į tiriamųjų amžių, gyvenimo aplinkybes, ligas, kuriomis sergama. Galiausiai, duomenys analizuoti remiantis subjektyviu vertinimu ir nebūtinai derėtų su objektyvių rodiklių matavimu.

L. De Gennaro ir kolegų (2003) rezultatai taip pat parodė, kad tokie miego higienos veiksniai, kaip alkoholis, narkotinės medžiagos nepaaiškino aleksitimijos ir miego kokybės sąsajų. Tokius rezultatus mokslininkai aiškina vėlgi tuo, jog jie galėjo būti lemiami moteriškos

lyties tiriamųjų, be to, dar mažai žinoma apie tokį miego kokybės aspektą, kaip sapnavimas ir jo pasireiškimą bei tinkamų metodų parinkimą tiriant aleksitimiškumu pasižyminčius tiriamuosius.

Taigi, duomenų kontrastiškumas leidžia teigti, jog, viena vertus, didesnis aleksitimiškumo pasireiškimas padeda paaiškinti prastesnę miego higieną, kas lemia ir prastesnę miego kokybės vertinimą. Taip pat miego higienos vertinimas gali būti suprantamas kaip tarpinis veiksnys aiškinant labiau išreikšto aleksitimiškumo ir prastesnės miego kokybės sąsajas. Kita vertus, pažymima, kad tyrimuose labai svarbu kontroliuoti ir kitus asmeninius ir aplinkos veiksnys. Vis tik, analizuojant poveikio priemonės keičiant miego higienos įpročius pažymima, kad edukacinės miego higienos programos padeda pagerinti miego kokybę, o dar didesnis efektyvumas stebimas derinant kognityvinės elgesio terapijos ir miego higienos programas (Saeedi, Shamsikhani, Farahani & Haghverdi, 2014).

Apibendrinant analizuojamų reiškinių sąsajas, jas galima suprasti pagal žemiau pateiktą paveikslą (žr. 1 pav.)



1 paveikslas. Hipotetinis reiškinių sąsajų modelis

Kaip matyti pagal pateiktą paveikslą, miego higiena gali būti suprantama kaip reikšmingas veiksnys aleksitimijos ir miego higienos sąsajoje, taip pat aleksitimija gali būti suprantama kaip tiesiogiai susijusi su miego kokybe. Vis tik, analizuojant šių reiškinių sąsajas, reikia nepamiršti, jog jos gali būti veikiamos ir konteksto – sociodemografinių veiksnių, lėtinių ligų ir kitų veiksnių.

II. SAUGUSIŲJŲ ALEKSITIMIŠKUMO BRUOŽŲ, MIEGO KOKYBĖS IR MIEGO HIGIENOS SĄSAJŲ TYRIMAS

Tyrimo tikslas – nustatyti saugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego kokybės ir miego higienos sąsajas.

Uždaviniai:

1. Įvertinti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego kokybės sąsajas.
2. Nustatyti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego higienos sąsajas.
3. Įvertinti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego laiko sąsajas.
4. Išanalizuoti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajas.
5. Išanalizuoti miego higienos reikšmę suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės sąsajoje.

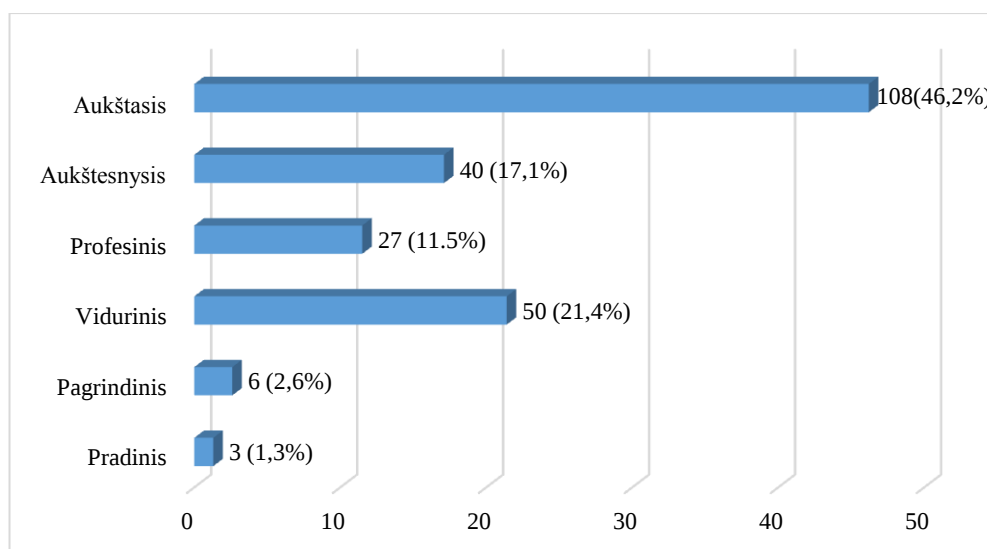
Hipotezės:

1. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su prastesne miego kokybe.
2. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su prastesne miego higiena.
3. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su trumpesniu miego laiku.
4. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su dažnesniu vaistų dėl blogo miego vartojimu.
5. Prastesnė miego higiena yra tarpinis veiksnys (mediatorius) didesnio aleksitimiškumo ir prastesnės miego kokybės sąsajoje.

2.1 Tyrimo metodika

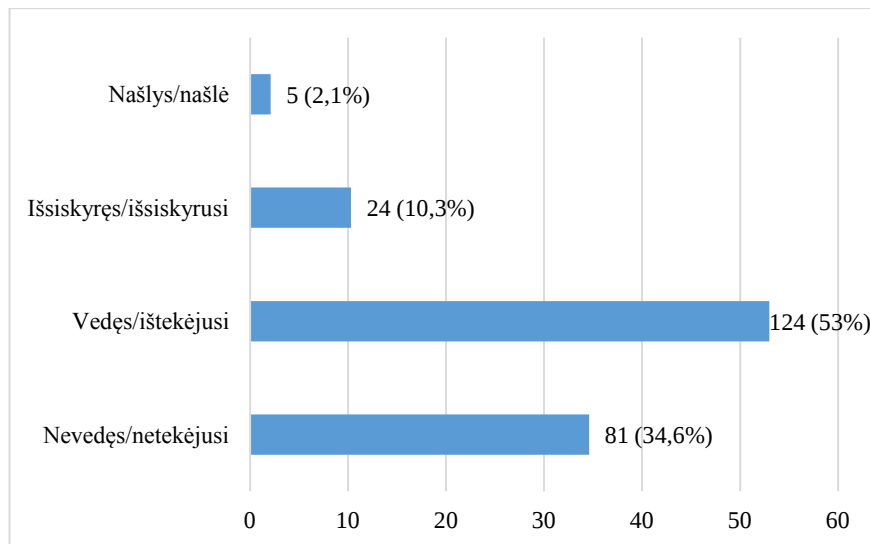
2.1.1 Tiriamieji

Tyrime dalyvavo 234 suaugusieji. Iš jų buvo 116 vyrų (49,6%) ir 118 moterų (50,4%). Jauniausiajam tyrimo dalyviui buvo 18 metų, vyriausiajam – 72 metai (amžiaus vidurkis – $38,10 \pm 13,34$ metai). Kiti tyrimo dalyvių ypatybės padedantys suprasti duomenys pateikiami 2-4 paveiksluose.



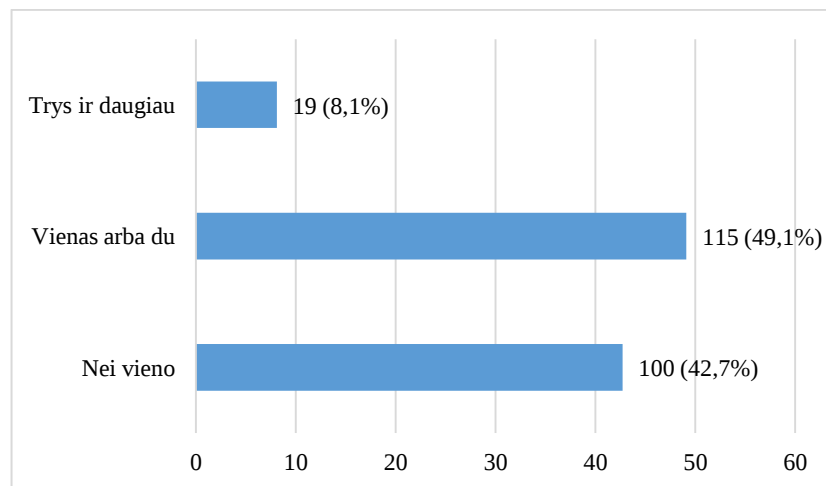
2 paveikslas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal įgytą išsilavinimą.

Kaip matyti dižioji dalis tiriamųjų nurodė įgiję aukštąjį išsilavinimą (46%), o su aukštesnoju (17,1%) ir profesiniu (11,5 %) žymiai mažiau tiriamųjų ir labai mažai su pagrindiniu (2,6%) bei pradiniu (1,3%).



3 paveikslas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį (procentine išraiška).

Įvertinus tiriamųjų pasiskirstymą pagal šeimyninę padėtį nustatyta, kad didžioji dalis nurodė gyvenantys santuokoje (53%), mažiau tiriamųjų teigė esantys nevedę/netekę (34%), žymiai mažiau nurodė jog su partneriu yra išsiskyręs/išsiskyrusi (10,3%), ir labai maža dalis – našliai (2,1%).



4 paveikslas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal turimų vaikų skaičių (procentine išraiška).

Įvertinus tiriamųjų pasiskirstymą pagal turimų vaikų skaičių nustatyta, jog didžioji tiriamųjų dalis nurodė turintys vieną ar du vaikus (49,1%), šiek tiek mažiau tiriamųjų nurodė apskritai neturintys vaikų (42,7%), o labai maža dalis tiriamųjų teigė turintys tris ir daugiau vaikų (8,1%).

2.1.2 Tyrimo metodai

Siekiant įvertinti saugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego kokybės ir miego higienos sąsajas, sudaryta anketa (žr. Priedas Nr. 1), kurioje naudota:

Toronto Aleksitimijos skalė (angl. *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Tai 20 teiginių apimanti skalė, kur kiekvienas teiginys vertinamas Likerto skalėje nuo 1 iki 5 balų, kur 1 reiškia „Jums visiškai netinka“, 2 – „Jums iš dalies netinka“, 3 – „Nežinote ar Jums tai tinka“, 4 – „Jums iš dalies tinka“, 5 – „Jums labai tinka“. Didesnis įvertis ir bendra skalės teiginių suma atspindi labiau pasireiškiantį aleksitimiškumą. Lietuvoje skalės lietuvišką variantą yra pateikusi M. Beresnevaitė (2003). Autorė taip pat nurodo, kad Toronto aleksitimijos skalė yra vienintelis kiekybinis aleksitimijos vertinimo metodas, atitinkantis visus pagrįstumo ir patikimumo reikalavimus (Beresnevaitė, 2003). Taip pat pastarosios autorės pateiktas lietuviškas skalės variantas, kuris yra laisvai prieinamas internete.

Kaip jau minėta, pagal TAS-20 aleksitimija suprantama analizuojant tris aspektus, faktorius:

1) sunkumus apibūdinant jausmus, kas matuoja/įvertina sunkumus apibūdinant patiriamas emocijas (5 teiginiai). Šiame darbe Cronbacho α buvo lygi 0,729.

2) sunkumus identifikuojant jausmus, kas matuoja/įvertina sunkumus identifikuojant emocijas (7 teiginiai). Šiame darbe Cronbacho α buvo lygi 0,840.

3) į išorę orientuotą mąstymo stilių, kas matuoja/įvertina tendenciją orientuotis, dėmesį kreipti į išorinius dalykus (8 teiginiai). Šiame darbe Cronbacho α buvo lygi 0,568 (6 teiginiai, nes du teiginiai pašalinti siekiant padidinti subskalės Cronbacho α rodiklį).

Atsižvelgus į tai, jog du teiginiai iš tolimesnės analizės bus pašalinti, visos aleksitimiškumą matuojančios skalės (18 teiginių) Cronbacho α rodiklis šiame darbe lygus 0,860. Teiginių pavyzdžiai pateikiami 3 priede.

Miego higienos klausimynas (angl. *The sleep Hygiene Index* (SHI), Mastin, Bryson, & Corwyn, 2006). Tai klausimynas, skirtas įvertinti miegui palankų ir nepalankų tam tikrą elgesį, kuris padeda arba trukdo miegui. Iš viso klausimyną sudaro 13 teiginių, kuriais surenkama informacija apie tai, kaip dažnai tiriamieji įsitraukia į tam tikrą elgesį. Teiginiai vertinami 5 balų Likerto skalėje kur 1 reiškia „niekada“, o 5 – „visada“, o didesnis teiginių sumos balas atspindi mažiau kokybiškam miegui palankų miego higienos pasireiškimą (Mastin et. al., 2006).

Klausimyno Cronbacho α rodiklis šiame tyrime buvo lygus 0,774, kas rodo metodikos tinkamumą siekiant patikimų išvadų. Teiginių pavyzdžiai pateikiami 3 priede.

Klausimynas yra laisvai prieinamas internete. Buvo atliktas dvigubas vertimas, bendradarbiaujant su profesionalia vertėja A. Strakšyte, taip parengiant lietuvišką klausimyno variantą.

Miego kokybės skalė (angl. *Sleep Quality Scale*, Yi, Shin, Shin, 2006). Skalę sudaro 28 teiginiai, vertinami Likerto skalėje nuo 0 – „retai“ iki 3 – „beveik visada“, o didesnė teiginių suma perteikia dažnesnes miego kokybės problemas. Reikia paminėti ir tai, kad pagal šią skalę miego kokybę atspindi 6 subskalės (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Miego kokybei skirtos vertinti metodikos subskales aprašančių rodiklių rezultatai.

Subskalės ir matuojami reiškiniai	Vertinamas reiškinys	Subskalei priskiriamų teiginių skaičius	Cronbacho alfa
Sunkumai dienos metu	Miego kokybės vertinimas, pasireiškiantis savijauta dienos metu, funkcionavimu, motyvacija	12	0,907
Poilsio po miego pajautimas	Poilsio jausmo po miego įvertinimas	4	0,823
Sunkumai užmiegant	Gebėjimas užmigti atsigulus miegoti ar prabudus naktį	4	0,699
Sunkumai atsikeliant	Sunkumai atsikeliant, mieguistumo, nepailsėjimo jausmas	3*	0,720
Pasitenkinimas miegu	Pasitenkinimas miegu, miego trukmės pakankamumo poilsiui vertinimas	3	0,613
Prabudimai (sunkumai miego metu)	Greitas prabudimas esant trukdžiams ar apskritai dažnas prabudimas miego metu	2*	0,499

Pastaba: * siekiant padidinti subskalės Cronbacho α rodiklį, buvo pašalinti teiginiai.

Įvertinus skirtingų subskalių Cronbacho α duomenis nustatyta, jog naudinga atsisakyti vieno teiginio toliau analizuojant sunkumų atsikeliant subskalę. Taip pat prabudimų subskalės rodiklis nesiekia pageidaujamos ribos – 0,5, todėl ši subskalė į tolimesnę analizę bus neįtraukiama. Taigi, atsižvelgiant į tai, jog trys teiginiai pašalinti iš tolimesnės analizės, įvertinus visos miego kokybę aprašančios skalės (25 teiginiai) Cronbacho α rodiklį, jis buvo lygus – 0,909. Teiginių pavyzdžiai pateikiami 3 priede.

Lietuviškas šios skalės variantas naudotas darbo autorės baigiamajame bakalauro darbe tiriant administracijos personalo darbuotojų perfekcionizmo ir miego kokybės sąsajas. Klausimynas lietuvių kalba buvo parengtas darbo autorei bendradarbiaujant su profesionalia vertėja I. Dilbaite-Čibiriene, o visos skalės Cronbacho alfa tyrime buvo lygi 0,904.

Apibendrinus galima teigti, jog atsižvelgus į nustatytus ribotumus, skalė yra tinkama analizuojant darbe tiriamus reiškinius.

Miego kokybės kintamieji. Remiantis atlikta mokslinės literatūros analize papildomai buvo vertinti du miego kokybės aspektai:

- *Miego laikas.* Tiriamųjų buvo prašoma įrašyti kiek valandų per naktį jie miega. Remiantis miego trukmės kintamojo duomenų vidurkiu ($M=7,16$) miego trukmės kintamasis buvo sugrupuotas į trumpesnio (4-7 valandas) ir ilgesnio (7 su puse-12 valandų) miego grupes.

- *Vaistų dėl blogo miego vartojimas.* Siekiant nustatyti, kaip dažnai tiriamieji vartojo vaistus, skirtus miego kokybei gerinti, pateiktas klausimas, į kurį buvo galima atsakyti: „nė karto per mėnesį“, „mažiau nei vieną kartą per savaitę“, „1 ar 2 kartus per savaitę“, „3 ar daugiau kartų per savaitę“. Atsižvelgiant į tai, jog dauguma tiriamųjų per mėnesį nurodė nevartoję vaistų, sudarytos vaistus vartojusių bent kartą į mėnesį ir vaistų per mėnesį nevartojusių grupės.

Klausimų pavyzdžiai pateikiami 3 priede.

Šalutiniai kintamieji. Remiantis atlikta mokslinės literatūros analize papildomai buvo vertinti kiti šalutiniai kintamieji, galintys turėti įtakos miego kokybei:

- Siekiant nustatyti, ar tiriamieji lovoje miega vieni, pateiktas klausimas „Ar lovoje miegate vienas/viena?“. Tiriamieji šį klausimą vertino pasirinkdami atsakymą Taip/Ne.

- Siekiant nustatyti, ar tiriamieji kambaryje miega vieni, pateiktas klausimas „Ar kambaryje miegate vienas/viena?“. Tiriamieji šį klausimą vertino pasirinkdami atsakymą Taip/Ne.

- Siekiant nustatyti, kaip tiriamieji vertina savo sveikatą, pateiktas klausimas „Jūsų sveikata per pastaruosius 12 mėnesių?“, kuris vertintas penkių balų skalėje: 1 – „Puiki“, 2 – „Gera“, 3 – „Vidutiniška“, 4 – „Prasta“, o 5 – „Labai prasta“. Tolemesnei analizei vertinimai „puiki“ ir „gera“ apjungti juos suprantant kaip pozityvų sveikatos vertinimą, „vidutiniška“ vertinimas nebuvo perkoduotas, o atsakymai „prasta“ ir „labai prasta“ apjungti suprantant kaip negatyvų sveikatos vertinimą.

Sociodemografiniai klausimai. Šiais klausimais surinkti duomenys apie lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį bei turimų vaikų skaičių.

- Tiriamieji nurodė lytį pasirinkdami atsakymą Vyras/Moteris.
- Duomenys apie tiriamųjų amžių surinkti prašant įrašyti „Jūsų amžius“. Tolimesnei analizei šis kintamasis remiantis duomenų vidurkiu buvo perkoduotas į jaunesniųjų ir vyresniųjų tiriamųjų grupes.
- Tiriamieji išsilavinimą nurodė atsakydami į teiginį „Jūsų išsilavinimas“, pasirenkant vieną atsakymą: „Pradinis“, „Pagrindinis“, „Vidurinis“, „Profesinis“, „Aukštesnysis“, „Aukštasis“. Pagal įgytą išsilavinimą tiriamieji apjungti į grupes: ne aukštąjį išsilavinimą įgijusiųjų grupei priskirti asmenys įgiję pradinį, pagrindinį, vidurinį bei profesinį išsilavinimą, o antrajai – įgijusiųjų aukštąjį išsilavinimą, priskirti tiriamieji, įgiję aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą.
- Tiriamieji šeimyninę padėtį nurodė atsakydami į teiginį „Jūsų šeimyninė padėtis“, pasirenkant vieną atsakymą: „Nevedęs/netekėjusi“, „Vedęs/ištekėjusi“, „Išsiskyręs/išsiskyrusi“, „Našlys/našlė“. Tolimesnei analizei nevedę/netekėję, išsiskyrę bei našliai priskirti neturinčiųjų partnerio grupei, o gyvenantys santuokoje – turinčiųjų partnerį grupei.
- Tiriamieji vaikų skaičių nurodė atsakydami į teiginį „Turimų vaikų skaičius“, pasirenkant vieną atsakymą: „Nei vieno“, Vienas arba du“, Trys ir daugiau“. Tolimesnei analizei tiriamieji turintys vieną ar du bei tris ir daugiau vaikų priskirti turinčių vaikų grupei, o neturintys nei vieno vaiko – neturinčių vaikų grupei.

2.1.3. Tyrimo eiga

Kauno mieste įvairiose organizacijose dirbantiems tiriamiesiems pateikta anketa, kurioje supažindinta su tyrimo tikslu, pristatyti tyrimo atlikimo etikos aspektai – konfidencialumas, duomenų anonimiškumas bei naudojimas tik mokslo tikslais, rašant baigiamąjį magistro darbą. Duomenys buvo renkami 2017 metų rugsėjo – spalio mėn.

2.1.4. Statistiniai metodai

Surinkti duomenys apdoroti SPSS programos 22 versija. Atlikus reikiamas duomenų apdorojimo procedūras (duomenų perkodavimą, skalių vidinio patikimumo analizę, skalių sukūrimą), remiantis Kolmogorovo-Smirnovo ir Shapiro-Vilk kriterijų bei asimetrijos ir eksceco koeficientų pagalba įvertintos skirstinių normalumo sąlygos. Nustatyta, jog jos tenkinamos iš

dalies, nes Kolmogorovo-Smirnovo ir Shapiro-Vilk kriterijų gautos p reikšmės mažesnė už reikšmingumo lygmenį – 0,05, tačiau asimetrijos ir eksceco koeficientų rezultatai telpa intervale $[-1;1]$. Atsižvelgiant į tai siekiant patikrinti hipotezes bus pasirenkami parametriniai kriterijai. Siekiant darbe išsikeltą tikslą, uždavinių bei tikrinant numatytas hipotezes bus pateikiama aprašomoji statistika, naudojami χ^2 kriterijus ir su juo susijęs Kramerio V ryšio koeficientas, Pearsono, Spearmano koreliacijos koeficientai, atliekama tiesinė, logistinė regresinė analizė, o kintamųjų sąveikos hipotetinis modelis tikrinamas remiantis struktūriniu lygčių modeliavimu. Hipotezėms patikrinti parinktas 0,05 reikšmingumo lygmuo.

III. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego higienos ir miego kokybės kintamųjų aprašomoji statistika

Siekiant patikrinti darbe iškeltas hipotezes, pirmiausia, pateikiama reiškinių aprašomoji statistika (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Analizuojamų kintamųjų aprašomoji statistika.

Kintamieji	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė	Vidurkis	St. nuokrypis
Aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)	18,00	68,00	41,05	12,39
Sunkumai apibūdinant jausmus	5,00	21,00	12,01	4,64
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	7,00	31,00	14,03	6,04
Į išorę orientuotas mąstymas	6,00	26,00	15,02	4,30
Miego higiena	13,00	61,00	36,10	8,71
Miego kokybė (subskalių suma)	1,00	55,00	22,50	12,09
Sunkumai dienos metu	0,00	32,00	8,55	6,76
Poilsio po miego pajautimas	0,00	12,00	4,70	2,99
Sunkumai užmiegant	0,00	12,00	3,21	2,50
Sunkumai atsikeliant	0,00	6,00	2,41	1,68
Pasitenkinimas miegu	0,00	9,00	3,70	2,21

Įvertinus iš visų tiriamųjų (N=234) surinktus duomenis nustatya, jog lyginant pagal klausimyną galimą skalės/subskalių vidurkį su nustatytu šiame tyrime, aleksitimiškumo bruožai tarp tyrimo dalyvių pasireiškė kiek daugiau nei vidutiniškai. Taip pat lyginant minėtus rodiklius kiek prasčiau nei vidutiniškai vertinta ir miego higiena, tačiau miego kokybė vertinta neviršijant galimo vidurkio.

3.2. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego kokybės vertinimo sąsajos

Norint atsakyti į pirmąją hipotezę, kuria teigiama, jog didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su prastesne miego kokybe, bus sudaromi tiesinės regresijos modeliai. Prieš sudarant tiesinės regresijos modelius siekiama nustatyti miego kokybės kintamųjų sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu. Atsižvelgiant į statistiškai reikšmingus rezultatus, pastarieji veiksniai bus įtraukti į tiesinės regresijos lygtį kartu su aleksitimiškumo bruožų kintamaisiais.

Atsižvelgiant į tai, jog dalis kintamųjų yra matuojami rangų ar nominalinėje skalėje, miego kokybės kintamieji remiantis kintamųjų vidurkio duomenimis (žr. 2 lentelę) buvo suklasifikuoti į mažesnio ir didesnio reiškinio pasireiškimo grupes. Reiškinių sąsajoms įvertinti pasirinktas χ^2 kriterijus ir su juo susijęs Kramerio V ryšio koeficientas. Miego kokybės sąsajų su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu rezultatai pateikiami 3-9 lentelėse.

3 lentelė. Sunkumų dienos metu sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego kokybė		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiantys sunkumai dienos metu	Daugiau pasireiškiantys sunkumai dienos metu				
Lytis	Vyras	65	51	0,165	0,684	0,027	0,684
		56,0%	44,0%				
	Moteris	63	55				
		53,4%	46,4%				
Amžius	Jaunesnis	66	68	3,755	0,053	0,127	0,053
		49,3%	50,7%				
	Vyresnis	62	38				
		62,0%	38,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	36	50	9,047	0,003	0,197	0,003
		41,9%	58,1%				
	Aukštasis	92	56				
		62,2%	37,8%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	43	67	20,413	0,0001	0,295	0,0001
		39,1%	60,9%				
	Turimas partneris	85	39				
		68,5%	31,5%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	46	54	5,335	0,021	0,151	0,021
		46,0%	54,0%				
	Turima vaikų	82	52				
		61,2%	38,8%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	40	42	1,786	0,181	0,087	0,181
		48,8%	51,2%				
	Ne	88	64				
		57,9%	42,1%				
Ar kambaryje miegate vienas/viena?	Taip	37	36	0,691	0,406	0,054	0,406
		50,7%	49,3%				
	Ne	91	70				
		56,5%	43,5%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	101	57	25,442	0,0001	0,330	0,0001
		63,9%	36,1%				
	Vidutiniškas	27	35				
		43,5%	56,5%				
	Neigiamas	0	14				
		0,0%	100,0%				

Tiriant miego kokybės ypatumo – sunkumų dienos metu sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, miego ypatumų, sveikatos vertinimo aspektais, nustatytos statistiškai reikšmingos reiškinio sąsajos su išsilavinimo, šeimyninės padėties, vaikų turėjimo aspektais bei sveikatos vertinimu. Mažiau pasireiškiantys sunkumai dienos metu gali būti siejami su aukštesniu išsilavinimu, partnerio, vaikų turėjimu bei pozityviu sveikatos vertinimu.

4 lentelė. Poilsio po miego pajautimo sunkumų sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego kokybė		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiantys poilsio po miego pajautimo sunkumai	Daugiau pasireiškiantys poilsio po miego pajautimo sunkumai				
Lytis	Vyras	81	35	3,764	0,052	0,127	0,052
		69,8%	30,2%				
	Moteris	68	50				
		57,6%	42,4%				
Amžius	Jaunesnis	81	53	1,412	0,235	0,078	0,235
		60,4%	39,6%				
	Vyresnis	68	32				
		68,0%	32,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	41	45	15,051	0,0001	0,254	0,0001
		47,7%	52,3%				
	Aukštasis	108	40				
		73,0%	27,0%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	60	50	7,481	0,006	0,179	0,006
		54,5%	45,5%				
	Turimas partneris	89	35				
		71,8%	28,2%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	59	41	1,650	0,199	0,084	0,199
		59,0%	41,0%				
	Turima vaikų	90	44				
		67,2%	32,8%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	55	27	0,630	0,427	0,052	0,427
		67,1%	32,9%				
	Ne	94	58				
		61,8%	38,2%				
Ar kambarįje miegate vienas/viena?	Taip	47	26	0,023	0,879	0,010	0,879
		64,4%	35,6%				
	Ne	102	59				
		63,4%	36,6%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	122	36	41,906	0,0001	0,423	0,0001
		77,2%	22,8%				
	Vidutiniškas	25	37				
		40,3%	59,7%				
	Neigiamas	2	12				
		14,3%	85,7%				

Poilsio po miego pajautimo vertinimas nustatyta, jog gali būti siejamas su įgytu išsilavinimu, šeimynine padėtimi bei sveikatos vertinimu. Mažesnis minėtų sunkumų pasireiškimas dažniau siejamas su aukštesniu išsilavinimu, partnerio turėjimu bei pozityviu sveikatos vertinimu.

5 lentelė. Sunkumų užmiegant sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego kokybė		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiantys sunkumai užmiegant	Daugiau pasireiškiantys sunkumai užmiegant				
Lytis	Vyras	80	36	11,117	0,001	0,218	0,001
		69,0%	31,0%				
	Moteris	56	62				
		47,5%	52,5%				
Amžius	Jaunesnis	84	50	2,687	0,101	0,107	0,101
		62,7%	37,3%				
	Vyresnis	52	48				
		52,0%	48,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	38	48	10,845	0,001	0,215	0,001
		44,2%	55,8%				
	Aukštasis	98	50				
		66,2%	33,8%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	57	53	3,386	0,066	0,120	0,066
		51,8%	48,2%				
	Turimas partneris	79	45				
		63,7%	36,3%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	59	41	0,056	0,814	0,015	0,814
		59,0%	41,0%				
	Turima vaikų	77	57				
		57,5%	42,5%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	41	41	3,419	0,064	0,121	0,064
		50,0%	50,0%				
	Ne	95	57				
		62,5%	37,5%				
Ar kambaryje miegate vienas/viena?	Taip	37	36	2,409	0,121	0,101	0,121
		50,7%	49,3%				
	Ne	99	62				
		61,5%	38,5%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	105	53	18,841	0,0001	0,284	0,0001
		66,5%	33,5%				
	Vidutiniškas	29	33				
		46,8%	53,2%				
	Neigiamas	2	12				
		14,3%	85,7%				

Atlikta analizė parodė, kad sunkumai užmiegant susiję su lytimi, įgytu išsilavinimu bei sveikatos vertinimu. Mažesnės minėtos miego problemos dažniau susiję su vyriška lytimi, aukštesniu išsilavinimu bei pozityviu sveikatos vertinimu.

6 lentelė. Sunkumų atsikeliant sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego kokybė		χ^2 kriterijaus statistika	p reikšmė	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiantys sunkumai atsikeliant	Daugiau pasireiškiantys sunkumai atsikeliant				
Lytis	Vyras	70	46	0,025	0,873	0,010	0,873
		60,3%	39,7%				
	Moteris	70	48				
		59,3%	40,7%				
Amžius	Jaunesnis	63	71	21,423	0,0001	0,303	0,0001
		47,0%	53,0%				
	Vyresnis	77	23				
		77,0%	23,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	44	42	4,249	0,039	0,135	0,039
		51,2%	48,8%				
	Aukštasis	96	52				
		64,9%	35,1%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	53	57	11,717	0,001	0,224	0,001
		48,2%	51,8%				
	Turimas partneris	87	37				
		70,2%	29,8%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	48	52	10,167	0,001	0,208	0,001
		48,0%	52,0%				
	Turima vaikų	92	42				
		68,7%	31,3%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	49	33	0,0001	0,987	0,001	0,987
		59,8%	40,2%				
	Ne	91	61				
		59,9%	40,1%				
Ar kambaryje miegate vienas/viena?	Taip	44	29	0,009	0,926	0,006	0,926
		60,3%	39,7%				
	Ne	96	65				
		59,6%	40,4%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	108	50	20,238	0,0001	0,294	0,0001
		68,4%	31,6%				
	Vidutiniškas	30	32				
		48,4%	51,6%				
	Neigiamas	2	12				
		14,3%	85,7%				

Sunkumai atsikeliant nustatyta, jog buvo statistiškai reikšmingai susiję su amžiumi, įgytu išsilavinimu, šeimynine padėtimi, vaikų turėjimu ir sveikatos vertinimu. Mažesni sunkumai atsikeliant sieti su vyresniu amžiumi, aukštuoju išsilavinimu, partnerio, vaikų turėjimu bei pozityviu sveikatos vertinimu.

7 lentelė. Pasitenkinimo miegu sunkumų sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego kokybė		χ^2 kriterijaus statistika	p reikšmė	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiantys pasitenkinimo miegu sunkumai	Daugiau pasireiškiantys pasitenkinimo miegu sunkumai				
Lytis	Vyras	84	32	9,064	0,003	0,197	0,003
		72,4%	27,6%				
	Moteris	63	55				
		53,4%	46,6%				
Amžius	Jaunesnis	79	55	2,006	0,157	0,093	0,157
		59,0%	41,0%				
	Vyresnis	68	32				
		68,0%	32,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	48	38	2,858	0,091	0,111	0,091
		55,8%	44,2%				
	Aukštasis	99	49				
		66,9%	33,1%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	63	47	2,735	0,098	0,108	0,098
		57,3%	42,7%				
	Turimas partneris	84	40				
		67,7%	32,3%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	60	40	0,595	0,441	0,050	0,441
		60,0%	40,0%				
	Turima vaikų	87	47				
		64,9%	35,1%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	50	32	0,184	0,668	0,028	0,668
		61,0%	39,0%				
	Ne	97	55				
		63,8%	36,2%				
Ar kambarįje miegate vienas/viena?	Taip	44	29	0,295	0,587	0,035	0,587
		60,3%	39,7%				
	Ne	103	58				
		64,0%	36,0%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	119	39	33,026	0,0001	0,376	0,0001
		75,3%	24,7%				
	Vidutiniškas	24	38				
		38,7%	61,3%				
	Neigiamas	4	10				
		28,6%	71,4%				

Pasitenkinimo miegu vertinimas statistiškai reikšmingai sietas su lytimi ir sveikatos vertinimu. Galima teigti, jog mažesnis pasitenkinimo miegu sunkumų pasireiškimas dažniau būdingas vyrams bei asmenims, sveikatą vertinantiems pozityviai.

8 lentelė. Bendros miego kokybės vertinimo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego kokybė		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiantys miego kokybės sunkumai	Daugiau pasireiškiantys miego kokybės sunkumai				
Lytis	Vyras	64	52	1,716	0,190	0,086	0,190
		55,2%	44,8%				
	Moteris	55	63				
		46,6%	53,4%				
Amžius	Jaunesnis	61	73	3,567	0,059	0,123	0,059
		45,5%	54,5%				
	Vyresnis	58	42				
		58,0%	42,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	34	52	6,971	0,008	0,173	0,008
		39,5%	60,5%				
	Aukštasis	85	63				
		57,4%	42,6%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	42	68	13,339	0,0001	0,239	0,0001
		38,2%	61,8%				
	Turimas partneris	77	47				
		62,1%	37,9%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	42	58	5,478	0,019	0,153	0,019
		42,0%	38,0%				
	Turima vaikų	77	57				
		57,5%	42,5%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	38	44	1,029	0,310	0,066	0,310
		46,3%	53,7%				
	Ne	81	71				
		53,3%	46,7%				
Ar kambarįje miegate vienas/viena?	Taip	35	38	0,359	0,549	0,039	0,549
		47,9%	52,1%				
	Ne	84	77				
		52,2%	47,8%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	101	57	37,099	0,0001	0,398	0,0001
		63,9%	36,1%				
	Vidutiniškas	18	44				
		29,0%	71,0%				
	Neigiamas	0	14				
		0,0%	100,0%				

Bendrai vertinti miego kokybės sunkumai statistiškai reikšmingai sieti su išsilavinimu, šeimynine padėtimi, vaikų turėjimu bei sveikatos vertinimu. Mažesnės bendros miego kokybės problemos dažniau buvo būdingos įgijusiems aukštąjį išsilavinimą, turintiems partnerį, vaikų bei sveikatą vertinantiems pozityviai.

Siekiant patikrinti pirmąją hipotezę apie suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo sąsajas su miego kokybe atlikta koreliacinė analizė. Atsižvelgiant į tai, jog reiškiniai tenkino skirstinių normalumo sąlygas, naudotas Pearsono koreliacijos koeficiento kriterijus (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego kokybės vertinimo sąsajos.

Kintamieji		Sunkumai dienos metu	Poilsio po miego pajautimas	Sunkumai užmiegant	Sunkumai atsikeliant	Pasitenkinimas miegu	Miego kokybė (subskalių suma)
Sunkumai apibūdinant jausmus	r	0,374**	0,321**	0,191**	0,288**	0,240**	0,402**
	p	0,0001	0,0001	0,003	0,0001	0,0001	0,0001
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	r	0,430**	0,414**	0,307**	0,341**	0,308**	0,501**
	p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Į išorę orientuotas mąstymas	r	0,144*	0,212**	0,221**	0,033	0,080	0,185**
	p	0,028	0,001	0,001	0,610	0,224	0,004
Aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)	r	0,400**	0,396**	0,298**	0,286**	0,268**	0,459**
	p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Vertinant aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės sąsajas statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta tik vertinant į išorę orientuoto mąstymo sąsajas su sunkumų atsikeliant ($r=0,033$, $p=0,610$) ir pasitenkinimo miegu kintamaisiais ($r=0,080$, $p=0,224$). Visais kitais atvejais nustatytis kintamųjų teigiamos bei statistiškai reikšmingos sąsajos.

Toliau bus siekiama patikrinti prognostinius kintamųjų ryšius, sudarant modelius ir įtraukiant šalutinius miego kokybei svarbius kintamuosius į tiesinės regresinės analizės lygtis.

Į tiesinės regresijos lygtį patiriamiems sunkumams dėl prasto miego dienos metu prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai įdentifikuojant jausmus, į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji: išsilavinimas, šeimyninė padėtis, vaikų turėjimas/neturėjimas, sveikatos vertinimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį

Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 3 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su sunkumais dėl prasto miego dienos metu (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Sunkumų dienos metu pasireiškimą prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,283	F		12,766
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,261	p		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	p
Kontanta	4,080		1,506	0,133
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,221	0,151	1,869	0,063
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,239	0,214	2,439	0,016
Į išorę orientuotas mąstymas	-0,049	-0,031	-0,479	0,632
Išsilavinimas	0,147	0,011	0,171	0,864
Šeimyninė padėtis	-1,978	-0,146	-2,069	0,040
Vaikų turėjimas/neturėjimas	-1,151	-0,084	-1,218	0,225
Sveikatos vertinimas	2,741	0,242	3,865	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis yra statistiškai reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lygi 12,766, $p < 0,001$, determinacijos koeficientas – $R^2 = 0,283$, koreguotasis determinacijos koeficientas lygus 0,261, kas rodo modelio tinkamumą reiškinių sąsajoms vertinti.

Didesnius sunkumus dienos metu prognozuoja labiau pasireiškiantys sunkumai įdentifikuojant jausmus ($B = 0,239$), partnerio neturėjimas ($B = -1,978$) bei prastesnis sveikatos vertinimas ($B = 2,741$), o iš šių veiksnių didžiausią prognostinę vertę turi prastesnis sveikatos vertinimas ($\beta = 0,242$).

Į tiesinės regresijos lygtį poilsio po miego pajautimo sunkumams prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai įdentifikuojant jausmus, į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji: išsilavinimas, šeimyninė padėtis bei sveikatos vertinimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 4 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su poilsio po miego pajautimo sunkumais (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Poilsio po miego pajautimą prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,341	F		19,574
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,324	p		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	p
Kontanta	2,282		2,018	0,045
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,050	0,077	0,996	0,320
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,052	0,104	1,261	0,209
Į išorę orientuotas mąstymas	0,040	0,057	0,915	0,361
Išsilavinimas	-0,637	-0,103	-1,760	0,080
Šeimyninė padėtis	-0,849	-0,142	-2,501	0,013
Sveikatos vertinimas	2,048	0,409	6,828	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis statistiškai reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lygi $F=19,574$, $p<0,001$, determinacijos koeficientas $R^2=0,341$, koreguotasis determinacijos koeficientas $R^2=0,324$, kas rodo modelio tinkamumą reiškinį sąsajoms vertinti.

Didesnius poilsio po miego sunkumus prognozuoja partnerio neturėjimas ($B=-0,849$) bei prastesnis sveikatos vertinimas ($B=2,048$). Be to, pastarasis veiksnys turi didesnę prognostinę vertę suprantant analizuojamus miego kokybės sunkumus ($\beta=0,409$).

Į tiesinės regresijos lygtį patiriamiems sunkumus užmiegant prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai įdentifikuojant jausmus, į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji: lytis, išsilavinimas, sveikatos vertinimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 5 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su sunkumais užmiegant (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Sunkumus užmiegant prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,234	F		11,589
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,214	P		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	p
Kontanta	0,161		0,151	0,880
Sunkumai apibūdinant jausmus	-,0018	-0,033	-0,398	0,691
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,035	0,083	0,932	0,353
Į išorę orientuotas mąstymas	0,087	0,149	2,213	0,028
Lytis	0,904	0,181	2,977	0,003
Išsilavinimas	-0,903	-0,174	-2,781	0,006
Sveikatos vertinimas	1,144	0,273	4,201	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lygi $F=11,589$, $p<0,001$, determinacijos koeficientas $R^2=0,234$, koreguotasis determinacijos koeficientas $R^2=0,214$, kas rodo modelio tinkamumą reiškinų sąsajoms vertinti.

Didesnius sunkumus užmiegant prognozuoja labiau pasireiškiantis į išorę orientuotas mąstymas ($B=0,087$), moteriška lytis ($B=0,904$), žemesnis išsilavinimas ($B=-0,903$) bei prasčiau vertinama sveikata ($B=1,144$). Sveikatos vertinimas šiuo atveju taip pat padeda labiausiai prognozuoti didesnių sunkumų atsikeliant pasireiškimą ($\beta=0,273$).

Į tiesinės regresijos lygtį patiriamiems sunkumams asikeliant prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai įdentifikuojant jausmus, į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji: amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, vaikų turėjimas/neturėjimas, sveikatos vertinimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficient (žr. 6 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su sunkumais atsikeliant (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Sunkumus atsikeliant prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,322	F		13,366
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,298	p		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	p
Kontanta	2,723		4,134	0,0001
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,031	0,086	1,088	0,278
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,048	0,172	2,009	0,046
Į išorę orientuotas mąstymas	-0,031	-0,079	-1,225	0,222
Amžius	-1,139	-0,336	-4,645	0,0001
Išsilavinimas	-0,187	-0,054	-0,898	0,370
Šeimyninė padėtis	-0,303	-0,090	-1,309	0,192
Vaikų turėjimas/neturėjimas	0,152	0,045	0,556	0,579
Sveikatos vertinimas	0,908	0,323	5,256	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lyg $F=13,366$, $p<0,0001$, determinacijos koeficientas $R^2=0,322$, koreguotasis determinacijos koeficientas $R^2=0,298$, kas rodo modelio tinkamumą reiškinų sąsajoms vertinti.

Didesnius sunkumus atsikeliant prognozuoja labiau pasireiškiantys sunkumai įdentifikuojant jausmus ($B=0,048$), jaunesnis amžius ($B=-1,139$) ir prastesnis sveikatos vertinimas ($B=0,908$). Amžius turi didžiausią prognostinę vertę suprantant labiau pasireiškiančius sunkumus atsikeliant ($\beta=-0,336$).

Į tiesinės regresijos lygtį pasitenkinimui miegu prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai įdentifikuojant jausmus, į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji lytis ir sveikatos vertinimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 7 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su pasitenkinimu miegu (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. Pasitenkinimą miegu prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,240	F		14,383
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,233	p		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	p
Kontanta	0,179		0,253	0,801
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,066	0,138	1,695	0,091
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,024	0,065	0,738	0,461
Į išorę orientuotas mąstymas	-0,023	-0,044	-0,667	0,505
Lytis	0,522	0,118	1,953	0,052
Sveikatos vertinimas	1,410	0,380	5,882	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lygi $F=14,383$, $p<0,001$, determinacijos koeficientas $R^2=0,240$, koreguotasis determinacijos koeficientas $R^2=0,233$ kas rodo modelio tinkamumą reiškinį sąsajoms vertinti.

Didesnius pasitenkinimo miegu sunkumus prognozuoja prasčiau vertinama sveikata ($B=1,410$, $\beta=0,380$).

Į tiesinės regresijos lygtį prastesnei bendrai miego kokybei prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai įdentifikuojant jausmus, į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji: išsilavinimas, šeimyninė padėtis, vaikų turėjimas/neturėjimas, sveikatos vertinimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 8 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su prastesne bendra miego kokybe (žr. 15 lentelę).

15 lentelė. Bendrą miego kokybę prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,446	F		26,020
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,429	p		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	P
Kontanta	14,620		3,432	0,001
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,302	0,116	1,628	0,105
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,395	0,197	2,560	0,011
Į išorę orientuotas mąstymas	-0,034	-0,012	-0,213	0,832
Išsilavinimas	-1,760	-0,070	-1,301	0,194
Šeimyninė padėtis	-4,467	-0,185	-2,972	0,003
Vaikų turėjimas/neturėjimas	-1,591	-0,065	-1,071	0,285
Sveikatos vertinimas	8,257	0,408	7,405	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lygi $F=26,020$, $p<0,001$, determinacijos koeficientas $R^2=0,446$, koreguotasis determinacijos koeficientas $R^2=0,429$, kas rodo modelio tinkamumą reiškinį sąsajoms vertinti.

Bendrai prasčiau vertinamą miego kokybę prognozuoja labiau pasireiškiantys sunkumai įdentifikuojant jausmus ($B=0,395$), partnerio neturėjimas ($B=-4,467$) bei prasčiau vertinama sveikata ($B=8,257$). Prastesnis sveikatos vertinimas yra didžiausią prognostinę vertę ($\beta=0,408$) suprantant miego kokybės problemas turintis veiksnys.

Apibendrinus gautus rezultatus galima teigti, jog **pirmoji hipotezė patvirtinta iš dalies**.

3.3. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego higienos vertinimo sąsajos

Norint atsakyti į antrąją hipotezę, kuria teigiama, jog didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su prastesne miego higiena, bus sudaromas tiesinės regresijos modelis. Prieš sudarant tiesinės regresijos modelį siekiama nustatyti miego higienos sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu. Atsižvelgiant į statistiškai reikšmingus rezultatus, pastarieji veiksniai bus įtraukti į tiesinės regresijos lygtį kartu su aleksitimiškumo bruožų kintamaisiais.

Atsižvelgiant į tai, jog dalis kintamųjų yra matuojami rangų ar nominalinėje skalėje, miego higienos kintamasis remiantis kintamųjų vidurkio duomenimis (žr. 2 lentelę) buvo

suklasifikuotas į mažesnio ir didesnio reiškinio pasireiškimo grupes. Reiškinių sąsajoms įvertinti pasirinktas χ^2 kriterijus ir su juo susijęs Kramerio V ryšio koeficientas. Miego higienos sąsajų su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu rezultatai pateikiami 16 lentelėje.

16 lentelė. Miego higienos sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego higiena		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Mažiau pasireiškiančios miego higienos problemos	Daugiau pasireiškiančios miego higienos problemos				
Lytis	Vyras	61	55	0,601	0,438	0,051	0,438
		42,6%	47,4%				
	Moteris	68	50				
		57,6%	42,4%				
Amžius	Jaunesnis	63	71	8,344	0,004	0,189	0,004
		47,0%	53,0%				
	Vyresnis	66	34				
		66,0%	34,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	46	40	0,148	0,701	0,025	0,701
		53,5%	46,5%				
	Aukštasis	83	65				
		56,1%	43,9%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	50	60	7,853	0,005	0,183	0,005
		45,5%	54,5%				
	Turimas partneris	79	45				
		63,7%	36,3%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	38	62	20,710	0,0001	0,297	0,0001
		38,0%	62,0%				
	Turima vaikų	91	43				
		67,9%	32,1%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	39	43	2,922	0,087	0,112	0,087
		47,6%	52,4%				
	Ne	90	62				
		59,2%	40,8%				
Ar kambarįje miegate vienas/viena?	Taip	38	35	0,504	0,524	0,042	0,524
		52,1%	47,9%				
	Ne	91	70				
		56,5%	43,5%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	93	65	5,191	0,075	0,149	0,075
		58,9%	41,1%				
	Vidutiniškas	32	30				
		51,6%	48,4%				
	Neigiamas	4	10				
		28,6%	71,4%				

Miego higienos vertinimas statistiškai reikšmingai sietas su amžiaus, šeimyninės padėties bei vaikų turėjimo aspektais. Galima teigti, kad mažesnės miego higienos problemos gali būti siejamos su vyresniu amžiumi, partnerio, vaikų turėjimu.

Atsižvelgiant į tai, jog aleksitimiškumo bruožų bei miego higienos kintamieji matuoti skalės/intrevalinėje matavimų skalėje bei nustatyta, kad bus naudojami parametriniai kriterijai, reiškinį sąsajoms nustatyti naudotas Pearsono koreliacijos koeficiento kriterijus (žr. 17 lentelę).

17 lentelė. Aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego higienos vertinimo sąsajos

Kintamieji		Sunkumai apibūdinant jausmus	Sunkumai identifikuojant jausmus	Į išorę orientuotas mąstymas	Aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)
Miego higiena	r	0,268**	0,294**	0,090	0,275**
	p	0,0001	0,0001	0,172	0,0001

Rezultatai rodo, jog miego higienos vertinimas yra teigiamai bei statistiškai reikšmingai susijęs su sunkumų apibūdinant ($r=0,268$), identifikuojant jausmus ($r=0,294$) bei bendru aleksitimiškumo bruožų vertinimu ($r=0,275$). Tai reiškia, jog didėjant miego higienos problemoms minėtų sunkumų pasireiškimas didėja ir atvirškčiai. Reikšmingų ryšių vertinant miego higienos ir į išorę orientuoto mąstymo reiškinį nustatyta nebuvo.

Toliau bus siekiama patikrinti prognostinius kintamųjų ryšius, sudarant modelį ir įtraukiant šalutinius bendrai miego higienai svarbius kintamuosius į tiesinės regresinės analizės lygtį.

Į tiesinės regresijos lygtį bendriems miego higienos sunkumams prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus ir sunkumai identifikuojant jausmus. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji: amžius, šeimyninė padėtis ir vaikų turėjimas/neturėjimas. Tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 16 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su bendrais miego higienos sunkumais (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Prastesnę miego higieną prognozuojančių veiksnių analizė (tiesinė regresinė analizė).

Modelio ypatybės				
Determinacijos koeficientas	0,248	F		15,025
Koreguotasis determinacijos koeficientas	0,231	p		0,0001
Nepriklausomi kintamieji	B	Beta	t	P
Konstanta	40,706		16,012	0,0001
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,059	0,031	0,388	0,698
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,401	0,278	3,447	0,001
Amžius	-1,079	-0,061	-0,828	0,408
Šeimyninė padėtis	0,618	0,036	0,504	0,615
Vaikų turėjimas/ neturėjimas	-6,577	-0,374	-4,505	0,0001

Rezultatai parodė, jog tiesinės regresijos modelis reikšmingas, nes F kriterijaus reikšmė lygi $F=15,025$, $p<0,001$, determinacijos koeficientas $R^2=0,248$, koreguotasis determinacijos koeficientas $R^2=0,231$, kas rodo modelio tinkamumą reiškinių sąsajoms vertinti.

Nustatyta, jog didesnes miego higienos problemas prognozuoja labiau pasireiškiantys sunkumai identifikuojant jausmus ($B=0,401$) bei vaikų neturėjimas ($B=-6,577$). Pastarasis veiksnys taip pat turi didesnę prognostinę vertę suprantant miego higienos problemas ($\beta=-0,374$).

Taigi, **antroji hipotezė patvirtinta iš dalies.**

3.4. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego laiko sąsajos

Norint atsakyti į trečiąją hipotezę, kuria teigiama jog didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su trumpesniu miego laiku bus sudaromas tiesinės regresijos modelis. Todėl siekiama nustatyti miego laiko bei vaistų vartojimo sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu. Atsižvelgiant į statistiškai reikšmingus rezultatus, pastarieji veiksniai bus įtraukti į tiesinės regresijos lygtį kartu su aleksitimiškumo bruožų kintamaisiais. Reiškinių sąsajoms įvertinti pasirinktas χ^2 kriterijus ir su juo susijęs Kramerio V ryšio koeficientas. Miego laiko bei vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimų rezultatai pateikiami 19 lentelėje.

19 lentelė. Miego laiko sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, miego ypatumų ir sveikatos vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Miego laikas		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Trumpesnė miego trukmė	Ilgesnė miego trukmė				
Lytis	Vyras	61	55	0,015	0,902	0,008	0,902
		52,6%	47,4%				
	Moteris	63	55				
		53,4%	46,6%				
Amžius	Jaunesnis	74	60	0,627	0,428	0,052	0,428
		55,2%	44,8%				
	Vyresnis	50	50				
		50,0%	50,0%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	52	34	3,049	0,081	0,114	0,081
		60,5%	39,5%				
	Aukštasis	72	76				
		48,6%	51,4%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	58	52	0,006	0,939	0,005	0,939
		52,7%	47,3%				
	Turimas partneris	66	58				
		53,2%	46,8%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	51	49	0,278	0,598	0,034	0,598
		51,0%	49,0%				
	Turima vaikų	73	61				
		54,5%	45,5%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	47	35	0,948	0,330	0,064	0,330
		57,3%	42,7%				
	Ne	77	75				
		50,7%	49,3%				
Ar kambaryje miegate vienas/viena?	Taip	44	29	2,259	0,133	0,098	0,133
		60,3%	39,7%				
	Ne	80	81				
		49,7%	50,3%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	83	75	2,147	0,342	0,096	0,342
		52,5%	47,5%				
	Vidutiniškas	31	31				
		50,0%	50,0%				
	Neigiamas	10	4				
		71,4%	28,6%				

Kaip matyti, miego laiko sąsajų su sociodemografiniais veiksniais, miego ir sveikatos ypatumų vertinimu nustatyta nebuvo.

Remiantis tuo, jog miego laiko kintamasis netenkina skirstinių normalumo sąlygų, vertinant aleksitimiskumo bruožų ir miego laiko sąsajas naudotas Spearmano koreliacijos koeficientas (žr. 20 lentelę).

20 lentelė. Aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir miego laiko sąsajos.

Kintamieji		Sunkumai apibūdinant jausmus	Sunkumai įdentifikuojant jausmus	Į išorę orientuotas mąstymas	Aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)
Miego laikas	rho	-0,096	-0,035	-0,062	-0,067
	p	0,144	0,589	0,348	0,307

Statistiškai reikšmingų sąsajų tarp miego laiko ir aleksitimiškumo bruožų pasireiškimo nustatyta nebuvo ($p > 0,05$).

Taip pat nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp miego laiko ir sociodemografinių bei miego, sveikatos ypatumų vertinimo kintamųjų (žr. 19 lentelę). Atsižvelgiant į tai, miego trukmę prognozuojančių veiksnių analizė yra ne prasminga. Apibendrinus rezultatus galima teigti, jog **trečioji hipotezė negali būti patvirtinta**.

3.5. Suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajos

Norint atsakyti į ketvirtąją hipotezę, kuria teigiama jog didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su dažnesniu vaistų dėl blogo miego vartojimu bus sudaromas logistinės regresijos modelis. Todėl siekiama nustatyti miego laiko bei vaistų vartojimo sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu. Vėliau šie kintamieji bus įtraukti į logistinės regresijos lygtį, kartu su aleksitimiškumo bruožais, siekiant įvertinti ryšius su dažnesniu vaistų dėl blogo miego vartojimu. Vaistų vartojimo kintamasis buvo sugrupuotas į vartojančius ir nevartojančius per pastarąjį mėnesį vaistus. Reiškinių sąsajoms įvertinti pasirinktas χ^2 kriterijus ir su juo susijęs Kramerio V ryšio koeficientas. Miego laiko bei vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, sveikatos bei miego ypatumų vertinimu rezultatai pateikiami 21 lentelėje.

21 lentelė. Vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, miego ir sveikatos ypatumų vertinimu.

Analizuojamas kintamasis/aspektas		Vaistų vartojimas		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	p
		Nevartoję vaistų	Vartoję vaistus				
Lytis	Vyras	105	11	1,931	0,165	0,091	0,165
		90,5%	9,5%				
	Moteris	98	18				
		84,5%	15,5%				
Amžius	Jaunesnis	120	14	1,222	0,269	0,073	0,269
		89,6%	10,4%				
	Vyresnis	83	15				
		84,7%	15,3%				
Išsilavinimas	Ne aukštasis	67	17	7,209	0,007	0,176	0,007
		79,8%	20,2%				
	Aukštasis	136	12				
		91,9%	8,1%				
Šeimyninė padėtis	Neturima partnerio	94	16	0,800	0,371	0,059	0,371
		85,5%	14,5%				
	Turimas partneris	109	13				
		89,3%	10,7%				
Vaikų turėjimas	Neturima vaikų	90	10	1,004	0,316	0,066	0,316
		90,0%	10,0%				
	Turima vaikų	113	19				
		85,6%	14,4%				
Ar lovoje miegate vienas/viena?	Taip	68	12	0,698	0,404	0,055	0,404
		85,0%	15,0%				
	Ne	135	17				
		88,8%	11,2%				
Ar kambaryje miegate vienas/viena?	Taip	61	10	0,235	0,628	0,032	0,628
		85,9%	14,1%				
	Ne	142	19				
		88,2%	11,8%				
Sveikatos vertinimas	Pozityvus	146	12	29,329	0,0001	0,356	0,0001
		92,4%	7,6%				
	Vidutiniškas	51	9				
		85,0%	15,0%				
	Neigiamas	6	8				
		42,9%	57,1%				

Išanalizavus vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, miego ir sveikatos ypatumų vertinimu nustatyta, jog statistiškai reikšmingos sąsajos yra tarp vaistų dėl blogo miego vartojimo ir išsilavinimo bei sveikatos vertinimo kintamųjų. Galima teigti, jog aukštesnį išsilavinimą įgiję bei pozityviau savo sveikatą vertinantys žmonės vaistus dėl blogo miego vartoja rečiau.

Siekiant nustatyti aleksitimiškumo bruožų pasireiškimo sąsajas su vaistų dėl blogo miego vartojimu naudotas χ^2 kriterijus ir su juo susijusęs Kramerio V ryšio koeficientas (žr. 22 lentelę).

22 lentelė. Aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajos

Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jūs vartojote vaistus dėl blogo miego (išrašytus gydytojo ar nusipirktus be recepto)?	Aleksitimiškumo bruožai		χ^2 kriterijaus statistika	p	Kramerio V statistika	P
	Mažiau pasireiškiantys sunkumai apibūdinant jausmus	Daugiau pasireiškiantys sunkumai apibūdinant jausmus				
Nė karto per mėnesį	113	90	8,0172	0,005	0,186	0,005
	55,7%	44,3%				
Vartoję bent kartą per mėnesį	8	21				
	27,6%	72,4%				
	Mažiau pasireiškiantys sunkumai identifikuojant jausmus	Daugiau pasireiškiantys sunkumai identifikuojant jausmus				
Nė karto per mėnesį	134	69	15,778	0,0001	0,261	0,0001
	66,0%	34,0%				
Vartoję bent kartą per mėnesį	8	21				
	27,6%	72,4%				
	Mažiau pasireiškiantis į išorę orientuotas mąstymas	Daugiau pasireiškiantis į išorę orientuotas mąstymas				
Nė karto per mėnesį	129	74	16,246	0,0001	0,265	0,0001
	63,5%	36,5%				
Vartoję bent kartą per mėnesį	7	22				
	24,1%	75,9%				
	Mažiau pasireiškiantys aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)	Daugiau pasireiškiantys aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)				
Nė karto per mėnesį	119	84	9,865	0,002	0,206	0,002
	58,6%	41,4%				
Vartoję bent kartą per mėnesį	8	21				
	27,6%	72,4%				
	0.0%	100.0%				

Įvertinus aleksitimiškumo bruožų pasireiškimo ir vaistų dėl blogo miego vartojimo sąsajas galima teigti, jog tyrimo dalyviai apskritai vaistus per pastarąjį mėnesį vartojo retai. Nepaisant to galima teigti, jog mažesne aleksitimijos bruožų raiška pasižymintys žmonės vaistus dėl blogo miego vartoja rečiau nei didesne aleksitimiškumo bruožų raiška pasižymintys žmonės.

Toliau bus siekiama patikrinti prognostinius kintamųjų ryšius, sudarant modelį ir įtraukiant šalutinius vaistų dėl blogo miego vartojimui svarbius kintamuosius į logistinės regresinės analizės lygtį.

Į logistinės regresinės analizės lygtį vaistų vartojimą dėl prasto miego prognozuoti įtraukiami kintamieji: sunkumai apibūdinant jausmus, sunkumai identifikuojant jausmus ir į išorę orientuotas mąstymas. Taip pat į tiesinės regresijos lygtį įtraukiami šalutiniai miego kokybei svarbūs kintamieji išsilavinimas ir sveikatos vertinimas, tarp kurių, panaudojant χ^2 kriterijų ir su juo susijusį Kramerio V ryšio koeficientą (žr. 21 lentelę), nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su vaistų dėl blogo miego vartojimu (žr. 23 lentelę).

Remiantis tuo, jog nustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp analizuojamų kintamųjų, prognostinė kintamųjų sąsajų analizė atlikta naudojantis logistine regresine analize. Rezultatai parodė, jog modelio χ^2 suderinamumo reikšmė yra lygi 0,0001, o tai rodo statistiškai reikšmingą ryšį tarp priklausomo ir nepriklausomų kintamųjų. Kokso-Snelo pseudoderterminacijos koeficientas lygus 0,180, o Nagelkerkės determinacijos koeficientas lygus 0,340. Hosmerio-Lemeshou kriterijaus p reikšmė lygi 0,885, kas rodo, jog modelis yra suderintas su duomenimis. Klasifikacinė lentelė parodė, jog modelio prognozavimo tikslumas yra 90,5%.

23 lentelė. Vaistų vartojimą dėl blogo miego prognozuojančių veiksnių analizė (logistinė regresinė analizė).

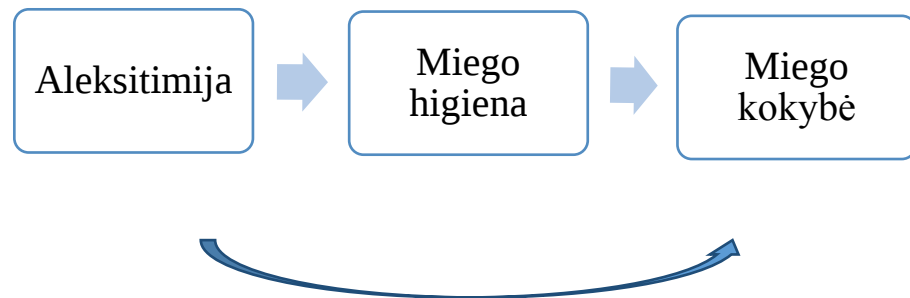
Kintamieji	B	S.E.	Voldo kriterijus	df	p	Exp(B)
Sunkumai apibūdinant jausmus	-0,211	0,086	6,108	1	0,013	0,809
Sunkumai identifikuojant jausmus	0,220	0,062	12,342	1	0,0001	1,245
Į išorę orientuotas mąstymas	0,137	0,063	4,752	1	0,029	1,147
Išsilavinimas	-0,461	0,490	0,886	1	0,346	0,631
Sveikatos vertinimas	0,797	0,334	5,704	1	0,017	2,220
Konstanta	-6,106	1,322	21,337	1	0,0001	0,002

Kaip matyti iš 23 lentelėje pateiktų duomenų, vaistų dėl blogo miego vartojimą padeda prognozuoti didesnis aleksitimiškumo bruožų pasireiškimas bei prastesnis sveikatos vertinimas, kuris vėlgi yra reikšmingiausių veiksnių prognozuojant vaistų dėl blogo miego vartojimą.

Ketvirtąją hipotezę galima patvirtinti.

3.6. Miego higienos kaip tarpinio veiksnio (mediatoriaus) analizė aleksitimiškumo bruožų ir miego kokybės sąsajoje

Šioje darbo dalyje bus siekiama patikrinti tiek ankstesniame darbe (Černiauskienė, 2016) sudarytą, tiek šiame darbe atlikta mokslinės literatūros analize patvirtintą hipotetinį kintamų sąveikos modelį (žr. 5 pav.)



5 paveikslas. Hipotetinis kintamųjų sąveikos modelis

Pasinaudojus struktūriniu lygčių modeliavimu, atlikta analizė parodė, jog sudarytas modelis yra tinkamas tolimesnei analizei, suderintas su duomenimis (modelio tinkamumo matai: CFI=1,000; GFI=1,000; RMSEA=0,394). Atsižvelgiant į tai modelyje analizuotų kelių rezultatų analizė pateikiama 24 lentėje.

24 lentelė. Modelio rezultatai.

Kintamųjų keliai			Kelių koeficientai	p	Standartizuotas kelio koeficientas
Miego higiena	<---	Aleksitimiškumo bruožai	0,194	0,0001	0,275
Miego kokybė	<---	Miego higiena	0,496	0,0001	0,358
Miego kokybė	<---	Aleksitimiškumo bruožai	0,352	0,0001	0,361

Remiantis 24 lentelėje pateiktais duomenimis matyti, jog visų modelių kelių koeficientai yra staistiškai reikšmingi, kas rodo kelio tinkamumą. Tai leidžia teigti, kad didesnis aleksitimiškumo bruožų pasireiškimas susijęs su didesnėmis miego higienos ir miego kokybės problemomis, o pasireiškiant didesnėms problemoms, susijusioms su miego higiena, pasireiškia

ir didesni miego kokybės sunkumai. Taip pat matyti, jog aleksitimiškumo bruožai paaiškina 36,1% procentą miego kokybės raiškos, 35,8% miego kokybės raiškos paaiškina miego higienos vertinimas, o 27,5% miego higienos raiškos gali būti paaiškinti aleksitimiškumo bruožų vertinimu. Taigi, rezultatais patvirtintas mediacinis kintamųjų sąveikos modelis, o tai leidžia teigti, jog **penktoji darbo hipotezė yra patvirtinta.**

IV. REZULTATŲ APTARIMAS

Siekiant įvertinti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų, miego higienos bei miego kokybės sąsajas, atliktas kiekybinis tyrimas apklausiant Kauno mieste gyvenančius bei įvairiose organizacijose dirbančius suaugusiuosius. Atlikus mokslinės literatūros analizę, apžvelgus užsienio ir Lietuvos mokslininkų darbus buvo iškeltos penkios hipotezės.

Pirmąją darbo hipotezę buvo siekiama išanalizuoti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų raiškos ir miego kokybės sąsajas. Ši hipotezė buvo patvirtinta iš dalies, nes ne visi aleksitimiškumo bei miego kokybės aspektai buvo tarpusavyje susiję. Vis tik, dažnu atveju nustatytos statistiškai reikšmingos reiškinių sąsajos patvirtina mokslininkų įžvalgas ir šiame darbe darytas prielaidas. Rezultatai dera su (Guadagni et. al., 2016; Nikolaou et. al., 2010) bei kitų tyrėjų darbais, kur pripažinta, kad emocinių stimulų neįsisavinimas gali būti susijęs su fiziologinių reakcijų pokyčiais, o tai bendrai lemia prastesnę miego kokybę. Taip aleksitimiškumo bruožais pasižyminčių žmonių miego kokybės problemos pasireiškia per didesnius funkcionavimo dienos metu sunkumus, sunkumus užmiegant, atsikeliant, vertinant poilsio po miego pajautimą bei pasitenkinimą miegu (De Gennaro et al., 2004; Bauermann et. al., 2008). Analizuojant skirtingų aleksitimiškumo bruožų sąsajas su miego kokybės veiksniais galima pritarti kitiems tyrėjams, išskyrusiems sunkumų apibūdinant, identifikuojant jausmus reikšmę. Ir nors reiškinių sąsajose nustatyta ir į išorę orientuoto mąstymo svarba (Kronholm et al., 2008; Lundh & Broman, 2006), tačiau būtent minėti aleksitimiškumo aspektai turi didesnę svarbą suprantant miego kokybės vertinimą. Šie duomenys patvirtina, jog emocijų reguliacijos ypatumai, stoka gali reikštis per košmariškus sapnus ar nerimo, depresiškumo patyrimą, kas neatsiejama nuo prastesnio miego kokybės vertinimo (Godin et al., 2013). Taip pat rezultatai patvirtina, jog emocijų pažinimo, įsisavinimo sunkumai gali lemti neigiamų patirčių, somatinių negalavimų akcentavimą, lydintį prie su miegu susijusių sunkumų (Mattila et al., 2010).

Išanalizavus sociodemografinių veiksnių bei miego ypatumų ir sveikatos vertinimo reikšmę nustatyta, jog miego kokybės problemas taip pat dažnu atveju padėjo prognozuoti ne tik aleksitimiškumo bruožų raiška, tačiau ir moteriška lytis, partnerio neturėjimas, žemesnis išsilavinimas bei prastesnis sveikatos vertinimas. Vertinant pastarąjį aspektą galima pritarti kitiems tyrėjams, teigusiems, jog aleksitimiškumas neatsiejamas nuo prastesnio sveikatos vertinimo, įvairių sveikatos negalavimų, kurie savo ruožtu skatina su miegu susijusių problemų atsiradimą. Sveikatos vertinimas šiuo atveju gali būti susijęs ne tik su aleksitimiškumu, tačiau ir su partnerio turėjimu. Galima numanyti, jog partnerio turėjimas yra socialinės paramos šaltinis, užtikrinantis pagalbą, jaučiamą saugumą, o tai gali lemti ne tik pozityvesnį miego kokybės,

tačiau ir sveikatos vertinimą. Kitas analizuotas aspektas buvo lytis. Tai, jog moterys pasižymi prasčiau vertinama miego kokybe gali rodyti, jog moterys turi daugiau realių ar suvokiamų pareigų, atsakomybių, o kylantis stresas, susirūpinimas neigiamai veikia jų miego kokybę. Galiausiai, aukštesnis išsilavinimas taip pat gali būti vertinamas kaip turimas žmogaus resursas, padedantis spręsti kylančius sunkumus efektyviau, matant daugiau situacijos sprendimo variantų.

Antrąją darbo hipotezę siekta įvertinti suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų raiškos ir miego higienos sąsajas. Ši hipotezė taip pat buvo patvirtinta iš dalies, nes nebuvo nustatyta į išorę orientuoto mąstymo sąsajų su miego higienos raiška. Pastarieji duomenys prieštarauja A. Z'ak-Gola ir kt. (2013), kurie nustatė šio aspekto reikšmę miego higienos vertinimui, kita vertus, gauti rezultatai dar kartą patvirtina, jog emocijų reguliacijos srityje pasireiškiantys sunkumai lemia žmogaus pasirenkamą elgesį, šiuo atveju sunkumus laikantis miego higienos. Galima manyti, jog aleksitimiškumu pasižymintys žmonės susidurdami su kognityvinio reguliavimo sunkumais, sunkiau suvokia priežasties ir pasekmės dėsnius, neįsisavina to, jog tam tikras elgesys lemia sveikatos negalavimus (Kavaliauskaitė-Kesarauskienė ir kt., 2012). Atsižvelgiant į tai jie dažniau gali rinktis neadaptyvų elgesį – persivalgymą, psichiką veikiančių medžiagų vartojimą, pasižymėti fizinio aktyvumo stoka ir pan. kas prisideda prie prastesnės miego higienos vertinimo (Gaetan et al., 2016; Lyvers et al., 2014; Meline et al., 2013 ir kt.). Rezultatus taip pat papildė reiškinų prognostinių ryšių analizė kur nustatyta, kad ne tik emocijų reguliacijos ypatumai, tačiau ir vaikų neturėjimas lemia didesnius miego higienos sunkumus. Galima manyti, jog vaikų neturintis žmogus mažiau siekia struktūruoti savo gyvenimą, turi mažiau atsakomybių ir tai lemia su miegu susijusio elgesio pasirinkimą. O šiuo atveju pasireiškiantis aleksitimiškumas dar labiau sustiprina miego higienos problemas (Lumley et al., 2007).

Trečiąją darbo hipotezę tirtos suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų raiškos ir miego trukmės sąsajos. Deja, ši hipotezė nebuvo patvirtinta. Tai leidžia manyti, jog siekiant suprasti aleksitimiškumo ir miego kokybės sąsajas miego trukmė nėra svarbus rodiklis, ir gali būti, jog labiau vertinamas kokybiškesnis, tačiau ne būtinai ilgesnis miegas. Taip pat rezultatus galėjo lemti ir tai, jog vidutiniška miego laiko trukmė buvo 7 valandos, kas vertinama kaip optimalus miego laikas (Güney et al., 2008; Miller et al., 2014). Be to, tokius rezultatus galėjo lemti ir kitų, darbe nevertintų veiksnių reikšmė.

Ketvirtąją darbo hipotezę daryta prielaida, jog stipresnė suaugusiųjų aleksitimiškumo bruožų raiška susijusi su vaistų dėl blogo miego vartojimu. Ši hipotezė buvo patvirtinta ir atitinka jau minėtų M. A. Lumley ir kolegų (2007) išvadas apie tai, jog prasta emocijų kontrolė gali pasireikšti kompulsyviu, sveikatai nepalankiu elgesiu ar siekimu pagerinti sveikatą nesuvokiant tikrųjų jos blogumo priežasčių. Nepaisant to, gauti rezultatai dera su aptartais

teorinėje darbo dalyje, kur buvo teigta, kad vaistų dėl blogo miego vartojimas pagerina miego kokybę bei kitus miegą apibūdinančius aspektus (Lemoine et al., 2007; Wu et al., 2016).

Galiausiai, *penktąją hipotezę* siekta patikrinti miego higienos, kaip tarpinio veiksnio, svarbą aleksitimiškumo bruožų raiškos bei miego kokybės sąsajoje. Ši hipotezė buvo patvirtinta, kas dar kartą įrodo, jog aleksitimiškumo bruožų bei miego higienos raiška padeda paaiškinti miego kokybės vertinimą, bei įrodo, kad aleksitimiškumu pasižymintys žmonės taip pat pasižymi prastesne miego higiena ir tai lemia jų prastesnį miego kokybės vertinimą. Tai leidžia teigti, jog paskutiniąją hipotezę nustatyti rezultatai patvirtina įvairių mokslininkų (Bazydło et al., 2001; Brick et al., 2010; Suen et al., 2010 ir kt.) pateiktas išvalgas bei papildoma duomenis apie aleksitimiškumo bruožų, miego higienos bei miego kokybės reiškinių sąsajas Lietuvoje tirtų asmenų atveju.

Apibendrinant darbo reikšmę teoriniu ir praktiniu požiūriu galima teigti, jog rezultatais pateikiama informatyvi medžiaga, perteikianti aleksitimiškumo, miego higienos bei miego kokybės reiškinių vertinimo ypatumus atsižvelgiant sociodemografinius, miego, sveikatos vertinimo ypatumus. Taip pat rezultatai padeda suprasti ne tik reiškinių sąsajas, tačiau ir priežastinius ryšius. Be to, magistro baigiamajame darbe autorės naudotos metodikos jau buvo išbandytos ankstesniuose tyrimuose ar aptartos išanalizavus mokslinę literatūrą, o tai leidžia teigti, jog patikrintas metodikų tinkamumas siekiant validžių išvadų. Analizuojant temą praktiniu aspektu galima pažymėti, jog rezultatai gali padėti teikiant pagalbą aleksitimiškumu pasižymintiems žmonėms siekiant pagerinti jų miego higienos įpročius bei pačią miego kokybę. Būtent emocijų pažinimas, įvardijimas, įsisąmoninimas gali padėti atskirti asmeninius pojūčius bei jų svarbą vertinant sveikatą bei gyvenimo kokybę.

Kita vertus, darbas neišvengiamas be ribotumų. Pirmasis jų – tiriamųjų imties ribotumas geografinėje plotmėje, t.y. tirti tik Kauno mieste gyvenantys asmenys. Antrasis – tirti tik darbingi tiriamieji, taip pat nebuvo žinomi objektyvūs jų sveikatos rodikliai bei kiti kintamieji (pvz. asmenybės savybės ar socialinės paramos buvimas).

Vis tik, įvertinus tiek darbo privalumus, tiek trūkumus bei atsižvelgiant į tai, jog tyrimo hipotezės didžia dalimi buvo patvirtintos, o rezultatai dera su kitų mokslininkų išvalgomis, darbą galima vertinti kaip reikšmingą pagrindą tolimesnei aleksitimiškumo bruožų, miego higienos bei miego kokybės reiškinių analizei gyvenančiųjų Lietuvoje pavyzdžiu.

IŠVADOS

1. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožų išreikštumas yra susijęs su prastesne miego kokybe:
 - Labiau pasireiškiantys *sunkumai identifikuojant jausmus* yra susiję su didesniais sunkumais dėl prasto miego dienos metu, didesniais sunkumais atsikeliant, bei bendra miego kokybe.
 - Labiau pasireiškiantys *į išorę orientuoto mąstymo sunkumai* yra susiję su didesniais sunkumais užmiegant.
2. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožo – *sunkumų identifikuojant jausmus* – išreikštumas yra susijęs su prastesne bendra miego higiena.
3. Sąsajų tarp suaugusių žmonių didesnio aleksitimiškumo bruožų išreikštumo ir trumpesnio miego laiko nustatyta nebuvo.
4. Suaugusių žmonių didesnis aleksitimiškumo bruožų – *sunkumų apibūdinant jausmus, sunkumų identifikuojant jausmus, į išorę orientuoto mąstymo sunkumų* – išreikštumas yra susijęs su dažnesniu vaistų dėl blogo miego vartojimu.
5. Prastesnė miego higiena yra tarpinis veiksnys (mediatorius) didesnio aleksitimiškumo ir prastesnės miego kokybės sąsajoje.

LITERATŪRA

1. Abe, Y., Mishima, K., Kaneita, Y., Li, L., Ohida, T., Nishikawa, T., & Uchiyama, M. (2011). Stress coping behaviors and sleep hygiene practices in a sample of Japanese adults with insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9, 35–45.
2. Azhari, S., Ghorbani, M., Esmaily, H., & Hashemabadi, B. A. G. (2013). The Relationship between Personality Characteristics and Sleep Quality in Menopausal Women Referred to Educational Gynecology Clinics of Mashhad, Mashhad, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 1(1), 26–32.
3. Bahremand, M., Alikhani, M., Jalali, A., Mahboubi, M., & Farnia, V. (2017). Mental health of patients with heart disease: analysis of alexithymia and family social support. *Biomedical Research*, 8–12.
4. Bauermann, T. M. (2010). *Sleep problems, sleep hygiene, and attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptomatology in young adults*. Dissertation, Queen's University Kingston, Ontario, Canada.
5. Bauermann, T. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2008). Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 45, 318–322.
6. Bazydło, R., Lumley, M. A., & Roehrs, T. (2001). Alexithymia and Polysomnographic Measures of Sleep in Healthy Adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 56–61.
7. Becker, N. B., Jesus, S. N., João, K. A. D. R., Viseu, J. N., & Martins, R. I. S. (2016). Depression and sleep quality in older adults: a meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 22(8), 889-895,
8. Beresnevaite, M. (2003). Toronto aleksitimijos skalė (TAS-20). *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 5(1), 31.
9. Bogg, T. & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull*, 130, 887–919.
10. Boye, B., Jahnsen, J., Mogleby, K., Leganger, S., Jantschek, G., Jantschek I., et al. (2008). The inspire study: are different personality traits related to diseasespecific quality of life (IBDQ) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Inflamm Bowel Dis*, 14, 680–686.
11. Brick, C. A., Seely, D. L., & Palermo, T. M. (2010). Association Between Sleep Hygiene and Sleep Quality in Medical Students. *Behav Sleep Med.*, 8(2), 113–121.

12. Cappuccio, F. P., D'elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. A. (2010). Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2 Diabetes. *Diabetes care*, 33(2), 414–420.
13. Cheek, R. E., Shaver, J. L. F., & Lentz, M. J. (2004). Variations in Sleep Hygiene Practices of Women With and Without Insomnia. *Research in Nursing & Health*, 27, 225–236.
14. Chien-Ming, Y., Shih-Chun, L., Shih-Chieh, H., & Chung-Ping, C. (2010). Maladaptive Sleep Hygiene Practices in Good Sleepers and Patients with Insomnia. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 147–155.
15. Clyne, C. & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21, 269–281.
16. Custers, K. & Van den Bulck, J. (2012). Television Viewing, Internet Use, and Self-Reported Bedtime and Rise Time in Adults: Implications for Sleep Hygiene Recommendations From an Exploratory Cross-Sectional Study. *Behavioral Sleep Medicine*, 10, 96–105.
17. Černiauskiene J. (2016). *Aleksitimijos sąsajos su miego kokybe ir miego higiena*. Magistro baigiamojo darbo projektas Nr. 1: Vytauto dižiojo universitetas, Kaunas.
18. De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Marini, S., Rapini, G., Valchera, A., Iasevoli, F., Monica Mazza, M. et. al. (2017). Alexithymia, Suicide Ideation, C-Reactive Protein, and Serum Lipid Levels Among Outpatients with Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Suicide Research*, 21 (1), 100–112.
19. De Gennaro, L., Ferrara, M., Cristiani, R., Curcio, G., Martiradonna, V., & Bertini, M. (2003). Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosomatic Medicine*, 65, 301–306.
20. De Gennaro, L., Martina, M., Curcia, G., & Ferrara, M. (2004). The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints. *Psychiatry Research*, 128, 253–258.
21. Dobing, S., Frolova, N., McAliste, F., & Ringrose, J. (2016). Sleep Quality and Factors Influencing Self- Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *Plos One*, 9, 1–6.
22. Donges, U. S., Kersting, A., & Suslow, T. (2013). Alexithymia and Perception of Emotional Information: A Review of Experimental Psychological Findings. *Universitas Psychologica*, 13(2), 745–756.
23. Dubey, A. & Pandey, R. (2013). Mental Health Problems in Alexithymia: Role of Positive and Negative Emotional Experiences. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*, 20, 128–136.
24. ElArab, H. E., Rabieaand, M. A. M., & Ali, D. H. (2014). Sleep behavior and sleep problems among a medical student sample in relation to academic performance: a cross-sectional questionnaire-based study. *Middle East Current Psychiatry*, 21, 72–80.

25. Ellis, J., Hampson, S. E., & Cropley, M. (2002). Sleep hygiene or compensatory sleep practices: an examination of behaviours affecting sleep in older adults. *Psychol Health Med*, 7, 157–162.
26. Finkenauer, C. & Rimé, B. (1998). Socially shared emotional experiences vs. emotional experiences kept secret: Differential characteristics and consequences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(3), 295–318.
27. Gaetan, S., Brejard, V., & Bonnet, A. (2016). Video games in adolescence and emotional functioning: Emotion regulation, emotion intensity, emotion expression, and alexithymia. *Elsevier*, 61, 344–349.
28. Galambos, N. L., Vargas Lascano, D. I., Howard, A. L., & Maggs, J. L. (2013). Who Sleeps Best? Longitudinal Patterns and Covariates of Change in Sleep Quantity, Quality, and Timing Across Four University Years. *Behavioral Sleep Medicine*, 11, 8–22,
29. Godin, I., Montplaisir, J., Gagnon, J. F., & Nielsen T. (2013). Alexithymia Associated with Nightmare Distress in Idiopathic REM Sleep Behavior Disorder. *Sleep*, 36(12), 1957–1962.
30. Guadagni, V., Burles, F., Valera, S., Hardwicke- Brown, E., Ferrara, M., Campbell, T., & Iaria, G. (2016). The relationship between quality of sleep and emotional empathy. [žiūrėta: 2016-09-14]. Prieiga per internetą:
<https://www.researchgate.net/profile/Veronica_Guadagni/publication/299781937_The_relationship_between_quality_of_sleep_and_emotional_empathy/links/570532db08aef745f7173501.pdf>
31. Güney, İ., Biyik, M., Yeksan, M., Biyik, Z., Atalay, H. Solak, Y., Selçuk, N. Y. et. al. (2008). Sleep Quality and Depression in Peritoneal Dialysis Patients. *Renal Failure*, 30(10), 1017–1022.
32. Harvey, A. G., Stinson, K., Whitaker, K. L., Moskowitz, D., & Virk, H. (2007). The Subjective Meaning of Sleep Quality: A Comparison of Individuals with and without Insomnia. *Sleep*, 31(3), 383–393.
33. Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000a). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychother Psychosom*, 69(6), 303–308.
34. Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000b). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99–104.
35. Iglesias-Rey, M., Barreiro-De Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Vázquez Rodríguez, I., González, A. L., Bello-Paderne, X., & Domínguez-Muñoz, J. E. (2012). Influence of

- alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Are there any related factors? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 47, 445–453.
36. Yi, H., Shin, K., & Shin, C. (2006). Development of the Sleep Quality Scale. *European Sleep Research Society*, 15, 309–316.
 37. Jefferson, C. D., Drake, C. L., Scofield, H. M., Myers, E., McClure, T., Roehrs, T., *et al.* (2005). Sleep hygiene practices in a population-based sample of insomniacs. *Sleep*, 28, 611–615.
 38. Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Laksy, K., Jokelainen, J., Jarvelin, M. R., *et al.* (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*, 42(6), 471–476.
 39. Kavaliauskaitė-Kesarauskienė, R., Perminas, A., ir Jarašiūnaitė, G. (2012). Studentų aleksitimiškumo ir sveikatai nepalankaus elgesio sąsajos. *Tiltai*, 4, 55–70.
 40. Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, X., & Ogihara, R. (2000). An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*, 23, 41–47.
 41. Kivisto, M., Harma, M., Sallinen, M., Kalimo, R. (2008). Work-related factors, sleep debt and insomnia in IT professionals. *Occupational Medicine*, 58, 138–140.
 42. Kronholm, E., Partonen, T., Salminen, J. K., Mattila, A. K., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia, Depression and Sleep Disturbance Symptoms. *Psychother Psychosom*, 77, 63–65.
 43. Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. E., & Kaszniak, A. W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 492–501.
 44. Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533–541.
 45. Lemoine, P., Nir, T., Laudon, M., & Zisapel, N. (2007). Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effects. *J. Sleep Res*, 16, 372–380.
 46. Lyvers, M., Duric, N., & Thorberg, F. A. (2014). Caffeine Use and Alexithymia in University Students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 340–346.
 47. Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of personality assessment*, 89(3), 230–246.

48. Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2006). Alexithymia and insomnia. *Personality and Individual Differences*, 40, 1615–1624.
49. Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia-state or trait? *Span J Psychol*, 6(1), 51–59.
50. Martinez-Sanchez, F., Fernández-Abascal, E. G., & Sánchez-Pérez, N. (2017). Recognition of Emotional Facial Expressions in Alexithymia. *Studia Psychologica*, 59(3), 206–216.
51. Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005). Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychol. Psychother*, 78, 113–125.
52. Mattila, A. K., Saarni, S. I., Alanen, E., Salminen, J. K., Kronholm, E., Jula, A., Sintonen, H., & Joukamaa, M. (2010). Health-related quality-of-life profiles in nonalexithymic and alexithymic subjects from general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 279–283.
53. Melin, E. O., Thunander, M., Svensson, R., Landin-Olsson, M., & Thulesius, H. O. (2013). Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *European Journal of Endocrinology*, 168, 861–869.
54. Mikaliūkštienė, A., Sukackienė, A., ir Kalibatienė, D. (2013). Sergančiųjų koronarine širdies liga psichoemocinės būsenos ir miego kokybės įvertinimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 19 (3.2), 51–57.
55. Miller, M. A., Wright, H., Ji, C., & Cappuccio, F. P. (2014) Cross-Sectional Study of Sleep Quantity and Quality and Amnestic and Non-Amnestic Cognitive Function in an Ageing Population: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *PLoS ONE*, 9 (6), 1–13.
56. Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Curr Addict Rep*, 3(2), 239–248
57. Nagai, M., Hoshida, S., & Kario, K. (2010). Sleep duration as a risk factor for cardiovascular disease- a review of the recent literature. *Curr Cardiol Rev*, 6, 54–61.
58. Nikolaou, A., Schiza, S. E., Chatzi, L., Koudas, V., Foko, S., Solidaki, E., & Bitsios, P. (2010). Evidence of dysregulated affect indicated by high alexithymia in obstructive sleep apnea. *J. Sleep Res.*, 20, 92–100.
59. Nishinoue, N., Takano, T., Kaku, A., Et, R., Kat, N., Ono, Y., & Tanaka, K. (2012). Effects of Sleep Hygiene Education and Behavioral Therapy on Sleep Quality of White-collar Workers: A Randomized Controlled Trial. *Industrial Health*, 50, 123–131.
60. Nyklicek, I. & Vingerhoets, A. J. J. M. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain*, 85(3), 471–475.

61. Pa'ez, D., Seguel, A. M., & Mart'nez-Sa'nchez, F. (2013). Incremental Validity of Alexithymia, Emotional Coping and Humor Style on Happiness and Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 14(5), 1621–1637.
62. Pandey, R. & Mandal, M. K. (1997). Processing of facial expressions of emotion and alexithymia. *The British Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 631–633.
63. Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59 (3-4), 197–202.
64. Parker, J. D. A., Bauermann, T. M., & Smith, C. T. (2000). Alexithymia and impoverished dream content: evidence from REM sleep awakenings. *Psychosom Med*, 62, 486–491.
65. Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583–596.
66. Porkka-Heiskanen, T., Zitting, K. M., & Wigren, H. K. (2013). Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta Physiol*, 208, 311–328.
67. Psichologijos žodynas (1993). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla.
68. Saeedi, M., Shamsikhani, S., Farahani, P. V., & Haghverdi, F. (2014). Sleep Hygiene Training Program for Patients on Hemodialysis. *IJKD*, 8, 65–69.
69. S'anche, F. M., Larrieux, M. L. B., Rovira, D. P., & Costa Ball, D. (2013). Beliefs about the effects of social sharing of emotion in alexithymia. *Psicothema*, 25(2), 179–184.
70. Segrin, C. & Burke, T. J. (2014). Loneliness and Sleep Quality: Dyadic Effects and Stress Effects. *Behavioral Sleep Medicine*, 12, 1–14.
71. Soehner, A. M., Kennedy, K. S., & Monk, T. H. (2007). Personality Correlates With Sleep-Wake Variables. *Chronobiology International: The Journal of Biological & Medical Rhythm Research*, 24(5), 889–903.
72. Suen, L. K. P., Tam, W. W. S., & Hon, K. L. (2010). Association of sleep hygiene-related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 16(3), 180–185.
73. Stepanski, E. J. & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215–225.
74. Sukanuma, N., Kikuchi, T., Yanagi, K., Yamakura, S., Morishima, H., Adachi, H., & Takeda, M. (2007). Using electronic media before sleep can curtail sleep time and result in self-perceived insufficient sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 204–214.
75. Šturienė, R. Kairys, J., ir Jakubauskaitė, A. (2015). Pagyvenusių žmonių miego kokybės įvertinimas. *Sveikatos mokslai*, 25(5), 57–64.

76. Taycan, O., Özdemir, A., & Erdoğan Taycan S. (2017). Alexithymia and Somatization in Depressed Patients: The Role of the Type of Somatic Symptom Attribution. *Arch Neuropsychiatry*, 54, 99–104.
77. Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2004). New trends in Alexithymia Research New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68–77.
78. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
79. Thorberg, F.A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addict Behav*, 34(3), 237–245.
80. Varoneckas, G., Alonderis, A., ir Podlipskytė, A. (2012). Miego kokybės sąsajos su psichoemocine būkle ir kardiologine patologija. *Biological psychiatry and psychopharmacology*, 14(1), 13–16.
81. Vazquez, I., S´andez, E., Gonz´alez-Freire, B., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., & Vereja-Hernando, H. (2010). The Role of Alexithymia in Quality of Life and Health Care Use in Asthma. *Journal of Asthma*, 47, 797–804.
82. Vermeulen, N., Luminet, O., & Corneille, O. (2006). Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from the affective priming paradigm. *Cognition & Emotion*, 20(1), 64–91.
83. Williams, P. G., & Moroz, T. L. (2009). Personality vulnerability to stress-related sleep disruption: Pathways to adverse mental and physical health outcomes. *Pers Individ Dif*, 46, 598–603.
84. Wu, X., Cui, F., Zhang, C., Meng, Z., Wang, D., Ma, J., Wang, G. et. al. (2016). Low-dose Dexmedetomidine Improves Sleep Quality Pattern in Elderly Patients after Noncardiac Surgery in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*, 125 (5), 979–991.
85. Wu, X., Tao, S., Zhang, Y., Zhang, S., & Tao, F. (2015). Low Physical Activity and High Screen Time Can Increase the Risks of Mental Health Problems and Poor Sleep Quality among Chinese College Students. *Plos one*, 10 (3), 1–10.
86. Z´ak-Goła, A., Tomalski, R., Bałk-Sosnowska, M., Holecki, M., Kocelak, P., Glinianowicz, M., J. Chudek et al. (2013). Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *Eur. J. Psychiat*, 27 (3), 149-159.
87. Žakevicius, M., Liesienė, V., Masaitienė, R., ir Rukšėnas, O. (2009). Miegas ir poilsio jausmas: ryšys tarp smegenų elektrofiziologinių rodiklių ir subjektyviai vertinamos miego kokybės vyrų ir moterų grupėse. *Neurologijos seminarai*, 13 (40), 90–95.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1. Tyrime naudotos anketos ištrauka.

*Klausimai siejasi su praėjusio mėnesio miegu, Jūsų atsakymai turėtų atspindėti daugumą **praėjusio mėnesio** dienų ir naktų. Prašome atsakyti į visus klausimus:*

Ar lovoje miegate vienas/viena? (Pažymėkite **vieną** Jums teisingą atsakymą)

- ☐ Taip
☐ Ne

Kiek valandų per naktį Jūs miegate? (Atsakymas nebūtinai turi sutapti su buvimo lovoje trukme) (įrašykite) _____

*Žemiau pateikti teiginiai skirti įvertinti Jūsų miego kokybę **per pastarąjį mėnesį**. Atidžiai perskaitykite teiginius, pasirinkite labiausiai Jums tinkančio atsakymo skaičių ties **kiekvienu** teiginiu ir jį pažymėkite:*

Nr.	Teiginys	Retai	Kartais	Dažnai	Beveik visada
1.	Man sunku užmigti	0	1	2	3
2.	Mano miegas gilus	0	1	2	3

*Atidžiai perskaitykite kiekvieną žemiau pateiktą teiginį. Nustatykite, ar Jums tinka, ar netinka kiekvienas teiginys. Atsakydami pasirinkite tik **vieną** variantą:*

Nr.	Teiginys	Jums visiškai netinka	Jums iš dalies netinka	Nežinote ar Jums tai tinka	Jums iš dalies tinka	Jums labai tinka
1.	Man dažnai sunku suprasti savo išgyvenamus jausmus	1	2	3	4	5
2.	Man sunku rasti žodžius, kuriais galėčiau tiksliai išreikšti savo jausmus	1	2	3	4	5

*Žemiau pateikti teiginiai skirti įvertinti Jūsų su miegu susijusį elgesį **per pastarąjį mėnesį**. Atidžiai perskaitykite teiginius, pasirinkite labiausiai Jums tinkančio atsakymo skaičių ties **kiekvienu** teiginiu ir jį pažymėkite:*

Nr.	Teiginys	Dažnai	Kartais	Retai	Labai retai	Niekada
1.	Miegu pogulio, kuris trunka dvi ir daugiau valandų.	1	2	3	4	5
2.	Einu miegoti skirtingu laiku kiekvieną dieną.	1	2	3	4	5

*Pažymėkite Jums labiausiai tinkamą **vieną** atsakymą arba **įrašykite**:*

Jūsų lytis: (Pažymėkite **vieną** Jums teisingą atsakymą)

- ☐ Vyras
☐ Moteris

Jūsų amžius: (įrašykite) _____

Priedas Nr. 2. Kintamųjų skirstinių normalumo sąlygų įvertinimas.

2.1. lentelė. Kintamųjų asimetrijos ir eksceso koeficientų rezultatai.

Kintamieji	Asimetrijos koeficientas	Eksceso koeficientas
Aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)	0,265	-0,931
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,022	-0,897
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,664	-0,600
Į išorę orientuotas mąstymas	0,130	-0,470
Miego higiena	0,042	-0,335
Miego kokybė (subskalių suma)	0,374	-0,564
Sunkumai dienos metu	0,802	0,216
Poilsio po miego pajautimas	0,290	-0,626
Sunkumai užmiegant	0,763	0,249
Sunkumai atsikeliant	0,490	-0,547
Pasitenkinimas miegu	0,219	-0,619
Miego laikas	0,351	1,578

2.2 lentelė. Kolmogorovo-Smirnov ir Šapiro-Wilk kriterijų rezultatai.

Kintamieji	Kolmogorovo-Smirnov kriterijus			Šapiro-Wilk kriterijus		
	Statistika	df	Statistika	df	Statistika	df
Aleksitimiškumo bruožai (subskalių suma)	0,093	234	0,0001	0,964	234	0,0001
Sunkumai apibūdinant jausmus	0,112	234	0,0001	0,943	234	0,0001
Sunkumai įdentifikuojant jausmus	0,148	234	0,0001	0,914	234	0,0001
Į išorę orientuotas mąstymas	0,083	234	0,001	0,987	234	0,032
Miego higiena	0,057	234	0,059	0,992	234	0,220
Miego kokybė (subskalių suma)	0,077	234	0,002	0,973	234	0,0001
Sunkumai dienos metu	0,113	234	0,0001	0,935	234	0,0001
Poilsio po miego pajautimas	0,105	234	0,0001	0,964	234	0,0001
Sunkumai užmiegant	0,132	234	0,0001	0,928	234	0,0001
Sunkumai atsikeliant	0,194	234	0,0001	0,926	234	0,0001
Pasitenkinimas miegu	0,111	234	0,0001	0,963	234	0,0001
Miego laikas	0,133	234	0,0001	0,949	234	0,0001

Priedas Nr. 3. Teiginių pavyzdžiai

Subskalės	Teiginiai
Toronto Aleksitimijos skalė	
Sunkumai apibūdinant jausmus	<i>Artimi žmonės man sako, kad aš turėčiau dažniau kalbėti apie tai, ką jaučiu. Slapčiausius jausmus man sunku atskleisti net ir artimiausiems žmonėms.</i>
Sunkumai identifikuojant jausmus	<i>As nesuprantu ką jaučiu susierzinęs(-usi) – pyktį, baimę ar liūdesį. Kartais man būna neaišku, ką jaučiu.</i>
Į išorę orientuotas mąstymas	<i>Mėgstu kalbetis apie kasdienes dalykus, o ne apie pašnekovų vidinius išgyvenimus Man patinka pramoginės laidos, dramatinių laidų nemėgstu.</i>
Miego kokybės skalė	
Sunkumai dienos metu	<i>Dėl prasto miego aš patiriu galvos skausmus. Dėl prasto miego jaučiuosi suirzęs.</i>
Poilsio po miego pajautimas	<i>Po miego aš jaučiuosi žvalus. Miegas padeda įveikti mano nuovargį.</i>
Sunkumai užmiegant	<i>Man sunku užmigti. Prabudus viduryje nakties man sunku vėl užmigti.</i>
Sunkumai atsikeliant	<i>Atsibudęs jaučiu, kad norėčiau dar pamiegoti. Man sunku atsikelti iš lovos.</i>
Pasitenkinimas miegu	<i>Man pakanka miego valandų. Esu patenkintas savo miegu.</i>
Prabudimai	<i>Miego metu aš prabundu. Triukšmas mane lengvai prižadina.</i>
Miego higienos skalė	
<i>Miegu pogulio, kuris trunka dvi ir daugiau valandų. Einu miegoti skirtingu laiku kiekvieną dieną.</i>	
Miego kokybės kintamieji	
<i>Kiek valandų per naktį Jūs miegate? (Atsakymas nebūtinai turi sutapti su buvimo lovoje trukme) Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jūs vartojote vaistus dėl blogo miego (išrašytus gydytojo ar nusipirktus be recepto)?</i>	