

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Особливості взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами»

Студента 2 курсу групи ЗПС-62
другого (магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми «Психологія»
за спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
Вировця Д.О.

Керівник: к. психол. н., доцент ЗВО кафедри
прикладної психології
Милославська О.В.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів: _____

Члени комісії	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)
	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)
	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РОДИЧАМИ	7
1.1. Стрес як об'єкт дослідження: теоретичний аналіз	7
1.2. Теоретичний аналіз особливостей взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у доглядальників	12
1.3. Вік, стать, тривалість догляду та інші фактори, що визначають характер зв'язку між стресом, самоспівчуттям і навантаженням у доглядальників	17
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РОДИЧАМИ	23
2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки	23
2.2. Характеристика методів та методик дослідження	24
Висновки до розділу 2	25
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РОДИЧАМИ	26
3.1 Дослідження рівня стресу, співчуття до себе та навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами	26
3.2 Порівняльний аналіз рівня стресу, співчуття до себе та рівня навантаження на доглядальника залежно від вікових та соціально-демографічних характеристик осіб, що доглядають за постінсультними родичами	26
3.3 Дослідження взаємозв'язку рівня стресу та співчуття до себе з	43

рівнем навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають
за постінсультними родичами

Висновки до розділу 3	51
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	53
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
АНОТАЦІЯ	60

ВСТУП

Актуальність дослідження. За даними Української асоціації боротьби з інсультом, щороку в Україні діагностують майже 150 тисяч випадків цереброваскулярних захворювань. Третина цих випадків припадає на осіб працездатного віку. Основною формою інсульту є ішемічний інсульт, який виникає через гостре порушення мозкового кровообігу і є однією з найпоширеніших причин смертності. Велика кількість пацієнтів з інсультом, майже 40% помирають протягом першого місяця, а до половини хворих протягом першого року після захворювання. Серед тих, хто вижив, лише 10-20% повертаються до повноцінного життя, тоді як інша частина пацієнтів залишається залежними від сторонньої допомоги.

Хворі на інсульт високозалежні від оточуючих, особливо у ранній період відновлення, через можливі когнітивні порушення, а також порушення функцій руху, мови тощо. Це змушує пацієнтів та їхні родини стикатися з труднощами «адаптації» та «догляду», що має величезний вплив на психічне здоров'я осіб, що доглядають за ними і це створює важкий тягар. З наукових джерел відомо, що доглядальники, які займаються піклуванням за своїми, хворими на інсульт, родичами, мають таку ж або навіть вищу частоту психологічних проблем, ніж самі пацієнти з інсультом і водночас з цим вони стикаються зі значним емоційним і фізичним навантаженням. Ряд досліджень вказує на те, що психічний стан доглядальників негативно впливає на їх соціальне життя, фізичне здоров'я, економічне благополуччя та якість життя, а також пов'язаний з психологічним станом та прогнозом відновлення їх родича з інсультом. Доглядальники є життєво важливими для довгострокового догляду та реабілітації людей, що перенесли інсульт. Однак цей догляд пов'язаний з негативними психологічними наслідками, такими як стрес, що викликає занепокоєння щодо благополуччя доглядальників, а також самих постінсультних хворих. Крім того, доглядальники можуть не отримувати достатньої підтримки, якої вони потребують, від лікарень та спеціалістів, що працюють з їх родичем на етапах лікування. З урахуванням цього треба приділити особливу увагу аналізу факторів, що можуть послаблювати вплив стресу та сприяти збереженню психологічного здоров'я таких осіб. Одним із таких

факторів є співчуття до себе, яке виступає як адаптивний механізм саморегуляції в умовах тривалого стресу.

Усе вищеописане визначає актуальність вивчення особливостей взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у доглядальників постінсультних хворих і є не лише науково обґрунтованим, але й соціально значущим напрямом сучасної психологічної практики.

Об'єкт дослідження. Стрес.

Предмет дослідження. Особливості взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.

Мета дослідження. Визначити особливості взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.

Завдання:

- 1) Теоретичний аналіз наукових джерел щодо стресу, співчуття до себе та рівня навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.
- 2) Визначити рівень стресу, співчуття до себе, рівень навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.
- 3) Провести порівняльний аналіз рівня стресу, співчуття до себе та рівня навантаження на доглядальника залежно від вікових та соціально-демографічних характеристик осіб, що доглядають за постінсультними родичами.
- 4) Дослідити взаємозв'язок рівня стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.

Гіпотеза. Існують статистично значущі відмінності у групах доглядальників залежно від статі, статусу зайнятості та тривалості догляду у рівні навантаження на доглядальника та співчуття до себе. Існує статистично значущий взаємозв'язок між співчуттям до себе, навантаженням на доглядальника та рівнем сприйнятого стресу.

Практична значущість:

Отримані у ході цього дослідження результати можуть бути використані в психологічній практиці для підтримки осіб, що доглядають за постінсультними родичами. Визначення взаємозв'язку між стресом, співчуттям до себе та

навантаженням надасть можливість виявити внутрішні ресурси, що сприяють подоланню стресу.

Отримані результати можуть стати основою для створення психокорекційних програм, які у подальшому можуть бути впроваджені у медичних установах, центрах ментального здоров'я, соціальних службах тощо.

Методики:

Для вивчення рівня стресу було використано «Шкалу сприйнятого стресу»;

Для вивчення рівня самоспівчуття було використано «Шкалу співчуття до себе»;

Для вивчення рівня навантаження на доглядальників було проведено оцінку навантаження доглядальників за шкалою Заріта.

Методи статистичної обробки даних:

Описові статистики – для того щоб описати та структурувати зібрані дані.

Критерій Колмогорова–Смірнова – для перевірки на нормальність розподілу.

Коефіцієнт кореляції Спірмена - взаємозв'язок між рівнем стресу, співчуттям до себе та рівнем навантаження у доглядальників.

Регресійний аналіз (лінійна регресія): простий регресійний аналіз та множинний регресійний аналіз для перевірки того, з якою силою впливає окрема змінна (співчуття до себе або рівень навантаження на доглядальника) на рівень сприйнятого стресу та з якою силою ці дві змінні будуть впливати разом.

U-критерій Манна-Уїтні - проведення порівняльного аналізу результатів досліджуваних, залежно від вікових та соціально-демографічних характеристик.

Вибірка: 61 особа, з яких 25 осіб – чоловіки і 36 – жінки відповідно. Вікову групу склали досліджувані від 18 до 78 років. Кожен з цих осіб брав участь у догляді за своїм родичем, який був хворий на ішемічний інсульт. Опитування проводилося на базі КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» у відділенні реабілітації та у неврологічному відділенні №2, а також на базі ННМЦ «Університетська лікарня» у відділенні неврології.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РОДИЧАМИ

1.1 Стрес як об'єкт дослідження: теоретичний аналіз

Стрес є невід'ємною частиною нашого життя і є актуальною темою сьогодення. Це одна з ключових тем сучасної психології, медицини та психофізіології. За визначенням стрес - це реакція організму, яка виникає на вплив (фізичний або психологічний), внаслідок якого порушується / змінюється гомеостаз. Така реакція може з'являтися внаслідок тривалого впливу зовнішніх чи внутрішніх факторів, а також з умовою того, що ці фактори будуть перевищувати можливості організму до адаптації. Психологічний стрес – це результат сильного нервового перенапруження, яке було викликано будь-яким переживанням. Сильний прояв будь-яких емоцій, як позитивних так і негативних може призвести до стресової реакції організму. Це пов'язано з особливими фізіологічними процесами, під час яких в організмі виділяються біологічно активні речовини, що у свою чергу впливають на роботу внутрішніх органів. Під час стресу, індивіду може бути притаманна психічна напруга, тривожність, відчуття фрустрації, а у подальшому він може набути апатію [3].

Історія розвитку теорії стресу починається з 19 століття. Доцільним буде почати з робіт французького фізіолога Клода Бернара. Він вперше сформулював ідею про необхідність підтримки сталості внутрішнього середовища і того що це потрібно для нормального функціонування організму людини. Однією з його головних праць є книга «Введення у вивчення досвідної медицини». Його роботи стали основою для подальшого розвитку теорії стресу. Американський фізіолог Уолтер Кеннон продовжив роботу Клода Бернара. Його досягнення полягає у введенні терміна «гомеостаз» і описі механізмів, що підтримують стабільність внутрішнього середовища організму. У своїй книзі «Мудрість тіла» Кеннон детально описав цю концепцію та механізми, що забезпечують цю стабільність. Він також вивчав фізіологічні реакції організму на стрес, зокрема роль адреналіну та

реакцію «бий або тікай» [5].

Далі історія розвитку теорії стресу переходить до її творця - Ганса Сельє. Канадський ендокринолог австрійського походження вважається засновником сучасної теорії стресу, завдяки поєднанню біологічного з соціальним у цілісну теорію. У 1936 році Сельє зайнявся дослідженням реакції тварин на стрес. Він проводив досліди на щурах, піддаючи їх різного роду стресовим впливам, а потім вивчав які зміни відбулися з їх організмом. У всіх тварин спостерігалися однакові зміни, незалежно від виду впливу. Сельє назвав ці зміни: «тріада стресу». Дослідження показали зміни в тканинах наднирників, атрофію тимуса та лімфатичних вузлів, а також зміни в шлунково-кишковому тракті. На основі цих спостережень учений зробив висновок, що будь-який стресовий фактор може бути причиною змін в організмі. Потім він описав загальний адаптаційний синдром як відповідь організму на вплив стресу [5].

Розвиток цього синдрому відбувається у три етапи:

- Стадія тривоги;
- Стадія резистентності (опір);
- Стадія виснаження [5].

Першою реакцією організму на вплив стресового фактора є стадія тривоги, яка включає дві фази: шоківу та протишовкову. Під час шоку пригнічуються захисні функції організму: знижується тиск, змінюється склад крові та температура тіла, а також відбуваються інші зміни в організмі. Якщо стресовий фактор надто сильний, а ресурси організму обмежені, тоді опірність різко падає і в окремих випадках це може призвести до смерті, наприклад при значній крововтраті або тяжких ушкодженнях внутрішніх органів. Далі настає протишوكова фаза, під час якої активуються адаптаційні механізми: підвищується секреція гормонів, зменшується кількість лімфоцитів у крові тощо. Ці процеси забезпечують організму готовність до реакції «бий або тікай» [5].

Якщо вплив фактору стресу продовжується, тоді організм переходить до стадії резистентності (опору). В організмі продовжуються гормональні зміни завдяки накопиченню гормонів у крові. Однак ця фаза характеризується стабілізацією

фізіологічних процесів. Незважаючи на зміни у внутрішньому середовищі, адаптаційні механізми спрямовані на підтримання гомеостазу під час дії стресових факторів. Симптоми тривоги можуть зменшуватися, організм пристосовується до впливу стресора, а обмін речовин відновлюється [5].

Стадія виснаження настає, в результаті тривалого впливу фактору стресу, який перевищує адаптаційні можливості організму. Під час цієї стадії відбуваються значні зміни гомеостазу: знижується імунітет, відбуваються соматичні порушення, розвиваються психоемоційні розлади (тривога, апатія, депресія), також можуть розвиватися хронічні захворювання [5].

Хоча Сельє і трактував стрес як фізіологічну відповідь, але потім цю концепцію стали широко використовувати у психології. Його вклад та роботи стали підґрунтям для подальшого вивчення стресу та його впливу на організм людини [4].

До популярних практично орієнтованих концепцій можна віднести роботи Річарда Лазаруса. Він зробив вагомий внесок у розуміння когнітивної складової стресу. Його концепція теорії стресу стала логічним продовженням теорії Сельє. Він приділяв увагу ролі оцінки індивідом подій, бо стрес виникає тоді, коли людина сприймає ситуацію чи події як такі, що перевищують її ресурси та загрожують комфортному життю. Під час первинної оцінки людина оцінює, чи існує загроза або небезпека. Під час вторинної оцінки людина визначає, що вона може зробити і чи можливо взагалі зробити що-небудь, що може зменшити шкоду, попередити її або виправити ситуацію з можливістю отримати користь від наявних обставин. У своїх дослідженнях науковець прагне розрізняти фізіологічний та психологічний стрес, інтегруючи при цьому когнітивний компонент у загальну структуру поняття стресу [3, 43].

Когнітивна теорія стресу створила уявлення про те, що взаємодія людини та навколишнього середовища в певних адаптаційних умовах постійно піддається змінам. До того ж, щоб взаємозв'язок між цими змінними набув характеру стресового, людина повинна проявляти зацікавленість та високу мотивацію, задля досягнення результату. Крім того, психологічний стрес виникає лише тоді, коли людина зробила висновок, що зовнішні та/або внутрішні фактори викликають

надмірну напругу або перевищують її ресурси для вирішення проблеми [3, 43].

Не менш вагомою виявилася поведінкова лінія розвитку вищеописаної теорії, яку вперше запропонували Річард Лазарус та Сьюзан Фолкман, а згодом її удосконалив Стівен Хобфолл та інші науковці. На думку авторів стресовим фактором виступають не стільки життєві події (наприклад, зміна місця роботи, переїзд, зміна стилю життя), скільки втрата важливих у той момент життєвих ресурсів і позицій через ці події: дохід, звичний розпорядок дня, статус тощо [3, 26].

С. Хобфолл використовував у своїх роботах термін «копінг». Копінг трактується як психологічні зусилля, що спрямовані на подолання внутрішніх або зовнішніх стресових факторів, які індивід суб'єктивно сприймає як ті, що перевищують його ресурси. Лазарус та Фолкман розглядали копінг як динамічний процес, а не як сталу рису особистості. Вони вважали, що ефективність подолання стресової події залежить не лише від інтенсивності стресового фактору, а передусім – від індивідуальної когнітивної оцінки ситуації та обраної поведінкової або емоційної стратегії реагування. Стівен Хобфолл запропонував теорію збереження ресурсів і згідно з нею, стрес виникає тоді, коли людині загрожує втрата або вона втрачає, або не здобуває життєво значущих ресурсів, таких як: час, статус, соціальна підтримка, енергія тощо [26, 43].

У контексті догляду за хворими, зокрема постінсультними родичами, копінг-стратегії набувають особливого значення. Від того яку стратегію буде застосовувати доглядальник, чи буде вона конструктивна або деструктивна – буде залежати його емоційний стан, ризик вигорання, а також якість догляду, яку він надає своєму родичу [42].

З огляду на наукову літературу не має стійкого визначення чи поняття «синдром стресу опікуна». У науковому просторі це не розглядається як окрема хвороба або стан, що має свою етіологію, класифікацію та патогенез. Науковці користуються іншими поняттями та термінами, серед яких ключовими є тягар або навантаження опікуна, напруження ролі опікуна та емоційне вигорання. Для кращого розуміння цього феномену нам допоможе праця американського соціолога Леонарда Перліна, який вважається головним автором теоретичної моделі

стресового процесу. Унікальність цієї моделі полягає в тому, що вона розглядає стрес не як ізольований епізод, а як динамічний, багатокomпонентний процес, що розгортається у часі та під впливом соціальних факторів. Також ця модель описує та характеризує первинні та вторинні стресори. Первинні пов'язані безпосередньо з об'єктивними проблемами догляду: фізичні та/або когнітивні проблеми у хворого родича, висока залежність хворого від сторонньої допомоги тощо. Вторинні стресори відображають ті проблеми, що з'являються внаслідок виконання людиною ролі доглядальника. Наприклад, поява конфліктів у родині; соціальна ізоляція через постійний догляд за хворим; фінансові труднощі, що з'являються через необхідне лікування чи реабілітацію; втрата ідентичності, через постійне перебування в ролі доглядальника. Ці чинники можуть призвести до психологічного виснаження, депресивних проявів і погіршення якості життя доглядальників [14, 46].

Важливою складовою моделі стресового процесу є ідея про ресурси та медіатори, що здатні послаблювати вплив стресу. До них відносять зовнішні та внутрішні чинники. Серед зовнішніх виділяють: соціальна підтримка, наявний доступ до медичних та реабілітаційних послуг тощо. Внутрішніми чинниками можуть виступати особиста психологічна стійкість людини, вміння користуватися копінг-стратегіями, вміння не втрачати контроль над ситуацією [14, 43, 46].

Для кількісного вимірювання навантаження та оцінки емоційного стану доглядальників використовують опитувальник Заріта, який був розроблений у 1980-х роках. Цей опитувальник дозволяє оцінити наскільки сильно особи, які доглядають за хворими родичами відчують емоційне навантаження у власному житті [21].

У таких ситуаціях доглядальники можуть виявити, що той час та зусилля, які вони витрачають на надання допомоги перевищують те, що вони бажають або можуть надати. Вони також можуть виявити, що догляд заважає іншим сферам їхнього життя, наприклад, професійна сфера, стосунки з родиною та друзями, хобі та інше дозвілля. Під час догляду людина має суб'єктивні реакції або так званий тягар доглядальника. Ці суб'єктивні реакції вказують на те, наскільки добре доглядальники можуть впоратися з тими викликами та вимогами, які з'являються у

процесі опіки та наскільки ці вимоги можуть впливати на якість їхнього життя. Варто відзначити, що рішення, які може ухвалювати доглядальник, наприклад: щодо догляду, звернення за допомогою, припинення своєї ролі опікуна - буде ґрунтуватися на цих суб'єктивних відчуттях тягаря [9, 12, 19, 23, 27].

Коли ми розглядаємо особливості психологічного стресу, треба відмітити наступне: психологічний стрес може виникати як реальними факторами - тими, що діють в даний момент, так і можливими подіями яких може очікувати людина. У цьому випадку є фундаментальна відмінність людини від тварини: ми можемо реагувати на діючу небезпеку, а також на її загрозу чи згадування про неї [3].

Отже, стрес виконує адаптаційну функцію. Він сприяє пристосуванню людини до змін у навколишньому середовищі та до тих труднощів, з якими вона стикається. Вирішальним чинником є не характер подій, а рівень потреби в адаптації до нових умов.

1.2 Теоретичний аналіз особливостей взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у доглядальників

Догляд за постінсультними родичами може бути тривалим та емоційно виснажливим процесом. Такі життєві виклики вимагають від доглядальників значних фізичних та психологічних ресурсів.

Інсульт є однією з основних причин порушення працездатності, а наслідки неврологічного ураження присутні у майже 90% хворих, третина з цих людей не може відновити повсякденне життя на тому ж рівні, що й до інсульту [1].

Відсутність церебрального кровотоку, що виникає в результаті тромбозу, емболії або інших станів, позбавляє мозок найнеобхіднішого для його життєдіяльності - кисню та глюкози. Це викликає порушення клітинного метаболізму і призводить до пошкодження та загибелі тканин мозку. Внаслідок цього виникають неврологічні порушення, через що ці люди стають залежними від допомоги оточуючих. У пацієнтів, які пережили ішемічний інсульт можуть спостерігатися порушення: свідомості, мови та мовлення, акту ковтання, когнітивних функцій, моторного контролю над руховими функціями.

Через складність відновлення та довготривалу реабілітацію доглядальники

цих пацієнтів нерідко стають «невидимими пацієнтами». Це відбувається через тривале навантаження, що пов'язане з доглядом, яке було залишене без відповідної підтримки. Така ситуація може призвести до хронічного стресу, емоційного вигорання, розвитку депресивних станів та зниження якості життя [12, 19, 23, 27].

Слід зазначити, що негативні наслідки догляду за хворим або травмованим родичем виникають внаслідок того, що людина починає нехтувати власним фізичним та емоційним здоров'ям, через те, що зосереджується на догляді. Існує достатня кількість факторів, яка може призводити до таких негативних наслідків. Наприклад, постійна потреба у догляді, відсутність меж між ролями доглядальника та дружини або чоловіка, дитини чи іншої ролі близької людини. Одним із важливих факторів, який може призводити до негативних наслідків може бути нереалістична оцінка власних сил, через що доглядальник відмовляється просити про допомогу серед оточуючих. Це також може бути пов'язано з тим, що опікун не хоче бути тягарем для когось іншого. Інші доглядальники можуть бути розчаровані великими потребами у догляді за своїми родичами, а також великими фінансовими витратами чи іншими ресурсами, які потрібні для тривалого догляду [9].

За таких обставин особливої уваги заслуговує вивчення психологічного феномену - співчуття до себе, як потенційного джерела внутрішньої підтримки та захисного механізму проти негативних наслідків навантаження [32].

Наукові роботи однозначно вказують, що самоспівчуття пов'язано з нижчими рівнями стресу, тривоги, депресії та емоційного вигорання. Метааналізи демонструють значну негативну кореляцію між самоспівчуттям і психопатологічними проявами, що підкреслює його роль захисного механізму перед стресом [29].

Самоспівчуття виступає як захисний фактор, який може пом'якшувати негативний вплив стресу або може впливати опосередковано, коли людина стикається з емоційними викликами, завдяки зниженому рівню стресового сприйняття. Самоспівчуття означає ставлення до себе з добротою, визнання своєї людяності та усвідомлення цього при розгляді негативних аспектів своєї особистості. Нерідко люди цінують доброту та співчуття до інших, але у той же час

вони суворі та не дбайливі до самих себе. Інтенсивне фокусування на власних недоліках спричиняє надмірне занурення людини в негативні переживання та судження, що стосуються її особистості. Самоспівчуття передбачає уважний підхід до негативних думок та емоцій, а також допомагає тримати фокус уваги на тому, що люди недосконалі і їм притаманно помилятися. [33].

Тему самоспівчуття активно досліджувала Крістін Нефф, вона припустила, що самоспівчуття є альтернативним способом до формування здорової позиції стосовно себе, що не передбачає оцінки. Посилаючись на наукові джерела, можна стверджувати, що високий рівень самоспівчуття пов'язаний з нижчим рівнем тривожності, депресії та емоційного вигорання [30].

Крістін Нефф розробила шкалу під назвою «Шкала самоспівчуття», яка дозволяє кількісно досліджувати рівень самоспівчуття. У подальших роботах, модель яку розробила Нефф – розширюється. У роботі «Самоспівчуття: теорія, метод, дослідження та втручання» вона розглядає самоспівчуття як багатовимірну конструкцію, що охоплює кілька взаємопов'язаних хоча й концептуально відмінних компонентів [30].

Ці компоненти можна згрупувати у три ключові напрями:

- Самодоброta проти самоосуду;
- Людяність проти ізоляції;
- Усвідомленість проти надмірної ідентифікації [30].

Більшість людей схильні проявляти підтримку, розуміння й турботу до близьких, коли ті переживають труднощі або емоційні негаразди. У таких ситуаціях ми прагнемо підтримати своїх близьких словами чи невербальними жестами, як-от легкий дотик чи обійми. Водночас щодо себе ми часто демонструємо протилежну поведінку — ми можемо бути схильними до надмірної критики, бути вимогливими до себе та ставитися до себе з осудом [30].

Самоспівчуття передбачає формування теплих та підтримуючих відносин із самим собою. Це означає вміти визнавати власні помилки або слабкості без осуду, з прийняттям і бажанням допомогти собі в складні моменти життя. Такий підхід не тільки зменшує емоційне напруження, а й сприяє зміцненню внутрішньої стійкості.

Однак, справжнє самоспівчуття — це не лише відмова від внутрішньої критики. Це активна турбота про себе у стресових та важких обставинах. Людина, яка використовує самоспівчуття, не просто приймає власний біль або страждання — вона намагається полегшити його, завдяки внутрішній зацікавленості в благополуччі. Це означає емоційну відкритість до себе і вміння запитати себе: «Що я можу зробити для себе просто зараз, аби почуватися краще?» Такий підхід формує відчуття підтримки, подібне до того, яке ми отримуємо від інших у скрутні моменти [30].

Почуття людяності, що лежить в основі самоспівчуття, допомагає нам зберігати відчуття єдності з іншими людьми, замість того щоб відчувати себе самотніми або ізольованими. У моменти невдач чи помилок люди часто, неусвідомлено, припускають, що тільки вони зіштовхнулись з такими труднощами, тоді як інші, ніби, справляються з цим легко. У таких висновках немає раціональної частки, тільки емоційна реакція, що викривлює сприйняття реальності. Коли в житті людини з'являються труднощі зумовлені зовнішніми обставинами, на які вона не змогла б вплинути, вона все одно не полишає думки, що іншим у подібних ситуаціях легше. Такий спосіб мислення створює умови для хибного враження про ненормальність власних переживань і спричиняє почуття самотності та емоційної відчуженості, що лише підсилює страждання яке пов'язано зі складним етапом життя [30].

Натомість самоспівчуття дозволяє усвідомити, що труднощі — це невід'ємна частина життя. Саме через досвід випробувань ми виявляємо свою причетність до спільноти людей. У цьому контексті людяність чітко відмежовує співчуття до себе від жалості до себе. Співчуття базується на визнанні загальнолюдської природи страждань і недосконалості. Коли людина усвідомлює власну людяність, вона згадує, що біль - універсальний досвід. Це усвідомлення допомагає зменшити відчуття ізоляції, зміцнюючи відчуття зв'язку з іншими [30].

Щоб бути відкритим до самоспівчуття, необхідно мати здатність щиро звертатися до власного болю та свідомо визнавати його наявність. Усвідомленість у цьому контексті виступає як врівноважене сприйняття, під час якого людина не

уникає, але й не драматизує психологічного дискомфорту. Людина не зможе проявити турботу до себе, якщо ігнорує факт власних страждань. Водночас надмірне заперечення болісного досвіду може призвести до того, що увага фіксується виключно на болю, позбавляючи здатності поглянути на ситуацію об'єктивно та якісно [30].

Надмірна ідентифікація з негативними переживаннями спричиняє викривлення сприйняття, унаслідок чого майбутні поодинокі невдачі починають сприйматись як ознака загальної неспроможності: замість думки «я помилився» виникає переконання «я – помилка». Аналогічно, одна складна життєва ситуація може сприйматися як ознака того, що «все життя жахливе». Така когнітивна тенденція перебільшення - ускладнює прояв адекватної самооцінки та посилює психологічне напруження. Усвідомленість дозволяє дистанціюватися від неякісних короткочасних емоцій і думок, визнаючи їх як тимчасові психічні стани, а не як незмінну основу особистості. Це створює простір для співчуття до себе й дозволяє зменшити надмірне фокусування на болісних відчуттях. Саме тому усвідомленість виступає фундаментом, на якому ґрунтується здатність до самоспівчуття [30].

Таким чином, самоспівчуття допомагає пом'якшувати відношення до себе, а також зберігати збалансований стан впродовж складного етапу життя, яким є догляд за близькою людиною. Доглядальником визначається особа, що живе з пацієнтом або проводить більшість часу поряд і найчастіше залучена до догляду за хворим. Такій особі також можна надати наступне визначення: людина, що виконує роботу без прямого фінансового інтересу, яка допомагає з фізичним доглядом або подоланням наслідків хвороби. Піклування за хворим родичем певним чином може порушувати звичний спосіб життя осіб, що здійснюють догляд. Одночасно з цим, економічний тиск, що пов'язаний з реабілітацією, довготривалим прийомом ліків, а також занепокоєння щодо стану здоров'я родича має значний вплив на психологію, фізіологію та якість життя осіб, що здійснюють догляд [28].

Доглядальники вразливі до стресу та напруги, що виникає внаслідок догляду або обслуговування хворого родича протягом тривалого періоду часу [16].

Навантаження доглядальників – це багатовимірне поняття, тому що воно

включає фізичні, психологічні, соціальні та фінансові фактори, що відносяться до цього поняття. Це навантаження також описується як: стан, що виникає внаслідок необхідних завдань з догляду або обмежень, що викликають дискомфорт для доглядальників. Навантаження може бути різним, як об'єктивним так і суб'єктивним. До об'єктивного відносять матеріальні витрати, що пов'язані з доглядом, кількість фізичної допомоги та втручання сторонньої людини для допомоги у підтриманні діяльності повсякденного життя хворої людини, яке змінилося через інвалідизацію. Суб'єктивне навантаження, яким є позитивні або негативні почуття та сприйняття доглядальника, буде пов'язане з виконанням функцій догляду [12, 23, 27].

Отже, роль доглядальників досить важлива і водночас складна, через догляд та виконання обов'язкових процедур з реабілітації. Потреби людей, що пережили інсульт варіюються від незначних, до вагомих. Це можуть бути фізичні потреби, такі як: хода, пересаджування з ліжка на стілець або туалет. Потреби у догляді за собою: годування, миття, переодягання тощо. Через такий виснажливий, складний і довготривалий процес - догляд за хворими родичами дуже часто створює умови для значного навантаження оточуючих осіб.

1.3 Вік, стать, тривалість догляду та інші фактори, що визначають характер зв'язку між стресом, самоспівчуттям і навантаженням у доглядальників.

Емоційний стан осіб, що доглядають за своїми постінсультними родичами залежить не тільки від складності захворювання, а й від особистісних та соціально-демографічних особливостей самих доглядальників. Вік, стать та тривалість догляду будуть вагомими факторами, що впливають на те як доглядальник впорається з навантаженням та наскільки ефективно буде управляти внутрішніми ресурсами. Від цих факторів залежить як доглядальник буде застосовувати механізми емоційного саморегулювання та яким чином буде звертатися до самоспівчуття під час важких епізодів свого життя [7, 11, 18, 22, 39].

Вік безумовно впливає на способи адаптації до стресу. Дослідження підлітків показують, що дівчата мають нижчий рівень самоспівчуття, ніж хлопці, а старші

підлітки демонструють його менше, ніж молодші. Більше того, у жінок самоспівчуття тісно пов'язане зі зниженням сприйняття стресу, тоді як у чоловіків воно більш пов'язане з регуляцією негативного афекту [7, 8, 24, 39].

Молоді люди часто контактують з труднощами, що пов'язані з роллю у сім'ї, відчуттям соціальної ізоляції та наявним внутрішнім конфліктом, який спровокований обмеженням життєвих перспектив. Одночасно з цим літні доглядальники хоч і фізично менш активні та перспективні у догляді, можуть демонструвати кращу емоційну стабільність, завдяки своєму життєвому досвіду та сформованим під час життя стратегіями подолання кризових ситуацій [37].

Роль статі відіграє важливу роль у питанні догляду за хворою людиною й значною мірою залежить від соціокультурного контексту. У багатьох країнах світу, зокрема в Індонезії, догляд за літніми родичами або хронічно хворими традиційно вважається обов'язком жінок, особливо дочок. Така соціальна роль сприймається у цій країні не лише як культурне зобов'язання, але і як прояв відданості родині, а також вдячності й морального обов'язку. Попри позитивний емоційний контекст у питаннях догляду, жінки доглядальниці стикаються з високим рівнем навантаження, яке пов'язано з прогресуванням хвороби їх родича. Через це підвищується залежність від доглядальника і потреба у постійному та інтенсивному догляді за хворим [18].

Соціокультурні особливості різних країн формують різні уявлення та обов'язки доглядальника. Наприклад, в Індії вищий рівень стресу був у доглядальників, що мали родича жіночої статі з сильним неврологічним дефіцитом, а самим доглядом переважно займалися невістки [22].

У Китаї рівень навантаження на доглядальника пов'язували з такими факторами, як вік та самооцінка і здоров'я доглядальника, а також наявність депресії у хворого родича [48].

У США вчені виявили зв'язок між класифікацією інвалідності хворого та статтю доглядальника. При цьому вищий рівень навантаження мали чоловіки доглядальники, особливо ті, що не проживали разом з родичем [11, 35].

У Нідерландах було виявлено, що на рівень стресу та депресії впливали такі

змінні доглядальників: молодший вік, задоволеність стосунками, наявність щоденної соціальної підтримки, проактивне подолання труднощів [12, 44]. Подібна ситуація і у Польщі зі Швецією, де рівень навантаження у доглядальників був пов'язаний з віком хворих, тривалістю догляду, станом здоров'я самих доглядальників [15, 34].

З огляду на ці дані, можна припустити, що стать є не лише біологічним або психологічним фактором, який впливає на рівень навантаження та рівень стресу у доглядальників, а також є соціокультурним компонентом, який відрізняється в залежності від країни та її звичаїв і традицій. Незважаючи на значний міжнародний досвід у дослідженні цієї проблематики, досвід українських доглядальників залишається поза увагою наукової спільноти. Одночасно з цим в Україні наявні свої соціокультурні особливості, наприклад, сильні родинні зв'язки, недостатній розвиток системи, яка б займалася підтримкою родичів пацієнтів, гендерні стереотипи тощо.

З огляду на дослідження, жінки, що доглядають за хворими родичами частіше повідомляють про втому, тривожність і також вказують на інші симптоми вигорання, ніж чоловіки [42].

Чоловіки, навпаки, можуть менше проявляти свої емоції, але на противагу цьому демонструють вищу стресостійкість під час складних ситуацій завдяки раціоналізації цих труднощів. Незалежно від статі здатність до самоспівчуття визначає, наскільки ефективно людина може впоратися з психологічним навантаженням, яке пов'язано з доглядом. Важливим фактором є і тривалість догляду. Довгострокове відновлення хворих призводить до того, що їх доглядальники повинні щоденно турбуватися та допомагати їм роками і це призводить до накопичення стресу, зменшення внутрішніх ресурсів та зниження рівня психоемоційного благополуччя [6].

На початку догляду за хворим його родичи активно залучені у процес відновлення, вони прагнуть допомогти, відчують відповідальність за свої дії та витрачають багато ресурсів на догляд, як фізичних так і психологічних. Проте з часом, через відсутність достатньої підтримки самих себе та зменшення внутрішніх,

та зовнішніх ресурсів у доглядальників можуть виникати негативні почуття. До них можна віднести почуття безнадійності, розчарування, а також депресивні прояви. У такому випадку самоспівчуття допомагало б доглядальникам під час прояву цих негативних почуттів. Воно б давало змогу визнавати власні потреби і турбуватися по себе, не знецінюючи при цьому свої обов'язки та зроблену роботу під час догляду [6].

Функціональний стан пацієнта після інсульту або іншого тяжкого захворювання є одним із визначальних чинників психоемоційного навантаження для доглядальників. Зниження рівня незалежності, яке вимірюється за допомогою шкали Бартел, безпосередньо впливає на інтенсивність стресових переживань та ризик розвитку депресивної симптоматики у близьких, що надають щоденну допомогу. Численні дослідження підтверджують, що зниження показників за шкалою Бартел прямо корелює з підвищенням рівня суб'єктивного тягара догляду, а отже — і зростанням рівня стресу та депресивних симптомів у близьких. Особливо значущим предиктором стресу виступає втрата хворим контролю над фізіологічними функціями, адже цей фактор значно посилює психологічне навантаження та підвищує ймовірність депресії у доглядальника [36].

Рівень освіти доглядальників є важливим фактором у питанні регуляції стресу під час опіки за хворим або травмованим родичем. Наукові дослідження вказують, що чим нижчий є рівень освіти, тим більш вразливим стає доглядальник до розвитку депресії, тривоги, а також підвищеного рівня стресу. У цьому випадку наявність освіти буде розглядатися у вигляді ресурсу, який забезпечує кращі когнітивні навички, здатність шукати інформацію, шукати і отримувати соціальну підтримку — усе це у сукупності буде знижувати тягар від догляду за хворим родичем. У дослідженнях родичей постінсультних пацієнтів, а також пацієнтів з деменцією показано, що низький рівень освіти асоціюється з вищими балами прояву депресії та з більш вираженим психологічним дистресом [17, 20, 25].

Така тенденція є і в дослідженнях родичей пацієнтів з тяжкими психічними розладами [38].

У цьому контексті освіта розглядається як інструмент психосоціальної

адаптації, можна сказати, що люди з вищим рівнем освіти, як правило, краще орієнтуються у медичній та іншій інформації, що пов'язана зі здоров'ям їх родича. Такі люди ефективніше застосовують стратегії подолання стресу, легше налагоджують комунікацію з медичним персоналом і мають ширші можливості для залучення зовнішньої підтримки. З протилежного боку, нижчий рівень освіти обмежує людину у можливостях, що були описані вище, та створює умови для посилення відчуття безпорадності та збільшення негативних наслідків від тягара догляду за хворим родичем. Освіта є не лише соціально-економічним чинником, а й важливим предиктором стресу та депресії у доглядальників [17, 20, 41].

Створення цілеспрямованих психоосвітніх програм для осіб із нижчим рівнем освіти допомогло б компенсувати дефіцит знань і навичок, а також допомогло б їм краще зрозуміти особливості догляду, а також стратегії самодопомоги. Такі кроки можуть стати вагомим поштовхом до зниження емоційного вигорання і збереження психологічного благополуччя у доглядальників [40, 41].

На підставі проаналізованої інформації можна стверджувати, що вік, стать, тривалість догляду, ступінь інвалідизації, рівень освіти не лише визначають як саме людина буде ставитися до навантаження, яке пов'язане з доглядом, а й який взаємозв'язок буде між стресом та співчуттям до себе. Розуміння та опис цих факторів дозволяє краще зрозуміти потреби доглядальників і дозволяє розробити більш якісні психоосвітні та психотерапевтичні програми, що спрямовані на покращення якості життя таких людей та збереження їх психологічного здоров'я.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Проведений аналіз наукової літератури дав змогу визначити, що догляд за постінсультними родичами є тривалим і виснажливим процесом, який супроводжується високим рівнем психоемоційного навантаження. Центральною реакцією на зміну звичного способу життя у доглядальників виступає стрес — комплексний психофізіологічний стан, що має суттєвий вплив на психічне здоров'я та якість життя. На початку цього розділу було дано визначення, що таке стрес, а також було розглянуто історію розвитку концепції стресу, її сучасне розуміння та механізми впливу стресових факторів на психічне здоров'я доглядальників.

2. Було викладено інформацію про зв'язок між стресом, співчуттям до себе з навантаженням у осіб, що доглядають за постінсультними родичами. Самоспівчуття може слугувати внутрішнім ресурсом доглядальників та допомагати їм впоратися з хронічним стресом, знижуючи при цьому емоційне виснаження. Усвідомлене ставлення до власних труднощів та визнання своїх недоліків і невдач може допомогти доглядальникам розглядати складний етап життя, як частину людського досвіду, що у подальшому призведе до зменшення негативних переживань.

3. Проаналізовано роль та вплив соціально-демографічних факторів, таких як вік, стать, час догляду, ступінь інвалідизації хворого родича, рівень освіти доглядальника тощо. Було описано, як це може впливати на взаємозв'язки між стресом, співчуттям до себе та навантаженням, пов'язаним із доглядом. Різні дослідження у світі вказують на те, що у різних соціокультурних умовах роль статі та інших соціально-демографічних факторів доглядальника має різне значення. Ця різниця пов'язана з культурою та традиціями тих країн, де було проведено подібне дослідження.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РОДИЧАМИ

2.1 Організація дослідження та характеристика вибірки

Об'єкт дослідження - стрес.

Предмет дослідження - особливості взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.

Мета дослідження - визначити особливості взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами.

Виходячи з поставленої мети, визначено наступні завдання дослідження:

1. Визначити рівень стресу, співчуття до себе, рівень навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами
2. Провести порівняльний аналіз рівня стресу, співчуття до себе та рівня навантаження на доглядальника залежно від вікових та соціально-демографічних характеристик осіб, що доглядають за постінсультними родичами
3. Дослідити взаємозв'язок рівня стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами

Гіпотеза: існують статистично значущі відмінності у групах доглядальників залежно від статі, статусу зайнятості та тривалості догляду у рівні навантаження на доглядальника та співчуття до себе. Існує статистично значущий взаємозв'язок між співчуттям до себе, навантаженням на доглядальника та рівнем сприйнятого стресу.

Вибірка: під час дослідження було опитано 61 особу, з яких 25 осіб – чоловіки і 36 – жінки відповідно. Вікову групу склали досліджувані від 18 до 78 років. Кожен з цих осіб брав участь у догляді за своїм родичем, який був хворий на ішемічний інсульт. Опитування проводилося на базі КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» у відділенні реабілітації та у неврологічному відділенні №2, а також на базі ННМЦ «Університетська лікарня» у відділенні неврології. Також було зібрано інформацію про те, ким доглядальнику доводиться постінсультний родич, яку освіту й який

статус зайнятості має досліджуваний, як давно та скільки часу на день досліджуваний доглядає за постінсультним родичем, а також було зібрано інформацію про вік самого родича та оцінено його ступінь інвалідизації.

2.2 Характеристика методів та методик дослідження

Методи дослідження: виходячи з того, що за критерієм Колмогорова-Смірнова було встановлено як нормальний так і ненормальний розподіл між показниками у досліджуваній вибірці, для математико-статистичної обробки отриманих результатів було використано: для порівняння незалежних груп між собою за змінними - критерій Манна-Уїтні, для дослідження взаємозв'язків між змінними коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, для оцінки сили впливу навантаження на доглядальника та рівня самоспівчуття на рівень сприйнятого стресу - регресійний аналіз.

Для досягнення визначеної мети та завдань дослідження було використано наступні діагностичні методики:

- 1) Для вивчення рівня стресу було використано «Шкалу сприйнятого стресу» [2].
- 2) Для вивчення рівня самоспівчуття було використано «Шкалу співчуття до себе», яка має шість субшкал: «Доброта до себе», «Самоосудження», «Загальна людяність», «Ізоляція», «Усвідомленість», «Надмірна ідентифікація» [31].
- 3) Для вивчення рівня навантаження на доглядальників було проведено оцінку навантаження доглядальників за шкалою Заріта [47].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. Для досягнення мети та вирішення задач дослідження було обрано відповідну вибірку осіб різного віку та різної статі. Вибірку склала 61 особа віком від 18 до 78 років, серед яких 25 чоловіків і 36 жінок. Кожен досліджуваний здійснював догляд за родичем, який переніс ішемічний інсульт.

2. Відповідно до мети та завдань дослідження було використано відповідний психодіагностичний інструментарій. Для статистичної обробки отриманих результатів застосовано методи математико-статистичного аналізу: критерій Манна–Уїтні для незалежних груп, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена та регресійний аналіз.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РОДИЧАМИ

3.1 Дослідження рівня стресу, співчуття до себе та навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами

У межах цього етапу було виконано емпіричний аналіз рівня стресу, навантаження на доглядальника та співчуття до себе у осіб, що доглядають за постінсультними родичами. Дослідження відбувалося за допомогою таких діагностичних методик, як «Шкала сприйнятого стресу», «Шкала самоспівчуття», «Оцінка навантаження на доглядальника за шкалою Заріта». Опитування проводилося індивідуально, з дотриманням етичних норм та добровільної згоди на участь. Отримані результати, що занесені у таблицю 3.1, були використані для подальшого аналізу взаємозв'язків між цими показниками.

Таблиця 3.1

Описові статистики основних досліджуваних показників

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Середньоквадратичне відхилення
Шкала сприйнятого стресу	61	12	45	30,08	7,682
Навантаження на доглядальника	61	4	69	29,64	15,572
Загальний бал самоспівчуття	61	2,26	4,25	3,2954	,49022

3.2 Порівняльний аналіз рівня стресу, співчуття до себе та рівня навантаження на доглядальника залежно від вікових та соціально-демографічних характеристик осіб, що доглядають за постінсультними родичами

Наступним кроком було дослідження і аналіз відмінностей між досліджуваними за рівнем сприйнятого стресу, співчуття до себе та навантаження на доглядальника в залежності від вікових та соціально-демографічних характеристик.

Передусім вибірку було поділено на дві групи за статтю: на чоловіків та жінок. Першу групу досліджуваних склали чоловіки у кількості 25 осіб, другу групу склали жінки у кількості 36 осіб. Результат розрахунків подано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між чоловіками та жінками

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	397,500	722,500	-,771	,441
Навантаження на доглядальника	280,500	605,500	-2,488	,013*
Доброта до себе	370,500	695,500	-1,173	,241
Самоосудження	382,500	707,500	-,997	,319
Загальна людяність	330,000	655,000	-1,771	,077
Ізоляція	334,500	659,500	-1,700	,089
Усвідомленість	420,000	1086,000	-,443	,658
Надмірна ідентифікація	298,500	623,500	-2,230	,026*
Загальний бал самоспівчуття	372,500	1038,500	-1,137	,256
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Для більш детального огляду отриманих результатів, середні ранги за змінними в обох досліджуваних групах були зображені на рис. 3.1.

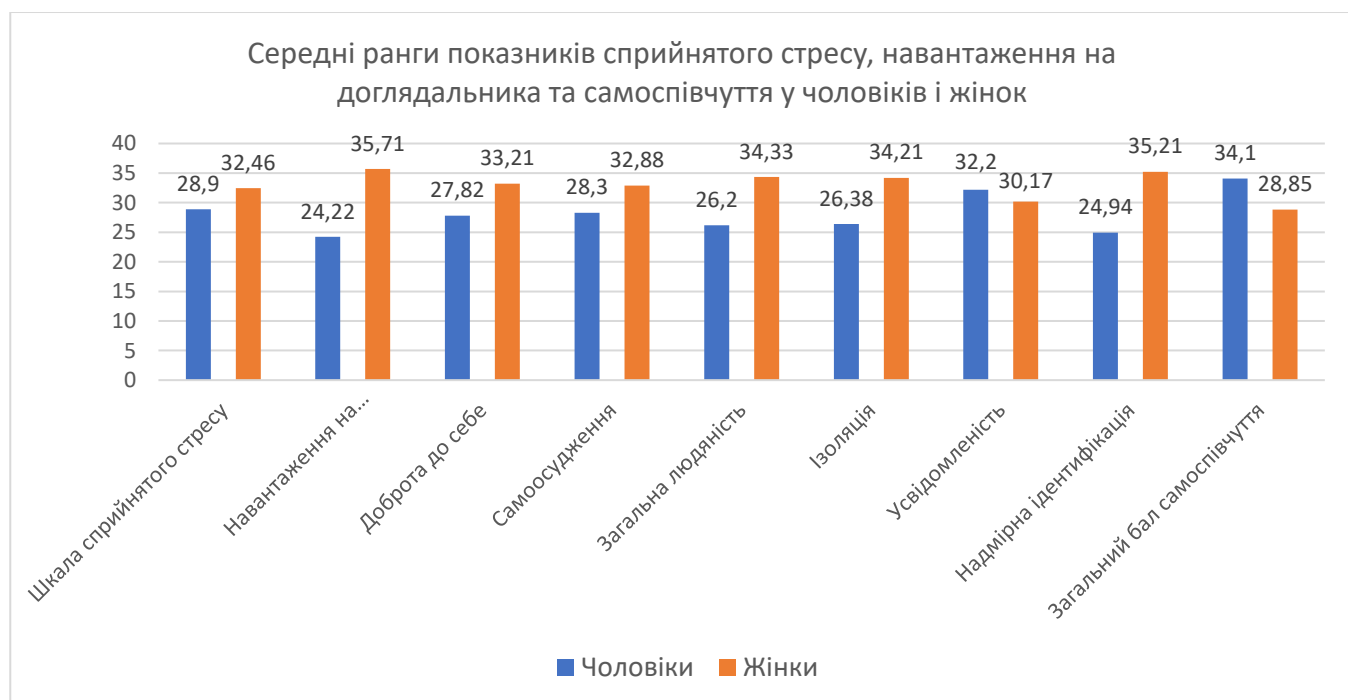


Рис. 3.1. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у чоловіків і жінок

Аналізуючи результати розрахунків, які наведені у таблиці 3.2, ми бачимо статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за такими змінними: «Навантаження на доглядальника» - $p=0,013$, «Надмірна ідентифікація» - $p=0,026$. Також ми маємо дві змінні, які не показали статистично значущої відмінності, проте підійшли доволі близько до цього, отже можна зробити висновок, що певні відмінності за цими змінними між чоловіками та жінками існують. Це змінні: «Загальна людяність» та «Ізоляція».

За змінною «Навантаження на доглядальника» ми маємо статистично значущу відмінність і з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.1, чоловіки мають менші значення за цією змінною, ніж жінки: 24,22 проти 35,71. Це означає, що жінки мають більший рівень суб'єктивного відчуття навантаження від догляду. Для них догляд може бути фізично та емоційно більш виснажливим, ніж для чоловіків. Чоловіки можуть мати менший рівень суб'єктивного відчуття навантаження від догляду ще і за рахунок того, що вони можуть сприймати ці труднощі по-іншому, наприклад, як набір задач і обов'язків, які потрібно виконувати. Завдяки цьому чоловіки можуть більш якісніше мобілізувати свої внутрішні та зовнішні ресурси. У своєму дослідженні Wang та співавт. (2021), а також Bekele та співавт. (2023) встановили, що жінки мали вищий рівень навантаження на доглядальника за шкалою Заріта, ніж чоловіки, що співвідноситься з отриманими нами результатами. [10, 13]. Догляд за постінсультними родичами передбачає постійну фізичну участь доглядальника під час допомоги родичу виконати гігієнічні та щоденні дії. У цьому аспекті чоловіки можуть мати перевагу і тому фізичний аспект догляду вони переживають легше.

За змінною «Надмірна ідентифікація» ми маємо статистично значущу відмінність і з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.1, чоловіки мають менші значення за цією змінною ніж жінки: 24,94 проти 35,21. Це означає, що жінки мають більшу схильність занурюватися у негативні емоції та переживання, які провокує догляд, а також їм важче тримати дистанцію від цих емоцій. Чоловіки, навпаки, мають більше емоційного контролю та можуть легше дистанціюватися від своїх негативних емоцій, які з'являються внаслідок догляду.

За змінною «Загальна людяність» не було статистично значущої відмінності, проте значення « p » підійшло доволі близько до цього: $p \geq 0,077$, тому можна вважати що між чоловіками і жінками все-таки існує певна відмінність за цією змінною. З огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.1, чоловіки мають менші значення за змінною «Загальна людяність», ніж жінки: 26,20 проти 34,33. Це означає, що жінки можуть частіше сприймають свої труднощі, як частину загальнолюдського життя, а не як щось персональне чи унікальне, на відміну від чоловіків. Це відображає вищий рівень емпатії та співпереживання у жінок під час догляду за хворим родичем. У чоловіків нижчі значення за цією змінною можуть відображати їх схильність до емоційної самодостатності, стриманості та зосередженості на діях, що знижує емпатичне усвідомлення людських переживань.

За змінною «Ізоляція» не було статистично значущої відмінності, проте значення « p » підійшло доволі близько до цього: $p \geq 0,089$, тому можна вважати, що між чоловіками та жінками все таки існує певна відмінність за цією змінною. З огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.1, чоловіки мають менші значення за змінною «Ізоляція», ніж жінки: 26,38 проти 34,21. Це означає, що жінки частіше відчують себе самотніми і відокремленими у своїй ролі доглядальника. Це може бути пов'язано з тим, що через догляд у жінок обмежуються соціальні контакти, а також може бути відсутня підтримка ззовні. Чоловіки можуть мати менші значення за цією шкалою через інше сприйняття ситуації та іншу систему соціальних очікувань та рольових норм, де вони не звикли розраховувати повною мірою на когось іншого у розв'язанні своїх особистих проблем.

Отже, жінки мають вищий рівень емоційного навантаження, емпатії та схильності до ізоляції, тоді як чоловіки — менш емоційно залучені, більш стримані й орієнтовані на практичне виконання обов'язків. Це свідчить про різні стратегії переживання та подолання труднощів під час догляду між чоловіками й жінками.

Наступним кроком став поділ вибірки на дві групи за віком. Перша група досліджуваних це доглядальники молодшого віку. Друга група - доглядальники старшого віку. До першої групи увійшли 25 осіб віком від 18 до 49 років, де середній вік склав 43 роки. До другої групи увійшли 36 осіб віком від 50 до 78 років,

де середній вік склав 61 рік. Результат розрахунків подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними молодшого та старшого віку

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	420,000	1086,000	-,441	,660
Навантаження на доглядальника	444,500	769,500	-,081	,936
Доброта до себе	421,500	1087,500	-,420	,674
Самоосудження	380,500	705,500	-1,026	,305
Загальна людяність	385,500	1051,500	-,952	,341
Ізоляція	362,500	1028,500	-1,288	,198
Усвідомленість	430,000	755,000	-,295	,768
Надмірна ідентифікація	368,000	1034,000	-1,207	,228
Загальний бал самоспівчуття	415,000	740,000	-,513	,608

Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$

Середні ранги показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття детально показані на рис. 3.2.



Рис. 3.2. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних молодшого та старшого віку

За результатами розрахунків, що наведені в таблиці 3.3, ми бачимо, що статистично значущих відмінностей між цими групами немає.

Відсутність статистично значущих відмінностей між молодшими й старшими доглядальниками свідчить про те, що віковий фактор не є ключовим у питанні змін психоемоційних характеристик доглядальників за постінсультними родичами. Молодші доглядальники можуть мати більше фізичних сил, але менше життєвого досвіду та навичок емоційної регуляції, натомість старші доглядальники, навпаки, краще збалансовані в емоційному плані під час переживання життєвих труднощів, проте мають менше фізичних сил. У результаті, ці відмінності можуть компенсувати один одного, тому рівень сприйнятого стресу, навантаження чи самоспівчуття залишається статистично подібним.

Далі вибірку було поділено на дві групи за родинними зв'язками. До першої групи досліджуваних увійшли ті, хто доглядав за кровними родичами: татом, мамою, сином, дочкою, братом, сестрою, дядьком – 30 осіб. До другої групи досліджуваних увійшли ті, хто доглядав за родичами по шлюбній лінії: чоловіком, дружиною, свекрухою, тестем, сватом – 31 особа. Результат розрахунків подано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що доглядають за кровними родичами та тими, хто доглядає за родичами по шлюбній лінії

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	369,000	865,000	-1,387	,165
Навантаження на доглядальника	431,500	927,500	-,484	,629
Доброта до себе	448,000	944,000	-,247	,805
Самоосудження	412,000	877,000	-,770	,441
Загальна людяність	391,000	856,000	-1,074	,283
Ізоляція	432,000	928,000	-,478	,633
Усвідомленість	442,500	907,500	-,327	,744
Надмірна ідентифікація	404,000	900,000	-,883	,377
Загальний бал самоспівчуття	413,000	878,000	-,750	,453
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Середні ранги показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття детально показані на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі доглядають за кровними родичами та тими, хто доглядає за родичами по шлюбній лінії

За результатами розрахунків, що наведені в таблиці 3.4, ми бачимо, що статистично значущих відмінностей між цими групами немає.

Оскільки статистичних відмінностей між групами не встановлено, це дозволяє зробити висновок, що тип родинного зв'язку не є визначальним фактором змін показників навантаження на доглядальника, рівня сприйнятого стресу чи самоспівчуття. Психоемоційне напруження, обмеження особистого часу, фізична втома та відповідальність впливають на психологічні характеристики однаково для всіх доглядальників, незалежно від типу родинного зв'язку.

Далі вибірку було поділено на дві групи за загальним часом догляду за постінсультними родичами. До першої групи належали досліджувані, які мали короткотривалий досвід догляду – до 2-х місяців. До другої групи належали досліджувані які мали тривалий досвід догляду – від 2-х місяців до кількох років. Результат розрахунків подано в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що мають різний досвід тривалості догляду

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	447,000	798,000	-,117	,907
Навантаження на доглядальника	293,000	923,000	-2,365	,018*
Доброта до себе	416,000	767,000	-,572	,567
Самоосудження	450,000	1080,000	-,073	,941
Загальна людяність	408,500	759,500	-,682	,495
Ізоляція	453,500	804,500	-,022	,982
Усвідомленість	419,000	770,000	-,528	,597
Надмірна ідентифікація	453,000	1083,000	-,029	,977
Загальний бал самоспівчуття	420,500	771,500	-,503	,615
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Для більш детального огляду отриманих результатів, середні ранги за змінними в обох досліджуваних групах були зображені на рис. 3.4.

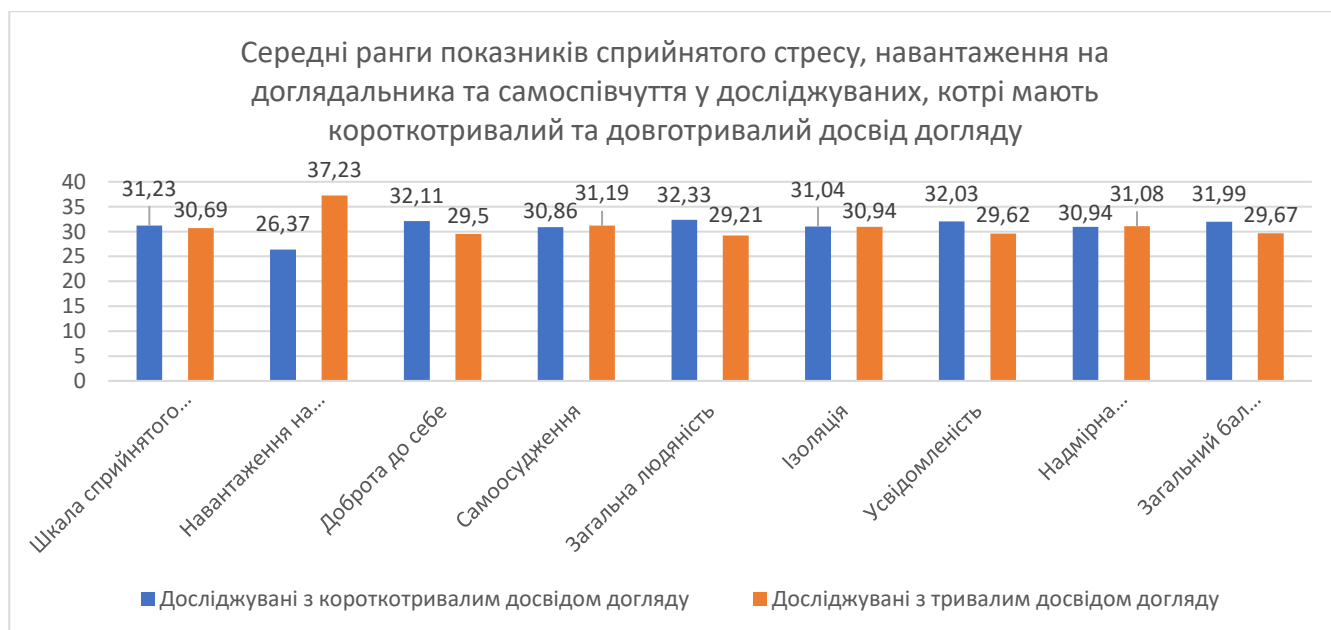


Рис. 3.4. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі мають короткотривалий та довготривалий досвід догляду

Аналізуючи результати розрахунків, котрі наведені в таблиці 3.5, статистично значуща відмінність між доглядальниками з короткотривалим та тривалим досвідом

догляду наявна за змінною - «Навантаження на доглядальника» - $p=0,018$.

З огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.4, досліджувані з короткотривалим доглядом мають менші значення за шкалою «Навантаження на доглядальника», ніж ті, хто доглядав довготривалий період часу: 26,37 проти 37,23. Це означає, що доглядальники з тривалим досвідом догляду відчують більше суб'єктивного навантаження, ніж ті, хто здійснює догляд протягом короткого часу. У своєму дослідженні Bekele та співавт. (2023) встановили, що доглядальники котрі доглядають більше 3 місяців мають вищі показники навантаження на доглядальника за шкалою Заріта, ніж ті хто доглядає менше часу, що співвідноситься з отриманими нами результатами [13]. Відсутність статистично значущих відмінностей за іншими змінними означає, що рівень цих показників визначається переважно індивідуально-психологічними особливостями, а не тривалістю догляду за постінсультними родичами.

Далі вибірку було поділено на дві групи залежно від рівня освіти досліджуваних. До першої групи належали досліджувані, які мали закінчену повну вищу освіту. До другої групи належали ті, хто мав середню, середню спеціальну та незакінчену вищу освіту. Результат розрахунків подано в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що мають різний рівень освіти

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	438,000	903,000	-,390	,696
Навантаження на доглядальника	412,500	908,500	-,758	,448
Доброта до себе	374,000	870,000	-1,320	,187
Самоосудження	417,500	882,500	-,690	,490
Загальна людяність	406,500	902,500	-,849	,396
Ізоляція	413,000	909,000	-,753	,451
Усвідомленість	372,500	837,500	-1,343	,179
Надмірна ідентифікація	429,500	925,500	-,514	,607
Загальний бал самоспівчуття	461,000	957,000	-,058	,954
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Середні ранги показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття детально показані на рис. 3.5.



Рис. 3.5. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі мають різний рівень освіти

За результатами розрахунків, що наведені в таблиці 3.6, ми бачимо, що статистично значущих відмінностей між цими групами немає.

Відсутність статистично значущих відмінностей між цими двома групами свідчить про те, що освіта не виступає тим фактором, що визначає рівень сприйнятого стресу, навантаження від догляду та рівень самоспівчуття. Наявність вищої освіти не гарантує кращої готовності до догляду — адже емоційний баланс у цьому випадку залежить від інших, більш вагомих факторів.

Наступним кроком став поділ вибірки на дві групи залежно від наявності постійної зайнятості. До першої групи належали доглядальники, які мали постійну роботу та заробіток. До другої групи - доглядальники які не працювали, були пенсіонерами, мали тимчасову роботу або час від часу мали підробіток. Результат розрахунків подано в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що відрізняються за статусом зайнятості

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	335,000	930,000	-1,803	,071
Навантаження на доглядальника	257,500	852,500	-2,928	,003*
Доброта до себе	402,000	780,000	-,832	,405
Самоосудження	363,000	958,000	-1,404	,160
Загальна людяність	388,000	983,000	-1,037	,300
Ізоляція	318,500	913,500	-2,048	,041*
Усвідомленість	331,000	709,000	-1,871	,061
Надмірна ідентифікація	282,500	877,500	-2,572	,010*
Загальний бал самоспівчуття	301,500	679,500	-2,287	,022*
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Для більш детального огляду отриманих результатів, середні ранги за змінними в обох досліджуваних групах були зображені на рис. 3.6.

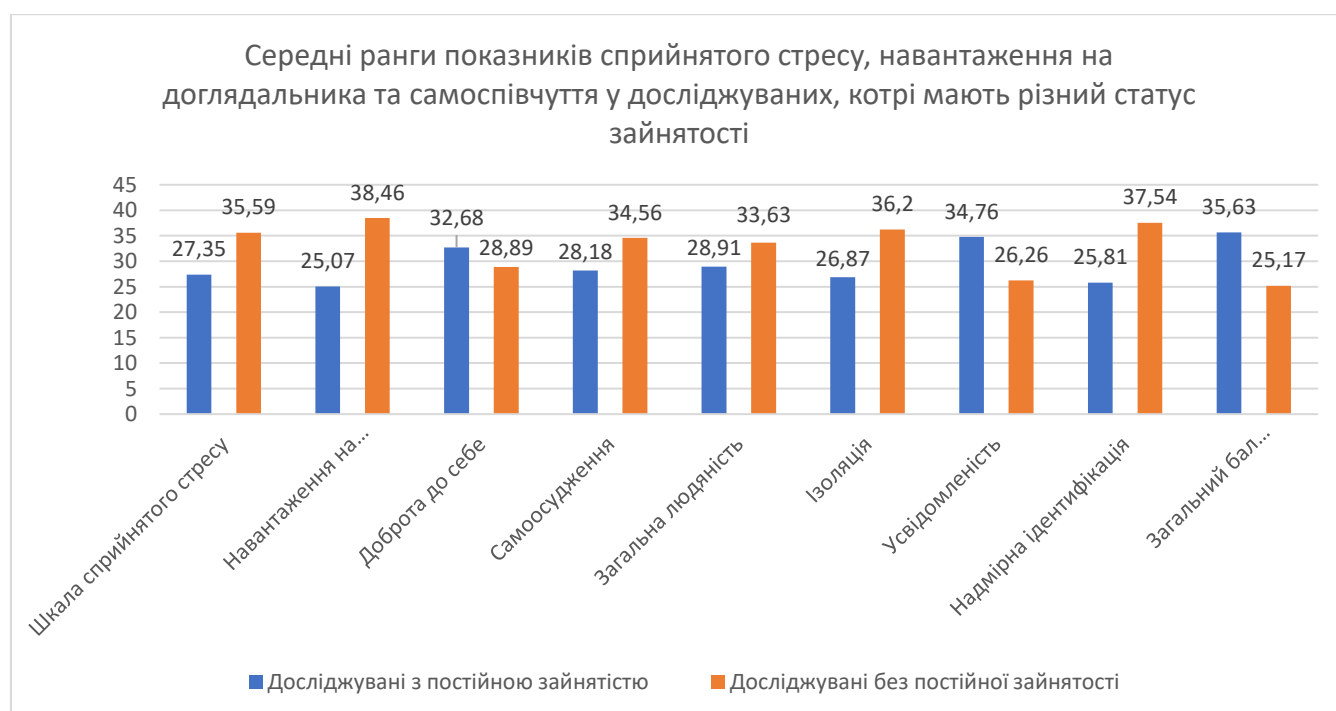


Рис. 3.6. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі мають різний статус зайнятості

Аналізуючи результати розрахунків, які наведені в таблиці 3.7, ми бачимо

статистично значущі відмінності між тими, хто має постійну зайнятість та тими хто без постійної зайнятості, за такими змінними: «Навантаження на доглядальника» $p=0,003$, «Ізоляція» $p=0,041$, «Надмірна ідентифікація» $p=0,010$, «Загальний бал самоспівчуття» $p=0,022$. Також ми маємо дві змінні, які не показали статистично значущої відмінності, проте підійшли доволі близько до цього, отже можна зробити висновок, що певні відмінності за цими змінними між групами існують. Це змінні: «Шкала сприйнятого стресу» та «Усвідомленість».

За змінною «Навантаження на доглядальника» ми маємо статистично значущу відмінність і з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.6, досліджувані з постійною зайнятістю мають менший рівень сприйнятого навантаження ніж ті, хто без постійної зайнятості: 25,07 проти 38,46. Доглядальники без постійної зайнятості, як правило, проводять більше часу з хворим родичем і несуть основний тягар догляду самотійно. Вони можуть мати проблеми з відновленням своїх внутрішніх ресурсів. Крім того, відсутність постійної зайнятості часто асоціюється з меншою кількістю фінансових ресурсів, що підсилює відчуття сприйнятого навантаження. Доглядальники, які мають постійну зайнятість можуть компенсувати навантаження від догляду завдяки збереженню балансу між роботою та піклуванням за родичем. У такому випадку доглядальник буде мати емоційне та соціальне розвантаження, яке дасть можливість відновити свої сили.

За змінною «Ізоляція» ми маємо статистично значущу відмінність і з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.6, досліджувані з постійною зайнятістю мають менші значення ніж ті, хто без постійної зайнятості: 26,87 проти 36,20. Робота – це важлива соціальна частина нашого життя, яка забезпечує нас контактами та спілкуванням. Доглядальники без постійної зайнятості стають обмеженими у спілкуванні, бо більшу частину часу проводять біля хворого родича. Обмеження у спілкуванні створює умови для відчуття соціальної ізоляції та самотності у переживаннях.

За змінною «Надмірна ідентифікація» ми маємо статистично значущу відмінність і з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.6, досліджувані з постійною зайнятістю мають менші значення ніж ті, хто без постійної зайнятості:

25,81 проти 37,54. Це означає, що ті, хто без постійної зайнятості схильні більше занурюватися у свої негативні думки чи емоції. Такі доглядальники втрачають межі між своїм «Я» і роллю доглядальника. Ті доглядальники, котрі мають постійну зайнятість зберігають різноманітність своєї ідентичності. Завдяки роботі вони не тільки відіграють роль доглядальників, а ще й колег, друзів тощо. Також, такі досліджувані можуть зберігати певну дистанцію між своїми негативними думками та емоціями і не занурюватися у них сильно, бо мають можливість відволікатися від них завдяки роботі.

За змінною «Загальний бал самоспівчуття» ми маємо статистично значущу відмінність і з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.6, досліджувані з постійною зайнятістю мають більші значення ніж ті, хто без постійної зайнятості: 35,63 проти 25,17. Доглядальники, які мають постійну роботу зазвичай мають більше можливостей і ресурсів (фінансових, соціальних тощо) – це дає їм змогу якісніше підтримувати себе у складних ситуаціях. Наявність цих ресурсів створює основу, завдяки якій доглядальник може підійти до своїх проблем з розумінням та відкритістю. Натомість ті, хто без постійної зайнятості можуть важко переживати складні ситуації у своєму житті та мати проблеми з самопідтримкою. Це може бути пов'язано з відсутністю тих, додаткових ресурсів, які може надати постійна робота.

За змінною «Шкала сприйнятого стресу» можна проаналізувати наступні відмінності у групах: з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.6, ті досліджувані у кого є постійна зайнятість, мають менші значення ніж доглядальники без постійної зайнятості: 27,35 проти 35,59. Доглядальники, котрі не мають постійної зайнятості перебувають у більш вразливому становищі, з огляду фінансових перспектив. Це може слугувати додатковим джерелом стресу, на додачу до того, який пов'язаний з хворобою родича. Фінансові ресурси можуть надавати відчуття контролю над власним життям тим доглядальникам, котрі мають постійну зайнятість – це у свою чергу буде впливати на рівень сприйнятого стресу.

За змінною «Усвідомленість» можна проаналізувати наступні відмінності у групах: з огляду на середні ранги, які подані на рисунку 3.6, ті досліджувані у кого є постійна зайнятість, мають більші значення, ніж досліджувані без постійної

зайнятості: 34,76 проти 26,26. Це означає, що доглядальники, котрі мають постійну зайнятість характеризуються кращими навичками саморефлексії. Їм вдається не застрягати у ролі доглядальника завдяки роботі. Доглядальники, котрі мають постійну зайнятість, мають більш спокійне ставлення до того, що відбувається і сприймають труднощі легше. Досліджувані без постійної зайнятості переживають і усвідомлюють свої труднощі важче, через недостатність ресурсів. Це створює додаткові перешкоди у тому, щоб поглянути на свою ситуацію більш усвідомлено і без надмірного прояву емоцій.

Далі вибірку було поділено на 2 групи за віком родича, за яким здійснювався догляд. Перша група досліджуваних – це ті, хто доглядав за родичами молодшого віку, друга група - це ті, хто доглядав за родичами старшого віку. До першої групи увійшла 31 особа віком від 23 до 59 років, де середній вік склав 51 рік. До другої групи увійшли 30 осіб віком від 60 до 86 років, де середній вік склав 71 рік. Результат розрахунків подано в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що здійснюють догляд за родичами різних вікових груп

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	417,000	913,000	-,693	,488
Навантаження на доглядальника	376,000	872,000	-1,285	,199
Доброта до себе	455,000	920,000	-,145	,885
Самоосудження	378,500	874,500	-1,257	,209
Загальна людяність	382,500	878,500	-1,198	,231
Ізоляція	464,500	960,500	-,007	,994
Усвідомленість	463,500	928,500	-,022	,983
Надмірна ідентифікація	373,000	869,000	-1,332	,183
Загальний бал самоспівчуття	429,000	894,000	-,519	,603
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Середні ранги показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття детально показані на рис. 3.7.

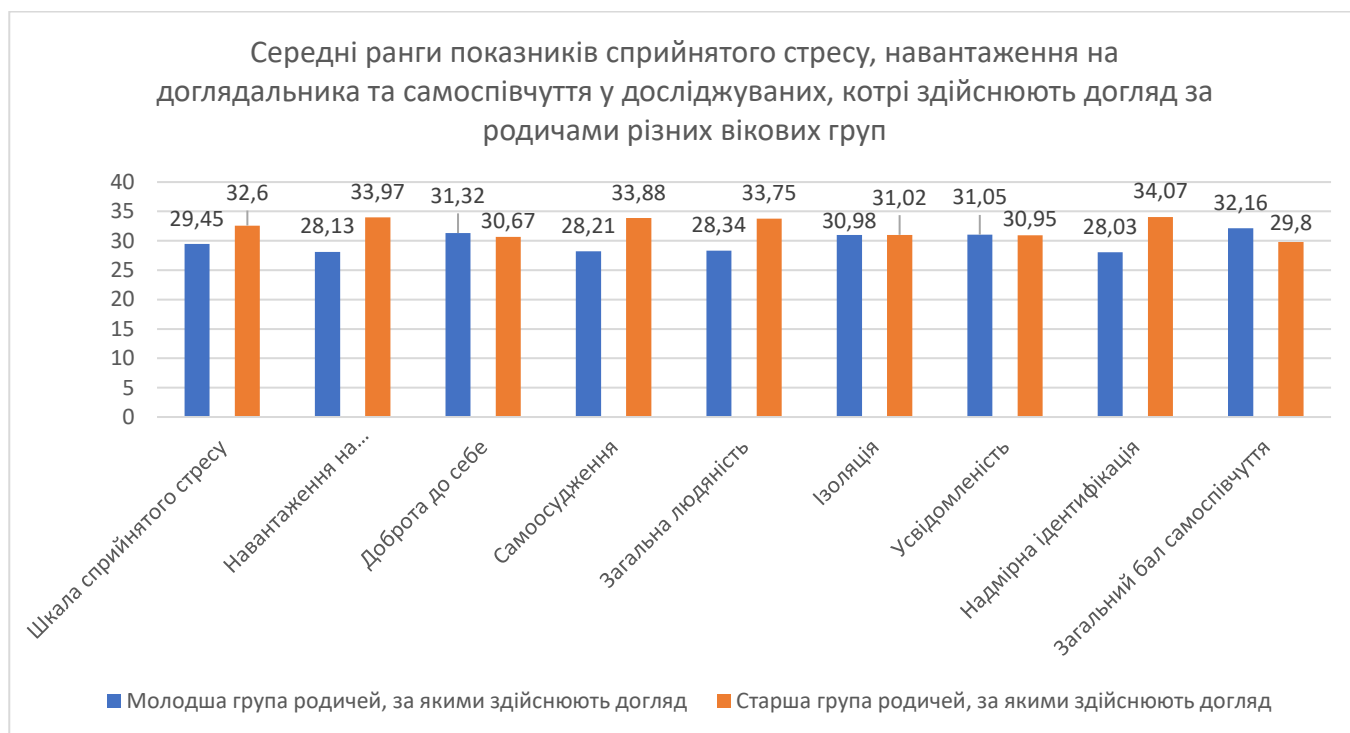


Рис. 3.7. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі здійснюють догляд за родичами різних вікових груп

За результатами розрахунків, які наведені в таблиці 3.8, ми бачимо, що статистично значущих відмінностей між цими групами немає.

Відсутність статистично значущих відмінностей між цими двома групами свідчить про те, що вік родича не є вирішальним чинником у формуванні емоційного стану доглядальників. Таким чином, незалежно від віку родича, доглядальники демонструють подібний рівень сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття.

Далі вибірку було поділено на 2 групи за часом, який доглядальник проводить біля родича протягом доби. До першої групи увійшли ті досліджувані, хто проводив повний (цілодобовий) догляд. До другої групи увійшли ті, хто проводив частковий догляд: від 1 до 12 годин на день. Результат розрахунків подано в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що відрізняються за тривалістю догляду за родичем протягом доби

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	420,500	1086,500	-,433	,665
Навантаження на доглядальника	390,000	1056,000	-,881	,379
Доброта до себе	448,000	773,000	-,029	,976
Самоосудження	388,000	1054,000	-,916	,360
Загальна людяність	331,000	997,000	-1,756	,079
Ізоляція	411,500	1077,500	-,567	,571
Усвідомленість	433,000	758,000	-,251	,802
Надмірна ідентифікація	434,500	1100,500	-,228	,820
Загальний бал самоспівчуття	447,000	772,000	-,044	,965
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Середні ранги показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття детально показані на рис. 3.8.

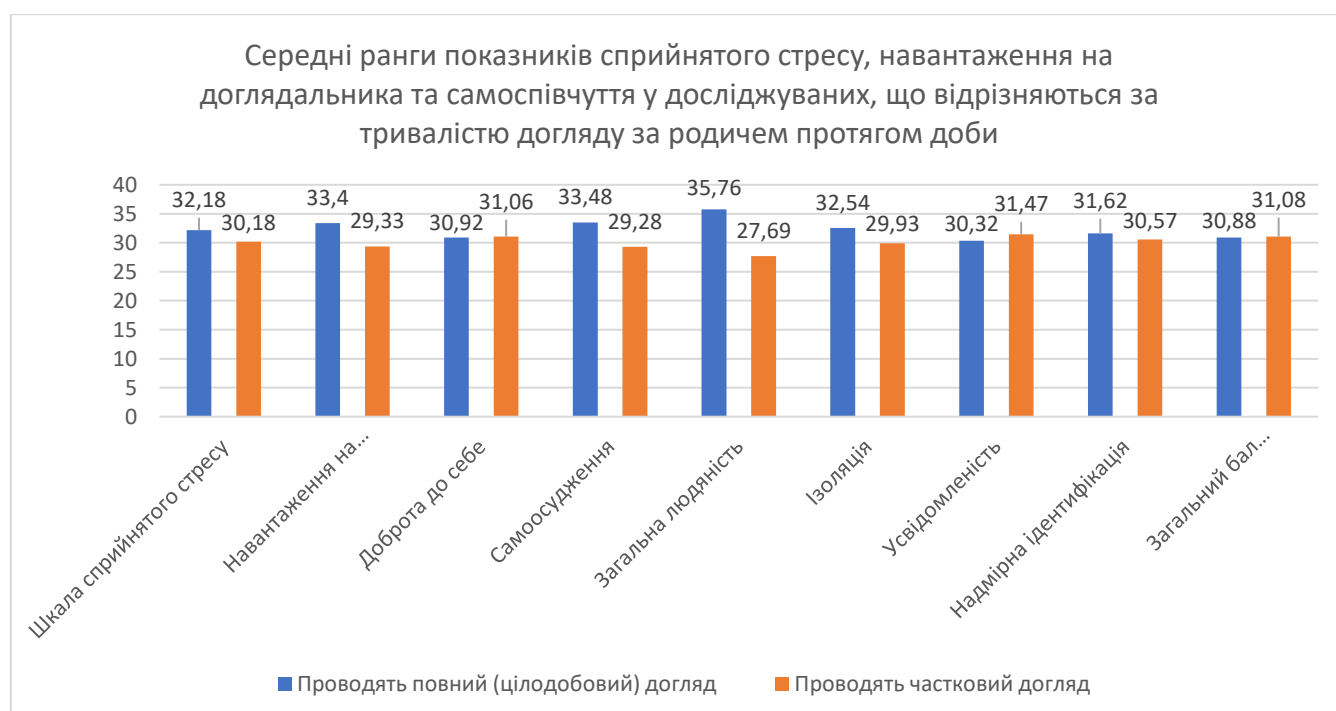


Рис. 3.8. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі відрізняються за тривалістю догляду за родичем протягом доби

Дані, які наведені в таблиці 3.9, свідчать про відсутність статистичних

відмінностей між групами.

Однак, хоч одна змінна і не показала статистично значущої відмінності, проте підійшла доволі близько до цього ($p=0,079$), отже можна зробити висновок що певні відмінності за цією змінною між групами існують. Це змінна: «Загальна людяність». З огляду на середні ранги, що представлені на рис. 3.8, у доглядальників які проводять цілодобовий догляд значення за цією змінною вищі, ніж у доглядальників котрі проводять частковий догляд: 35,76 проти 27,69. Це означає, що доглядальники які проводять більше часу з хворим родичем можуть ставати за рахунок цього більш емпатичними, можуть краще усвідомлювати, що складні ситуації у житті – це частина людського досвіду. Таким чином, триваліший контакт із родичем може посилювати компонент загальної людяності як складової самоспівчуття.

Далі вибірку було поділено на 2 групи за рівнем інвалідизації постінсультного родича. Перша група досліджуваних, були ті, котрі доглядали за родичем із помірним рівнем інвалідизації (від 60 до 95 балів за шкалою Бартел). Друга група були ті, котрі доглядали за родичем із тяжким рівнем інвалідизації (від 0 до 55 балів за шкалою Бартел). До першої групи увійшли 27 осіб, до другої групи увійшли 34 особи. Результат розрахунків подано в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Результати порівняння показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття між досліджуваними, що доглядають за родичами різного рівня інвалідизації

	U Манна- Уїтні	W Уїлкоксона	Z	Асимпт. знач. (двостороння)
Шкала сприйнятого стресу	393,000	771,000	-,960	,337
Навантаження на доглядальника	441,000	1036,000	-,262	,794
Доброта до себе	455,000	1050,000	-,058	,953
Самоосудження	360,000	738,000	-1,448	,148
Загальна людяність	414,500	1009,500	-,650	,516
Ізоляція	402,000	780,000	-,831	,406
Усвідомленість	457,000	1052,000	-,029	,977
Надмірна ідентифікація	387,500	765,500	-1,042	,297
Загальний бал самоспівчуття	379,000	974,000	-1,162	,245
Примітка: * - статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$				

Середні ранги показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття детально показані на рис. 3.9.

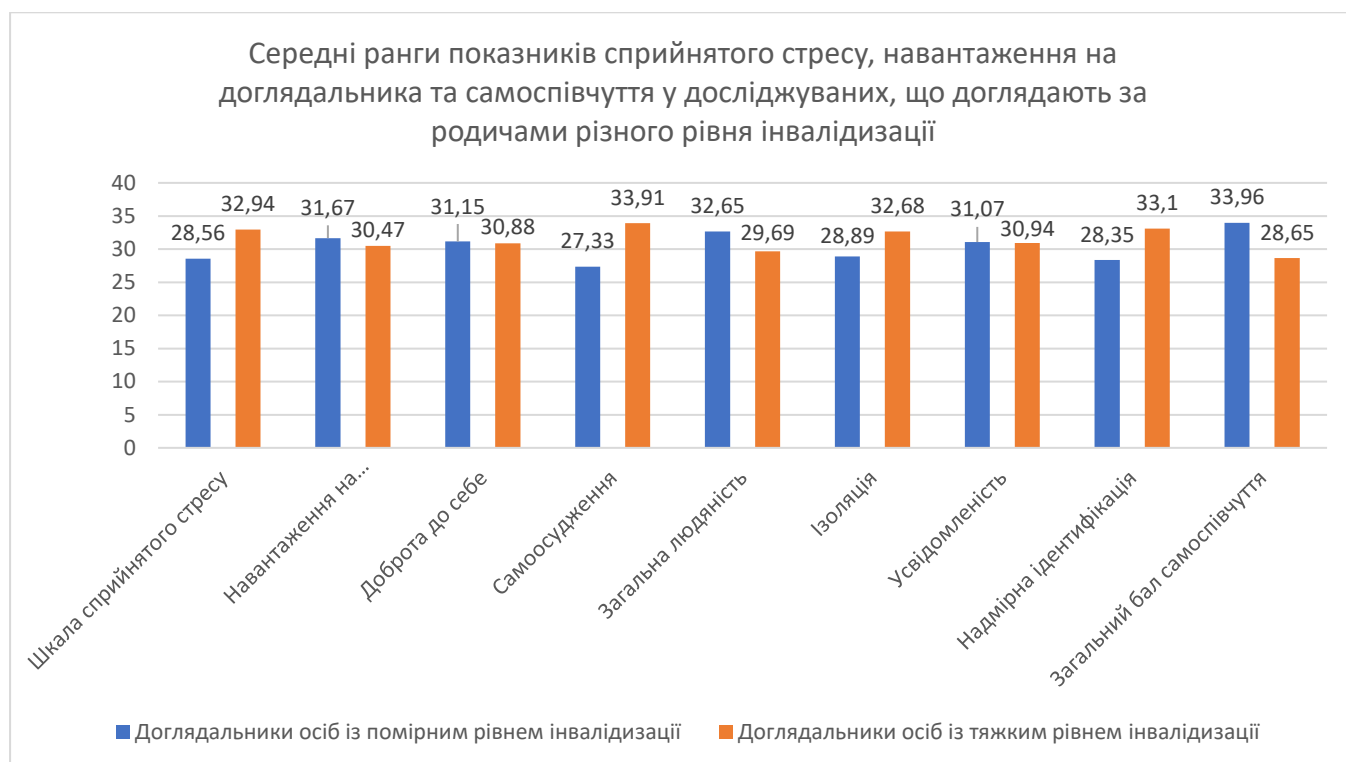


Рис. 3.9. Розподіл середніх рангів показників сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у досліджуваних, котрі доглядають за родичами різного рівня інвалідизації

За результатами розрахунків, які наведені в таблиці 3.10, ми бачимо, що статистично значущих відмінностей між цими групами немає.

Відсутність значних відмінностей між цими групами дозволяє припустити, що рівень інвалідизації постінсультного родича не є визначальним фактором у формуванні психоемоційного стану доглядальників. Тобто, хоч у доглядальників котрі виконують догляд за хворими родичами з тяжкою інвалідизацією більше обов'язків і більше витрачається фізичних сил та інших ресурсів, але це не є вирішальним чинником, котрий буде визначати їх емоційний стан.

3.3 Дослідження взаємозв'язку рівня стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами

Наступним кроком було проведення кореляційного аналізу, який мав на меті дослідити взаємозв'язок рівня стресу, співчуття до себе з рівнем навантаження на

доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами. Також до кореляційного аналізу було додано шкалу Бартел, яка оцінює ступінь інвалідизації постінсультного родича. Отримані результати були внесені до таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

**Результати кореляційного аналізу взаємозв'язку рівня стресу,
навантаження на доглядальника, співчуття до себе та показників шкали
Бартел**

Ро Спірмена		Шкала сприйнятого стресу	Навантаження на доглядальника	Загальний бал самоспівчуття	Шкала Бартел
Шкала сприйнятого стресу	Коефіцієнт кореляції	1,000	,459*	-,701*	-,090
	р - знач. (двостороння)	.	<,001	<,001	,490
Навантаження на доглядальника	Коефіцієнт кореляції	,459*	1,000	-,438*	,179
	р - знач. (двостороння)	<,001	.	<,001	,168
Загальний бал самоспівчуття	Коефіцієнт кореляції	-,701*	-,438*	1,000	,225
	р - знач. (двостороння)	<,001	<,001	.	,081
Шкала Бартел	Коефіцієнт кореляції	-,090	,179	,225	1,000
	р - знач. (двостороння)	,490	,168	,081	.
Примітка: * - Кореляція значуща на рівні $p \leq 0,01$					

У результаті виконання кореляційного аналізу було отримано асимптотичну значущість на рівні $p < 0,001$, яка вказує на сильний взаємозв'язок між такими змінними, як: «Шкала сприйнятого стресу», «Загальний бал самоспівчуття», «Навантаження на доглядальника».

Почнемо з опису взаємозв'язку рівня сприйнятого стресу та навантаження на доглядальника. Цей взаємозв'язок має позитивний коефіцієнт кореляції: 0,459. Він вказує на односпрямовану залежність, тобто чим вищий рівень сприйнятого стресу, тим більший рівень навантаження на доглядальника і навпаки. Такий результат вказує на те, що існує взаємозв'язок між сприйнятим стресом і сприйнятим

навантаженням від догляду. Особи, що здійснюють догляд за хворим родичем часто стикаються з високими вимогами у піклуванні та обмеженнями, такими як: нестача сну, недостатня підтримка, обмеження власного часу тощо. Це призводить до того, що доглядальник буде суб'єктивно сприймати ситуацію, яка пов'язана з доглядом, як стресову, тому у нього буде збільшуватися рівень сприйнятого стресу. У своєму дослідженні Zulficar (2023) встановила, що існує позитивна кореляція між рівнем стресу та навантаженням на доглядальника, що співвідноситься з отриманими нами результатами [49].

Згідно з результатами кореляційного аналізу у взаємозв'язку рівня сприйнятого стресу з рівнем самоспівчуття, ми маємо негативний коефіцієнт кореляції: $-0,701$. Він вказує на те, що чим більше буде збільшуватися рівень сприйнятого стресу, тим меншим буде рівень самоспівчуття і навпаки. Отриманий результат свідчить про те, що люди з високим рівнем самоспівчуття завдяки своїм здібностям зважено сприймати власні труднощі, проявляти до себе підтримку та розуміння у стресових та складних життєвих ситуаціях, можуть легше впоратися зі стресом. Це у свою чергу сприяє зниженню інтенсивності сприйнятого стресу і дозволяє більш якісно реагувати на життєві труднощі. В умовах догляду за хворими родичами, особи з низьким рівнем самоспівчуття мають ризик емоційного виснаження та зростання внутрішнього напруження, яке може відобразитися через високий рівень стресу.

Згідно з результатами кореляційного аналізу у взаємозв'язку навантаження на доглядальника та рівня самоспівчуття існує негативна кореляція, оскільки коефіцієнт кореляції дорівнює: $-0,438$. Це означає, що чим більший рівень сприйнятого навантаження від догляду, тим менший рівень самоспівчуття і навпаки. Такий взаємозв'язок може бути пояснений тим, що особи які мають низький рівень самоспівчуття можуть мати проблеми з самопідтримкою, а також з розумінням того, що треба з розумінням і добротою ставитися до себе, особливо у важкі та стресові періоди життя. Усе це може бути причиною того, що такі особи схильні сприймати більше навантаження від догляду, бо догляд за постінсультним родичем може бути фізично та емоційно важким. Тому, якщо у доглядальника поганий внутрішній

Таблиця 3.12.3

**Коефіцієнти простої регресійної моделі впливу навантаження на
доглядальника на рівень сприйнятого стресу**

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти	Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість (p)
		B	Стандартна помилка		
1	(Константа)	23,230	1,896	12,251	<,001
	Навантаження на доглядальника	,231	,057	,469	<,001*

Примітка: * - рівень статистичної значущості коефіцієнта регресії на рівні $p \leq 0,01$

Аналізуючи результат розрахунків, ми маємо наступне: статистичну значущість на рівні $p < 0,001$, яка вказує на те, що сприйняте навантаження на доглядальника дійсно впливає на рівень сприйнятого стресу. Коефіцієнт детермінації (R-квадрат) має значення: 0,220 – воно не є доволі великим. Це означає, що навантаження на доглядальника є показником, який підтверджує наявність значного, але не абсолютного впливу на рівень сприйнятого стресу у досліджуваних. З огляду на отриманий коефіцієнт детермінації, можна стверджувати, що наявні інші, не враховані до цієї моделі чинники, які можуть впливати на показники рівня сприйнятого стресу.

Далі я провів просту регресію для оцінки впливу рівня самоспівчуття на рівень сприйнятого стресу. Отримані результати подані в таблицях: 3.13.1, 3.13.2, 3.13.3.

Таблиця 3.13.1

**Статистичні показники простої регресійної моделі впливу самоспівчуття
на рівень сприйнятого стресу**

Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки
1	,704	,495	,487	5,504

Таблиця 3.13.2

**Результати дисперсійного аналізу (ANOVA) для простої регресійної моделі
впливу самоспівчуття на рівень сприйнятого стресу**

Моделі	Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість (p)
1 Регресія	1753,061	1	1753,061	57,862	<,001*
Залишок	1787,529	59	30,297		
Усього	3540,590	60			

Примітка: * - значущість моделі на рівні $p \leq 0,01$

Таблиця 3.13.3

**Коефіцієнти простої регресійної моделі впливу самоспівчуття на рівень
сприйнятого стресу**

Моделі		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість (p)
		B	Стандартна помилка	Бета		
1	(Константа)	66,419	4,829		13,755	<,001
	Загальний бал самоспівчуття	-11,026	1,450	-,704	-7,607	<,001*

Примітка: * - рівень статистичної значущості коефіцієнта регресії на рівні $p \leq 0,01$

Аналізуючи результати розрахунків, ми маємо наступне: статистичну значущість на рівні $p < 0,001$, яка вказує на те, що рівень самоспівчуття дійсно впливає на рівень сприйнятого стресу. Коефіцієнт детермінації (R-квадрат) має значення: 0,495. Він є більшим за коефіцієнт детермінації навантаження на доглядальника. Це означає, що рівень сприйнятого стресу значною мірою зумовлений внутрішніми психологічними характеристиками особистості, а не зовнішніми обставинами. Тобто ставлення людини до себе, її вміння підтримати себе у важкий час, прийняття і розуміння власних емоцій відіграє більше значення у питанні сприйняття стресу, ніж сприйняте навантаження, яке зумовлено доглядом.

Далі я провів множинний регресійний аналіз, щоб оцінити та врахувати комплексний вплив кількох факторів, а саме навантаження на доглядальника та самоспівчуття на рівень сприйнятого стресу. Отримані результати подані у таблицях: 3.14.1, 3.14.2, 3.14.3.

Таблиця 3.14.1

**Статистичні показники множинної регресійної моделі впливу
навантаження на доглядальника та самоспівчуття на рівень сприйнятого
стресу**

Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки
1	,731	,534	,518	5,335

Таблиця 3.14.2

**Результати дисперсійного аналізу (ANOVA) для множинної регресійної моделі
впливу навантаження на доглядальника та самоспівчуття на рівень
сприйнятого стресу**

Модель	Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість (p)
1 Регресія	1889,650	2	944,825	33,193	<,001*
Залишок	1650,940	58	28,464		
Усього	3540,590	60			

Примітка: * - значущість моделі на рівні $p \leq 0,01$

Таблиця 3.14.3

**Коефіцієнти множинної регресійної моделі впливу навантаження на
доглядальника та самоспівчуття на рівень сприйнятого стресу**

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість (p)
		B	Стандартна помилка	Бета		
1	(Константа)	58,686	5,862		10,011	<,001
	Загальний бал самоспівчуття	-9,636	1,542	-,615	-6,250	<,001*
	Навантаження на доглядальника	,106	,049	,216	2,191	,033**

Примітка:

* - рівень статистичної значущості коефіцієнта регресії на рівні $p \leq 0,01$

** - рівень статистичної значущості коефіцієнта регресії на рівні $p \leq 0,05$

Аналізуючи результати множинного регресійного аналізу, можна зробити висновок, що як і рівень самоспівчуття, так і рівень навантаження на доглядальника мають вплив на рівень сприйнятого стресу.

Аналізуючи результати розрахунків цієї моделі, ми маємо наступне: статистичну значущість для змінної «Загальний бал самоспівчуття» на рівні $p < 0,001$, яка вказує на доволі сильний вплив на рівень сприйнятого стресу. Для змінної «Навантаження на доглядальника» маємо статистичну значущість на рівні $p = 0,033$, яка вказує на те, що цей чинник продовжує мати вплив на рівень сприйнятого стресу, проте він став менш вираженим, ніж у попередньому аналізі, де значущість була: $p < 0,001$. Зниження значущості пояснюється тим, що змінна «Загальний бал самоспівчуття» частково забирає ту ж частку сприйнятого стресу, що і «Навантаження на доглядальника», тому коли обидва чинники аналізуються разом, вплив «Навантаження на доглядальника» стає менш вираженим, але все одно значущим. Коефіцієнт детермінації (R-квадрат) становить: 0,534. Це свідчить про те, що разом обидві змінні пояснюють приблизно половину варіацій рівня сприйнятого стресу у вибірці.

Таким чином, отримані результати демонструють, що хоча сприйняте навантаження на доглядальника має значення у формуванні рівня сприйнятого стресу, проте внутрішні психологічні характеристики, у вигляді самоспівчуття, відіграють більш важливу роль. Це означає, що сприйняття стресу визначається не лише зовнішніми обставинами, у вигляді догляду за хворим родичем, а й значною мірою тим, як людина ставиться до себе, як саме вона сприймає власні емоції та підтримує себе у складних ситуаціях. Це, додатково, пояснюється і відсутністю взаємозв'язку між змінною «Шкала Бартел», яка відповідає за ступінь інвалідизації постінсультного родича, зі змінними «Навантаження на доглядальника», «Шкала сприйнятого стресу» та «Загальний бал самоспівчуття», що відображено в таблиці 3.11 результатів кореляційного аналізу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Проведення емпіричного дослідження дало змогу виявити рівень сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття у осіб, які доглядають за постінсультними родичами. Отримані дані були використані для подальшого аналізу взаємозв'язків між зазначеними характеристиками.

2. Проведений аналіз результатів порівняння груп доглядальників залежно від вікових та соціально-демографічних характеристик виявив певні відмінності. Залежно від статі, статусу зайнятості та тривалості догляду існують статистично значущі відмінності у рівні співчуття до себе та навантаження на доглядальника. Жінки характеризуються вищим рівнем сприйнятого навантаження та більшою схильністю до надмірної ідентифікації, ніж чоловіки. На відміну від жінок, чоловіки виснажуються від догляду менше та мають кращі навички у дистанціюванні від своїх негативних думок. Незначні, але помітні відмінності між жінками та чоловіками, за змінними «Загальна людяність» та «Ізоляція» вказують на те, що жінки схильні до більшої емпатії під час догляду і частіше відчують соціальну ізоляцію, ніж чоловіки. Доглядальники, котрі не мають постійної зайнятості характеризуються вищим рівнем навантаження, частіше відчують соціальну ізоляцію та частіше занурюються у свої переживання та негативні емоції, а також мають нижчі показники самоспівчуття ніж доглядальники з постійною зайнятістю. Незначні, але помітні відмінності за змінними «Шкала сприйнятого стресу» та «Усвідомленість» вказують на те, що доглядальники з постійною зайнятістю мають менший рівень сприйнятого стресу та вищий рівень усвідомленості, який дозволяє їм більш усвідомлено ставитися до своїх переживань. Досліджувані, котрі доглядають довготривалий період часу характеризуються вищими показниками навантаження на доглядальника, ніж ті, хто доглядає короткотривалий час. Незначні, але помітні відмінності за змінною «Загальна людяність» мають ті, хто має різну тривалість догляду на добу. Ті хто доглядає цілодобово мають вищі значення, ніж ті хто проводить частковий догляд. Вік доглядальника та родича, тип родинного зв'язку, рівень освіти та рівень інвалідизації не вплинули на появу статистично значущих відмінностей між

досліджуваними за рівнем сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття.

3. За допомогою кореляційного аналізу було досліджено взаємозв'язок між рівнем сприйнятого стресу, навантаженням на доглядальника та співчуттям до себе. Було встановлено статистично значущий взаємозв'язок між цими досліджуваними характеристиками. Встановлено, що з підвищенням сприйнятого навантаження у доглядальників зростає рівень сприйнятого стресу. Це вказує на зв'язок між фізичною та емоційною втомою, та рівнем стресу в осіб, що доглядають за постінсультними родичами. Чим більший рівень самоспівчуття, тим менший рівень сприйнятого стресу у досліджуваних. Самоспівчуття виступає захисним механізмом, який дозволяє зменшити негативний вплив переживань, що пов'язані з доглядом. Встановлено, чим нижчий рівень самоспівчуття у доглядальника тим вищий рівень навантаження від догляду. Тобто, особи з низьким рівнем самоспівчуття важче переживають виклики, що пов'язані з доглядом. Простий регресійний аналіз показав, що сприйняте навантаження на доглядальника має статистично значущий вплив на рівень стресу, проте невеликий коефіцієнт детермінації вказує на те, що цей чинник пояснює лише невелику частку варіації стресу серед доглядальників. Також було визначено, що співчуття до себе має статистично значущий вплив на рівень стресу і з огляду на коефіцієнт детермінації, цей вплив є більшим, ніж має навантаження на доглядальника. Згідно з результатами множинного регресійного аналізу було отримано достатньо великий коефіцієнт детермінації, який вказує на те, що самоспівчуття та навантаження на доглядальника разом пояснюють понад половину варіації рівня стресу, проте вплив самоспівчуття є більш вираженим. Тому можна вважати, що цей чинник відіграє вирішальну роль у процесі психологічної адаптації та формування рівня сприйнятого стресу.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Стрес – комплексний психофізіологічний стан, який має суттєвий вплив на психічне здоров'я та якість життя, а також є центральною реакцією на зміну звичного способу життя у доглядальників. Догляд за постінсультним родичем вимагає емоційної стійкості, а також достатніх фізичних зусиль. Інтенсивність сприйнятого стресу значною мірою залежить від особистісних особливостей доглядальника, зокрема від рівня самоспівчуття та здатності до емоційної регуляції тощо. Самоспівчуття виявляється ключовим захисним механізмом, який знижує негативний вплив стресу.

2. Було проведено емпіричне дослідження рівня сприйнятого стресу, співчуття до себе та рівня навантаження на доглядальника у осіб, що доглядають за постінсультними родичами. Дослідження відбувалося за допомогою таких діагностичних методик, як «Шкала сприйнятого стресу», «Шкала самоспівчуття», «Оцінка навантаження на доглядальника за шкалою Заріта».

3. Після проведення порівняльного аналізу груп доглядальників були отримані різні статистично значущі відмінності у навантаженні на доглядальника та у рівні самоспівчуття серед доглядальників, які відрізнялися за статтю, статусом зайнятості та тривалістю догляду. Жінки мають вищий рівень суб'єктивного сприйняття навантаження, на відміну від чоловіків. Чоловікам легше справлятися з фізичним аспектом догляду, а також вони легше реагують на свої негативні переживання, ніж жінки, виходячи з дослідження їх самоспівчуття. Доглядальники, котрі не мають постійної зайнятості мають вищі показники навантаження та нижчі показники співчуття до себе, ніж ті хто має постійну зайнятість. Ті хто має постійну роботу характеризуються менш вираженою тенденцією до соціальної ізоляції, а також вони менше зосереджуються на своїх внутрішніх емоційних переживаннях. Наявність постійної зайнятості забезпечує доглядальникам соціальну залученість та надає можливість тримати психологічну дистанцію від ситуації пов'язаної з доглядом, це у свою чергу знижує рівень емоційного навантаження. Доглядальники, котрі здійснюють цілодобовий догляд мають вищий рівень суб'єктивного навантаження від догляду. Тривалий догляд за постінсультним родичем вимагає

постійної участі, що супроводжується фізичною та емоційною втомою. Вік доглядальника та родича, тип родинного зв'язку, тривалість догляду впродовж доби, рівень освіти та ступінь інвалідизації не мали статистично значущого впливу на рівень сприйнятого стресу, навантаження на доглядальника та самоспівчуття серед досліджуваних.

4. Проведення кореляційного та регресійного аналізів дало змогу розширити розуміння характеру взаємозв'язку між рівнем сприйнятого стресу, навантаженням на доглядальника та самоспівчуттям, а також визначити ступінь впливу кожного з цих чинників у формуванні рівня сприйнятого стресу. Були отримані статистично значущі взаємозв'язки між цими змінними. Встановлено, що існує кореляція між збільшенням рівня сприйнятого навантаження та рівнем сприйнятого стресу. Догляд за постінсультним родичем буде провокувати у доглядальника збільшення рівня сприйнятого стресу, через збільшення обов'язків та зменшення фізичних та емоційних ресурсів. Встановлено, чим більший рівень самоспівчуття має доглядальник, тим у нього менший рівень сприйнятого стресу. Крім того, встановлено, що чим нижчий показник самоспівчуття у доглядальника, тим у нього більші показники сприйнятого навантаження. Регресійний аналіз підтвердив, що як і сприйняте навантаження, так і рівень самоспівчуття мають статистично значущий вплив на рівень сприйнятого стресу, проте вплив самоспівчуття є більш вагомим. Ступінь інвалідизації постінсультного родича не виявив істотного взаємозв'язку з психологічним станом доглядальників, що додатково підкреслює пріоритет особистісних характеристик у формуванні психоемоційного стану.

Таким чином, було емпірично доведено наявність відмінностей між досліджуваними залежно від соціально-демографічних характеристик, а також доведено взаємозв'язки між рівнем сприйнятого стресу, навантаженням на доглядальника і рівнем самоспівчуття, що підтверджує висунуту гіпотезу дослідження. Подальші дослідження можуть бути направлені на розширення вибірки та поглиблення вивчення чинників, що впливають на рівень стресу та навантаження на доглядальника.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 29 жовтня – Всесвітній день боротьби з інсультом. Відділення профілактики КНП «ОДКЛ» ХОР: веб сайт. URL: <https://odkl.kh.ua/ua/29-ghovtnya-vseshvny-deny-borotybi-z-insulytom#:~:text=У%202021%20році%20зафіксовано%205888,перенесли%20інсульт,%20у%202021%20р> (дата звернення: 03.05.2025)
2. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (pss-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*. 2022. № 2. С. 16–27.
3. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
4. Радченко О.М. Стрес та філософія життя Ганса Сельє (до 100-річчя з дня народження). *Медична гідрологія та реабілітація*. 2006. Т. 4, № 3. С. 6-8.
5. Шандора Сабо, Каталін Сабо, Оксана Заячківська. Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Наукове Товариство Шевченка, Львів, 2019. 120 с.
6. A systematic review of the educational experiences and needs of children with cancer returning to school / A. Martinez-Santos et al. *Journal of advanced nursing*. 2021. Vol. 77, no. 7. P. 2971–2994.
7. Bluth K., Blanton P. W. Mindfulness and self-compassion: exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of child and family studies*. 2013. Vol. 23, no. 7. P. 1298–1309.
8. Bluth K., Blanton P. W. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The journal of positive psychology*. 2014. Vol. 10, no. 3. P. 219–230.
9. Broxson J., Feliciano L. Understanding the impacts of caregiver stress. *Professional case management*. 2020. Vol. 25, no. 4. P. 213–219.
10. Burden of informal care in stroke survivors and its determinants: a prospective observational study in an Asian setting / Y. Wang et al. *BMC public health*. 2021. Vol. 21, no. 1.

11. Caregiver burden and associated factors among informal caregivers of stroke survivors / S. Achilike et al. *Journal of neuroscience nursing*. 2020. 52(6). P. 277-283.
12. Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: determinants and prediction / W. J. Kruithof et al. *Patient education and counseling*. 2016. Vol. 99, no. 10. P. 1632–1640.
13. Caregiver burden and its associated factors among primary caregivers of stroke survivors at Amhara regional state tertiary hospitals: a multicenter study / G. Bekele et al. *Frontiers in stroke*. 2023. Vol. 2.
14. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures / L. I. Pearlin et al. *The gerontologist*. 1990. Vol. 30, no. 5. P. 583–594.
15. Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors / K. Jaracz et al. *Archives of medical science*. 2014. Vol. 5. P. 941–950.
16. Chinese family caregivers of stroke survivors: determinants of caregiving burden within the first six months / Y. Han et al. *Journal of clinical nursing*. 2017. Vol. 26, no. 23-24. P. 4558–4566.
17. Cho H., Hwang Y. Social determinants of health and their impact on depression in family caregivers of those with dementia: the importance of intermediary determinants. *Alzheimer's & dementia*. 2025. Vol. 21, no. 6.
18. Comparison of the lived experiences of family caregivers of patients with dementia and of patients with cancer in Indonesia / M. S. Kristanti et al. *International psychogeriatrics*. 2017. Vol. 30, no. 6. P. 903–914.
19. Correlates of well-being among caregivers of long-term community-dwelling stroke survivors / R. Dankner et al. *International journal of rehabilitation research*. 2016. Vol. 39, no. 4. P. 326–330.
20. Depression, anxiety and sleep alterations in caregivers of persons with dementia after 1-year of COVID-19 pandemic / C. Bussè et al. *Frontiers in psychiatry*. 2022. Vol. 13.
21. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria / A. Á. Regueiro Martínez et al. *Atención primaria*. 2007. Vol. 39, no. 4. P. 185–188.

22. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India) / M. Bhattacharjee et al. *Annals of indian academy of neurology*. 2012. Vol. 15, no. 2. P. 113.
23. Gbiri C. A., Olawale O. A., Isaac S. O. Stroke management: informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2015. Vol. 58, no. 2. P. 98–103.
24. Good for the self: self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths / P. Muris et al. *Journal of child and family studies*. 2015. Vol. 25, no. 2. P. 607–617.
25. Haghighizadeh E., Omranifard V., Akouchekian S. Depression in main caregivers of dementia patients: prevalence and predictors. *Advanced biomedical research*. 2018. Vol. 7, no. 1. P. 34.
26. Hobfoll S. E. The ecology of stress. New York : Hemisphere publishing corporation, 1988. 350 p.
27. Implications of stroke for caregiver outcomes: findings from the ASPIRE-S study / S. Atteih et al. *International journal of stroke*. 2015. Vol. 10, no. 6. P. 918–923.
28. Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers / C. C. Caro et al. *Topics in stroke rehabilitation*. 2016. Vol. 24, no. 3. P. 194–199.
29. MacBeth A., Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012. Vol. 32, no. 6. P. 545–552.
30. Neff K. D. Self-Compassion: theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2022. Vol. 74, no. 1. P. 193-218.
31. Neff K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003. Vol. 2, no. 3. P. 223–250.
32. Neff K. D., Faso D. J. Self-Compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2014. Vol. 6, no. 4. P. 938–947.
33. Neff K. D., Vonk R. Self-Compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*. 2009. Vol. 77, no. 1. P. 23–

50.

34. Olai L., Borgquist L., Svärdsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Uppsala journal of medical sciences*. 2015. Vol. 120, no. 4. P. 290–298.

35. Quality of life, anxiety, depression and burden among stroke caregivers: a longitudinal, observational multicentre study / G. Pucciarelli et al. *Journal of advanced nursing*. 2018. Vol. 74, no. 8. P. 1875–1887.

36. Relationship between Activities of Daily Living of Home-Based Rehabilitation Users and Caregiver Burden-Induced Depression: A Retrospective Study / T. Ohashi et al. *Occupational Therapy International*. 2022. Vol. 2022. P. 1-5.

37. Schulz R., Sherwood P. R. Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of social work education*. 2008. Vol. 44, no. 3. P. 105–113.

38. Singh A. Sociodemographic predictors of care burden and psychological distress in schizophrenia. *Annals of indian psychiatry*. 2024. Vol. 8, no. 2. P. 104–109.

39. Sun X., Chan D. W., Chan L.-k. Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: exploring gender differences. *Personality and individual differences*. 2016. Vol. 101. P. 288–292.

40. The effect of online training based on stroke educational program on patient's quality of life and caregiver's care burden: a randomized controlled trial / A. M. Nazari et al. *BMC nursing*. 2024. Vol. 23, no. 1.

41. The global prevalence of depression and its associated factors among caregivers of stroke survivors. Updated systematic review and meta-analysis / T. T. Alemayehu et al. *Journal of public health*. 2025.

42. Vitaliano P. P., Zhang J., Scanlan J. M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2003. Vol. 129, no. 6. P. 946–972.

43. Walinga J., Stangor C. Introduction to psychology - 1st canadian edition. BCcampus Open Publishing, 2014.

44. Wu C., Skidmore E. R., Rodakowski J. Relationship consensus and caregiver burden in adults with cognitive impairments 6 months following stroke. *Pm&r*. 2019.

Vol. 11, no. 6. P. 597–603.

45. Yüzbaşıoğlu H.E., Fertelli T.K. Care Burden and Compassion in Caregivers of Stroke Survivors. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2024. Vol. 14. P. 385-392.
46. Zarit S. H., Bottigi K., Gaugler J. E. Caregivers, stress and. *Encyclopedia of stress*. 2007. P. 416–418.
47. Zarit S. H., Reeve K. E., Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980. Vol. 20, no. 6. P. 649–655.
48. Zhu W., Jiang Y. Determinants of caregiver burden of patients with haemorrhagic stroke in China. *International journal of nursing practice*. 2018. Vol. 25, no. 2. P. e12719.
49. Zulfiqar M. Relationship of Caregiver perceived stress and burden among stroke survivors: An Analytical study. *Journal of the dow university of health sciences*. 2023. Vol. 17, no. 2.

АНОТАЦІЯ

Вировець Д.О. Особливості взаємозв'язку стресу та співчуття до себе з рівнем навантаження у осіб, що доглядають за постінсультними родичами: кваліфікаційна робота магістра / Д.О. Вировець. - Харків: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2025. - 61 с.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню стресу у доглядальників за постінсультними родичами, а також його взаємозв'язку з самоспівчуттям та навантаженням на доглядальника. Робота включає вступ, три розділи та висновки. Містить 20 таблиць, 9 рисунків, список використаних джерел з 49 пунктів. У першому розділі представлений теоретичний аналіз феномену стресу, а також психологічних особливостей у осіб, що доглядають за постінсультними родичами. У другому розділі описана організація дослідження, надана характеристика вибірки, психодіагностичних методик та математико-статистичних методів. У дослідженні брали участь 61 особа віком від 18 до 78 років. У третьому розділі описані результати емпіричного дослідження відмінностей прояву стресу, співчуття до себе та навантаження у доглядальників залежно від соціально-демографічних характеристик, а також описані особливості взаємозв'язку цих психологічних показників.

Ключові слова: стрес, співчуття до себе, навантаження на доглядальника, догляд, інсульт, родич.

ANNOTATION

Vyrovets D.O. Peculiarities of the relationship between stress and self-compassion and the level of burden in individuals caring for post-stroke relatives / D.O. Vyrovets. - Kharkiv: V.N. Karazin Kharkiv National University, 2025. - 61 p.

The qualification work is devoted to the study of stress among caregivers of post-stroke relatives, as well as its relationship with self-compassion and caregiver burden. The work includes an introduction, three chapters, and conclusions. It contains 20 tables, 9 figures, and a list of 49 references. The first chapter presents a theoretical analysis of the phenomenon of stress and the psychological characteristics of individuals who care for post-stroke relatives. The second chapter describes the organization of the study, provides a

description of the sample, psychodiagnostic instruments, and mathematical-statistical methods. The study involved 61 participants aged 18 to 78. The third chapter presents the results of the empirical study, highlighting differences in stress, self-compassion, and caregiver burden depending on socio-demographic characteristics, and examines the interrelationships among these psychological indicators.

Keywords: stress, self-compassion, caregiver burden, caregiving, stroke, relative.