

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

Завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

лютого 2023 року

УДК 159.9:616.89

**ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІК
МАЙНДФУЛНЕС ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ СИМПТОМІВ ЕМОЦІЙНОГО
ВИГОРАННЯ У РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ**

Кваліфікаційна робота магістра
за освітньо-професійною програмою «Психологія»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:

студентка 665М групи

Горьковська Ірина Юріївна

Науковий керівник:

д.психол.н., професор

Лисенкова Ірина Петрівна

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – магістр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

лютого 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

Студентці **Горьковській Ірині Юрївні**.

1. Тема роботи: «Оцінка можливостей використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів» затверджена наказом Чорноморського національного університету імені Петра Могили № 206 від «10» листопада 2022 року.
2. Об'єкт дослідження – емоційне вигорання родичів онкопацієнтів.
3. Предмет дослідження – психологічні особливості використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання родичів онкопацієнтів.
4. Завдання дослідження:
 - 1) проаналізувати теоретичні підходи до вивчення проблеми особливостей психологічного стану родичів онкопацієнтів;
 - 2) дослідити сучасні підходи до визначення моделей емоційного вигорання у неформальних опікунів;
 - 3) узагальнити теоретичні засади та основні підходи до використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів;
 - 4) провести емпіричне дослідження для виявлення можливостей технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів;

5) розробити корекційну програму з використанням технік майндфулнес та перевірити її ефективність у зниженні симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів.

Науковий керівник роботи.

ПІП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Лисенкова Ірина Петрівна д.психол.н., професор, завідувачка кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	20 січня 2023 року _____

5. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи магістра (КМР)	Строк виконання етапів роботи
	Погодження керівником змісту КМР.	21.09.2022 р.
	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з п	09.10.2022 р.
	Робота над підготовкою тексту КМР.	
	Розділ 1. Теоретичні засади використання технік майндфулнес як психологічного втручання для зниження рівня дистресу та емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів.	20.10.2022 р.
	Розділ 2. Методологічна основа емпіричного дослідження емоційного вигорання родичів онкопацієнтів	25.11.2022 р.
	Розділ 3. Практичне застосування технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів.	08.12.2022 р.
	Висновки.	15.12.2022 р.
	Захист КМР на кафедрі (попередній захист).	23.01.2023 р.
	Захист КМР перед Екзаменаційною комісією.	21.02.2023 р.

Студентка

_____ Ірина ГОРЬКОВСЬКА
(підпис)

Науковий керівник

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІК МАЙНДФУЛНЕС ЯК ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ.....	7
1.1. Особливості психологічного стану членів родини онкологічних хворих, які здійснюють догляд за ними.....	7
1.2. Концепція емоційного вигорання у неформальних опікунів.....	11
1.3. Ключові поняття і техніки майндфулнес та їх використання в практиці психологічної допомоги.....	22
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ	36
2.1 Аналіз методів та психодіагностичного інструментарію дослідження	36
2.2. Характеристика вибірки та основних організаційних аспектів емпіричного дослідження.....	43
2.3. Особливості формування емоційного вигорання опікунів онкопацієнтів.....	47
2.4. Статистично значимі розбіжності симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів.....	58
Висновки до другого розділу.....	62
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК МАЙНДФУЛНЕС ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ СИМПТОМІВ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ.....	65

3.1. Техніки майндфулнес: програма інтервенції.....	65
3.2. Ефективність інтервенції.....	79
Висновки до третього розділу.....	83
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСКИ ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	105

ВСТУП

Актуальність дослідження. Захворюваність на рак в Україні і всьому світі постійно зростає. І відповідальність за догляд за онкохворими пацієнтами падає на їхніх родичів, так званих неформальних опікунів. Родичі онкохворих пацієнтів приділяють багато часу та енергії турботі про своїх близьких, але рідко піклуються про себе, і часто відчують більший рівень дистресу, ніж особа, про яку вони піклуються, що може призвести до емоційного вигорання. Емоційне вигорання це стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, яке негативно впливає на якість життя родичів онкопацієнтів і може привести до погіршення якості догляду за онкохворою особою.

Хоча концепція емоційного вигорання в основному використовується у вивченні фізичного і ментального здоров'я у працюючих, в сучасній науковій літературі є розуміння того, що вигорання може виникнути і поза професійним контекстом. Багато зарубіжних дослідників звертали увагу що члени родини, які є неформальними опікунами для родичів, що мають тяжкі хронічні захворювання, переживають високий рівень хронічного стресу, який спричиняє комплекс проблем з їх фізичним і ментальним здоров'ям, в тому числі емоційне вигорання: M.I. Broese van Groenou, L.I. Pearlin, S.J. Semple, S. Sörensen, P. Duberstein, D. Gill, M. Pinquart, R.D. Adelman, M. Vansteenkiste, T. Loeys, A. Cano, E. Lauwerier, L.L. Verhofstadt, E. Demerouti, A.B. Bakker, F. Nachreiner, L.J. Hodges, G.M. Humphris, G. Macfarlane. В Україні особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічних хворих досліджувала І.Р. Мухаровська, але немає спеціальних досліджень присвячених саме емоційному вигоранню та шляхам його подолання.

Існує також нагальна потреба краще відповідати на проблеми психічного здоров'я неформальних опікунів і забезпечити короткі, економічно ефективні психологічні втручання, щоб зменшити рівень стресу і втомити опікунів і підвищити якість їхнього життя. В США і країнах Західної Європи та Азії популярні психологічні інтервенції з використанням технік майндфулнес, і дослідниками було розроблено багато дистанційних програм,

які базуються на інтернет технологіях і дозволяють учасникам цих програм проходити їх самостійно в зручний для себе час. На жаль, в Україні неформальні опікуни онкохворих пацієнтів не отримують належної доступної психологічної допомоги. Всі вище описані фактори й зумовлюють актуальність магістерського дослідження «Оцінка можливостей використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні чинники і симптоми емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів, та способи його корекції за допомогою технік майндфулнес.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

1) проаналізувати теоретичні підходи до вивчення проблеми особливостей психологічного стану родичів онкопацієнтів;

2) дослідити сучасні підходи до визначення моделей емоційного вигорання у неформальних опікунів;

3) узагальнити теоретичні засади та основні підходи до використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів;

4) провести емпіричне дослідження для виявлення можливостей технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів;

5) розробити корекційну програму з використанням технік майндфулнес та перевірити її ефективність у зниженні симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів.

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання родичів онкопацієнтів.

Предметом дослідження виступають психологічні особливості використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання родичів онкопацієнтів.

Методи дослідження. Для реалізації мети і виконання поставлених завдань використовувалися наступні групи методів: *теоретичні* (аналіз

наукових джерел, порівняння та узагальнення даних досліджень по темі), *емпіричні* (тестування, констатувальний та формувальний експеримент), *методи обробки даних* (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); *математико-статистичні методи* (критерій Колмогорова-Смірнова, U-критерій Манна-Уїтні, та кореляційний аналіз Пірсона). Під час проведення експериментального дослідження використовувалися наступні *психологічні методика, тести та опитувальники*: опитувальник для оцінки симптомів емоційного вигорання К. Маслач, С. Джексона, опитувальник для визначення психічного стану особистості «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге, опитувальник для визначення індекса задоволення життям (LSI A), методика для діагностики стану стресу К. Шрайнера; тест Спілбергера-Ханіна «Діагностика тривожності».

Експериментальна база дослідження. Знайомство з потенційними учасниками дослідження відбувалось на території медичних закладів, де онкохворі родичі досліджуваних проходили амбулаторне або стаціонарне лікування, а збір емпіричних матеріалів та тренінги проводилися з використанням мережі Інтернет. Вибірку дослідження склали 50 осіб, 16 чоловіків та 34 жінки віком від 26 до 40 років.

Теоретична та практична значущість. Теоретичне значення дослідження полягає в розкритті проблеми емоційного вигорання у непрофесійній сфері серед членів родини, які залучені до догляду своїх онкохворих родичів в Україні. Практичне значення роботи полягає в тому, що розроблена програма може бути використана при організації психологічної допомоги родичам онкохворих пацієнтів при онкодиспансерах і для самостійних занять членів сім'ї онкохворих для зниження симптомів стресу, щоб запобігти розвитку емоційного вигорання.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження доповідались та обговорювались на конференціях:

Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання — 2022: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти (2022, Миколаїв)», IV Міжнародна науково-практична конференція “SCIENTIFIC RESEARCH IN THE MODERN WORLD” 9-11.02.2023 Торонто, Канада; та було викладено у статті в періодичному науковому фаховому журналі *Habitus*, випуск № 44 (2022)

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 3 публікаціях, з них: 1 стаття опублікована у фаховому науковому виданні України категорії Б, 2 тези у збірниках матеріалів конференцій.

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікованої роботи магістра становить 117 сторінок, основний зміст викладено на 85 сторінках. Робота містить 14 таблиць, 10 рисунків, 6 додатків. Список використаних джерел складає 120 праць українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІК МАЙНДФУЛНЕС ЯК ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ДИСТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ

1.1 Особливості психологічного стану членів родини онкологічних хворих, які здійснюють догляд за ними

Згідно з оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2019 році, рак лідирує серед основних причин смерті у віці до 70 років у 112 із 183 країн світу, в тому числі і в Україні [50].

За стандартизованим показником (світовий стандарт населення) рівень загальної захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні у 2020 році становив 186,5 на 100 тис. населення обох статей, або 215,6 на 100 тис. чоловічого населення та 173,9 на 100 тис. жіночого населення. Стандартизовані показники смертності (за світовим стандартом населення) від злоякісних новоутворень 2020 року становили 84,4 на 100 тис. населення обох статей, або 120,1 на 100 тис. чоловічого населення та 62,3 на 100 тис. жіночого населення.

Загальна кількість осіб, які наприкінці 2021 року перебувають на обліку в онкологічних закладах України (загальна розповсюдженість, загальні контингенти хворих), становить 1 077 865, з них найбільш численна група – 17,7 % – це пацієнти з немеланомними (переважно неагресивними) злоякісними новоутвореннями шкіри. Окрім цієї групи, 52,0 % всіх чоловіків, які перебувають на онкологічному обліку, складають пацієнти зі злоякісними новоутвореннями передміхурової залози, сечового міхура, колоректальними раками, злоякісними новоутвореннями легень, нирок, шлунка та гортані, а майже половину (48,2 %) загальної кількості жінок, що перебувають на

онкологічному обліку, складають хворі на злоякісні новоутворення грудної залози, шийки та тіла матки і яєчника [5].

Рак — тяжка хронічна хвороба, лікування складне і пацієнти, особливо похилого віку, або діти, потребують догляду, відповідальність за який в основному падає на родичів хворих, тобто “неформальних опікунів”, які відіграють важливу роль у підтримці онкологічних хворих на кожному етапі розвитку хвороби. На відміну від формальних опікунів (соціальних працівників, медичних працівників), для яких догляд за хворими це оплачувана робота, неформальні опікуни надають неоплачуваний догляд пацієнтами з онкологічними хворобами, захищають своїх близьких, надаючи їм емоційне заохочення та допомагаючи в самообслуговуванні.

Наприклад, І.В. Мухаровська зазначає, що близько 7 членів родини займаються підтримкою та допомагають кожному онкохворому [4]. Неформальний догляд за пацієнтами може бути покладений на сім'ю з багатьох різних причин, включаючи традиції, брак офіційного догляду або відсутність фінансових ресурсів, щоб їх дозволити.

Неформальні опікуни альтруїстично мотивовані, і допомагають, тому що вони відчувають любов, турботу та відповідальність за своїх онкохворих родичів і бажають зменшити їхні страждання. Співчуття до страждань є сильним мотивом щоб допомагати близьким людям і впливає на якість та інтенсивність догляду. Тому опікуни часто приділяють багато часу та енергії турботі про своїх близьких, але рідко піклуються про себе.

Догляд за хворим пацієнтом включає низку заходів, які можуть спричинити особисті проблеми та витрати в житті опікунів. Деякі з цих заходів підтримки онкохворих родичів включають допомогу в емоційному благополуччі та повсякденній діяльності, виконання рекомендацій щодо лікування та допомогу в прийнятті важливих медичних рішень.

Ця неоплачувана праця неформальних опікунів несе глибоке особисте навантаження, часто включає збої в навчанні чи кар'єрних планах, рольові конфлікти, ізоляцію та низку хронічних фізичних і психічних

захворювань [17]. Хронічний стрес, пов'язаний з доглядом за хворим на рак, може навіть викликати в опікунів посилення запальних реакцій і захворювань, таких як системне запалення, дисфункція імунної системи, гіпертонія та серцево-судинні захворювання [19].

Цікаво, що є дані досліджень в США, які показують, що неформальні опікуни, які здійснюють догляд за онкохворими, часто відчують більший рівень дистресу, ніж особа, про яку вони піклуються. Наприклад, результати дослідження 2003 року, яке вивчало психологічні проблеми осіб, які доглядають за хворими, і тих, хто пережив рак ($N = 270$), показали, що неформальні опікуни повідомляли про більший психологічний стрес і страх щодо діагнозу раку, ніж самі хворі на рак [80].

Також у 2012 році Lambert і його колеги провели однорічне довгострокове дослідження серед осіб, які доглядають за хворими на рак ($N = 436$), і результати показали, що симптоми тривоги у неформальних опікунів зменшилися протягом року, але симптоми депресії залишалися стабільними [114]. Нарешті, L.J.Hodges, G.M. Humphris і G. Macfarlane провели мета-аналіз, досліджуючи відмінності психологічного дистресу у хворих на рак та осіб, які за ними доглядають. Результати показали, що особи, які доглядають за хворими, відчували більший психологічний стрес, ніж хворі на рак, під час лікування [59].

Але перевантажені опікуни рідко звертаються за психологічною допомогою щоб покращити своє емоційне благополуччя. В той же час, сильний дистрес може призвести до погіршення здоров'я опікунів, що зменшує їхню здатність ефективно доглядати своїх близьких [36, 49, 95]. Враховуючи значний взаємний емоційний зв'язок між онкохворими пацієнтами та їх родичами, вкрай важливо пропонувати неформальним опікунам психосоціальну та освітню підтримку для покращення якості їх життя та фізичного і психічного здоров'я. Таким чином, ці дослідження психологічних проблем, які виникають у неофіційних опікунів хворих на рак, підкреслюють необхідність втручань, щоб допомогти полегшити симптоми

хронічного стресу, депресивних станів та тривоги, які можуть призвести до емоційного вигорання.

Крім переживання хронічного стресу та обмеженої соціальної підтримки, інші потенційні фактори, які впливають на якість життя неформальних опікунів, включають їх соціально-економічний статус і тип напруження, який вони відчувають (наприклад, суб'єктивний тягар) [57].

Фактори ризику для виникнення тягара доглядальників включають:

- жіночу стать;
- низький рівень формальної освіти;
- проживання з особою за якою доглядають;
- велику кількість годин, які витрачаються на догляд;
- депресію;
- соціальну ізоляцію;
- фінансовий стрес;
- відсутність вибору чи доглядати за близькою людиною самостійно чи довірити догляд професіоналу.

Соціально-економічний статус опікунів може вплинути на типи ресурсів, до яких вони мають доступ для надання допомоги. Наприклад, опікуни з низьким соціально-економічним статусом мають обмежені можливості щодо ресурсів, таких як допомога вдома з домашніми обов'язками і, отже, мають значний вплив на навантаження на опікунів [45].

У середньому доглядальники, які живуть зі своїм онкохворими родичами, витрачають приблизно 30 годин на тиждень на догляд, і їм часто доводиться відриватися від оплачуваної роботи. Так, наприклад, дослідження проведене в США в 2021 році яке вивчало зайнятість неформальних опікунів, які доглядали за онкологічними хворими, встановило, що працюючі опікуни, які доглядають за онкологічними хворими, в середньому надавали значно менше годин догляду на тиждень, ніж ті, хто не працював (23,4 проти 42,5 годин на тиждень), але в середньому забезпечували майже еквівалентну об'єм догляду. Майже половина (48 %) працюючих опікунів, які доглядають

за онкологічними захворюваннями, повідомили, що вони запізнювалися на роботу, йшли раніше або звільнялися з роботи, щоб пристосуватися до догляду, тоді як 24 % скоротили робочі години або перейшли з повного робочого дня на неповний робочий день і 11 % пішли на пенсію достроково або зовсім кинули роботу [77].

Таким чином, неофіційний догляд вважається роботою на повний робочий день з обмеженою зовнішньою підтримкою, яка надається для допомоги в щоденному догляді за членами сім'ї, що негативно впливає на фізичне та психологічне благополуччя неформальних опікунів [38].

Проблема також в тому, що перебуваючи під дією постійного стресу, неформальні опікуни часто схильні зневажати свої власні фізичні, емоціональні та ментальні потреби, що призводить до емоційного вигорання, тобто, стану фізичного, емоційного та психічного виснаження, що може супроводжуватися зміною ставлення до онкохворого від позитивного та турботливого до негативного та байдужого. Таке вигорання може виникнути, коли опікуни намагаються зробити більше, ніж можуть, фізично чи фінансово, або не отримують необхідної допомоги.

Існує нагальна потреба краще відповідати на проблеми психічного здоров'я неформальних опікунів і забезпечити короткі, економічно ефективні втручання, щоб зменшити втому опікунів і підвищити якість життя. На жаль, в Україні опікуни онкохворих пацієнтів не отримують належної психологічної допомоги при онкодиспансерах, в зв'язку з чим існує гостра потреба у розвитку такої психологічної служби в медичних закладах.

1.2. Концепція емоційного вигорання у неформальних опікунів

Вигорання – це тривимірний синдром у відповідь на хронічний стрес [79]. Ця концепція в основному використовується у вивченні фізичного і ментального здоров'я у працюючих, але цікаво відзначити, що одне з перших клінічних спостережень, яке вивчало цю проблему, ґрунтувалося не на

працівниках, а на волонтерах у центрі підтримки [99]. Це був перший крок у розумінні того, що вигорання може виникнути поза професійним контекстом. Пізніше це спостереження призвело до розгляду вигорання в інших умовах, наприклад серед батьків [86] або студентів [52, 86].

Перше згадування про вигорання в умовах неформального догляду було зроблено в 1986 році. Дослідження привернуло увагу до «синдрому вигорання подружжя», оскільки деякі подружжя пацієнтів із хронічними захворюваннями демонстрували симптоми, подібні до тих, які відчували офіційні опікуни під час вигорання [41]. Незважаючи на багатообіцяючі перспективи, цьому аспекту тривалий час приділялося мало уваги. Однак, починаючи з 2000-х років, зростає кількість досліджень, які адаптують показники вигорання для оцінки емоційної напруги неофіційних опікунів. Відповідно до дослідження Екберга в 1986 році, ці дослідження підкреслили, що деякі неофіційні опікуни стикаються з навантаженнями, які можна порівняти з досвідом професійного вигорання [25, 109].

З цієї точки зору вигорання опікуна можна визначити як тривимірний синдром у відповідь на стрес, який може виникати під час догляду за онкохворим. Емоційне виснаження можна визначити як відчуття перевантаження і неможливості продовження виконання обов'язків, емоційного виснаження, коли людина стикається з ситуацією догляду та спілкуванням з тим, кого вона доглядає [29, 51]. Деперсоналізація описує відсторонену реакцію у стосунках з особою, про яку піклуються. Доведене до крайності, це може дійти аж до реіфікації останнього.

Особисті досягнення охоплюють позитивний вимір досвіду допомоги. Цей вимір особистих досягнень виходить за рамки поняття оцінювання, підкреслюючи, що особа, яка здійснює догляд, може отримати відчуття задоволення завдяки своїй роботі з догляду та знайти в ній сенс [35]. У контексті вигорання це позитивне відчуття власних досягнень має тенденцію до зменшення.

Звичайно, цю тривимірну транспозицію вигорання необхідно дослідити емпірично. Незважаючи на те, що це лише непрямий показник, дослідження, які перенесли вимірювання вигорання в контекст неформальної допомоги, здається, не мають серйозних психометричних проблем, а показники внутрішньої узгодженості здаються порівнянними з тими, що містяться в літературі про професійне вигорання [24, 70]. У літературі емоційне виснаження часто виділяється в дослідженнях психічних станів неформальних опікунів під заголовком загального виснаження. Це виснаження може виникнути як на фізичному, так і на психічному рівнях, але залишається передусім емоційним за своєю природою [47].

Існує мало доказів випадків деперсоналізації в контексті неформального догляду, за винятком досліджень, які адаптували шкалу вигорання Маслач, що є найбільш часто використовуваною шкалою вигорання. Інші дослідження показали, що деякі неформальні опікуни дотримуються емоційної та психологічної дистанції між собою та особою, про яку вони піклуються, щоб зберегти себе [35]. Ця дистанція може приймати форму більш прагматичного та дистанційного стилю догляду та стосунків під впливом значного стресу.

Особисті досягнення досліджувалися з точки зору особистісного зростання в процесі виконання ролі опікуна, позитивного впливу на одержувача догляду та відчуття опікунів наскільки вони діють відповідно до своїх цінностей [35]. Незважаючи на те, що позитивний і негативний вплив неформальної опіки є пов'язаними, негативний досвід опіки може не впливати на позитивний вплив [14, 94]. Усі ці елементи свідчать про те, що неформальне вигорання опікунів є багатообіцяючою концепцією для оцінки впливу опіки на психічне здоров'я.

Незважаючи на цю багатообіцяючу позицію, література, що вивчає негативний вплив неформального догляду, залишається зосередженою на концепції суб'єктивного навантаження (тягаря). Суб'єктивне навантаження – це суб'єктивна оцінка стресу, який може виникати в ситуації надання допомоги іншим людям. Це оцінка опікуном об'єктивного досвіду [14, 47].

Незважаючи на це, здавалося б, чітке визначення, концепція тягара була піддана сильній критиці, при цьому дослідники вказували на те, що тягар залишається погано визначеним, а його оцінка надто розпливчастою [83].

Залежно від визначення, використаного авторами, суб'єктивний тягар може стосуватися фізичних, психологічних, емоційних, соціальних та/або фінансових наслідків догляду. Ця концептуальна неоднорідність призводить до різноманітних форм оцінювання [110] і робить його використання в державній політиці чи дослідженнях надто неоднозначним [16]. Занадто різнорідне визначення концепції ускладнює чіткі висновки. Сприяючи цій плутанині, автори використовують поняття суб'єктивного тягара та вигорання опікуна без розрізнення, вимірюючи тягар і повідомляючи, що вони виміряли вигорання (і навпаки) [72, 101, 40].

Декілька дослідників концептуалізували та оцінили моделі вигорання, щоб зрозуміти, як виникає стрес під час догляду та його вплив на людину. Найбільш досліджуваними є дві моделі. Перша з них, яка широко використовується, це модель процесу стресу, а друга – це модель оцінки [14, 28]. Поєднання цих двох моделей було запропоновано Sörensen та ін. в 2006 році в «Моделі стресу та тягара опікуна», інтегративної моделі стресу опікуна у випадку нейродегенеративного захворювання [36].

Модель розбиває процес на шість різних взаємодіючих елементів (див. рис. 1.1), таких як:

- первинні стресори;
- вторинні стресори;
- оцінка;
- результати;
- фактори, що погіршують і пом'якшують вплив стресорів;
- передумови та контекстуальні фактори.

Первинні стресори (1) – це всі об'єктивні елементи в ситуаціях надання догляду, такі як тип та інтенсивність симптомів, завдання, які потрібно виконати, або інтенсивність (годин на тиждень, витрачених на надання

догляд). Ці первинні стресори викликають (2) вторинні стресори, наслідки об'єктивних факторів (наприклад, відсутність вільного часу, сімейні конфлікти, фінансова напруга). Це посередники між основними стресорами та (3) оцінкою. Оцінка – це суб'єктивна оцінка опікунами своєї ситуації. Відповідно до теорії Р.Лазаруса та С.Фолкман, це оцінка рівноваги між вимогами та ресурсами [71]. Така оцінка призводить до (4) результатів. Ці наслідки є психосоціальними (наприклад, депресія чи самопочуття), але також можуть бути поведінковими (наприклад, вживання високих доз кофеїну, транквілізаторів, та інших ліків) або фізіологічними (наприклад, проблеми зі здоров'ям, пов'язані з хронічним стресом).

На цю лінійну послідовність впливають (5) фактори, що погіршують і пом'якшують цей вплив. Це всі елементи, крім первинних і вторинних стресорів, які змінюють зв'язки між змінними. Стратегії подолання, особистісні аспекти та інші ресурси є одними з факторів, що змінюють відносини між первинними та вторинними стресорами, оцінкою та результатами. Нарешті, (6) передумови та контекстуальні фактори, такі як соціально-демографічні та культурні чи етнічні детермінанти, формують досвід опікуна.

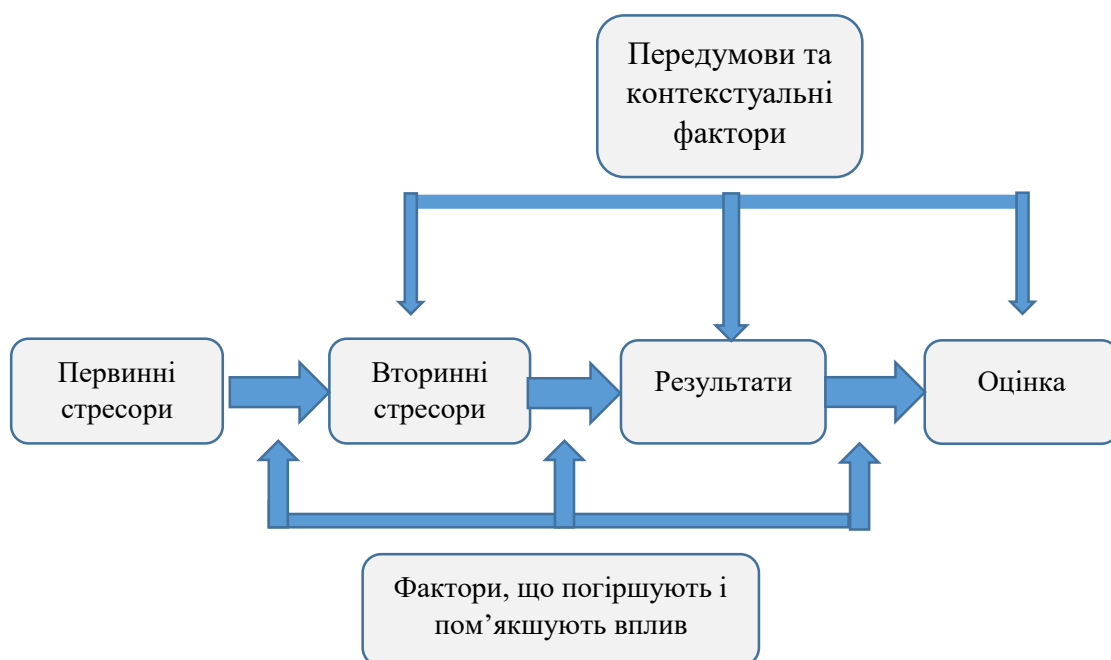


Рис.1.1. Модель стресу та навантаження опікуна

Модель стресу та тягара опікуна та дві інші моделі, з яких вона бере початок, роблять важливе розрізнення між первинними та вторинними стресорами, визнаючи особливу роль первинних стресорів та їхніх наслідків [28]. Вони також підкреслюють центральну посередницьку роль оцінки між об'єктивними стресорами та результатами [14]. Однак ця модель зосереджена лише на стресі викликаному процесом надання догляду. Психологічні та соціальні детермінанти опікунів вважаються периферійними, хоча вони відіграють важливу роль у їхній оцінці та досвіді напруги догляду [27]. Діада не враховується, і нехтується зв'язок між напругою догляду та стосунками з тим, кого доглядають (реципієнтом) [108]. Оцінка визначається лише вторинними стресорами та фоновими факторами, однак первинні стресори, стосунки з реципієнтом та індивідуальні характеристики опікуна також можуть впливати на цю оцінку [117].

Диспозиційні та ситуативні стратегії подолання не включені явно в модель, навіть якщо вона заснована на роботі Р.Лазаруса та С.Фолкман, і незважаючи на вирішальну роль, яку відіграють стратегії подолання в регулюванні стресу, який виникає в процесі надання догляду [95]. Суб'єктивне навантаження (тягар) розглядається як результат, а не як оцінка. Нарешті, існує кілька циклів зворотного зв'язку, які свідчать про те, що всі елементи моделі стресу, викликаного наданням догляду, призводять до результатів без будь-якого впливу цих результатів на процес надання догляду (опіки) в свою чергу.

У літературі про професійне вигорання існує також модель, яка синтезує те, як вигорання проявляється в професійному контексті — це модель вимог до роботи та ресурсів [107]. Ця модель представляє вигорання як двовимірний процес. З одного боку, є виснаження, зниження рівня енергії та виснаження емоційних ресурсів опікуна. З іншого боку, є залученість у роботу, готовність інтенсивно працювати та знаходити нові позитивні та конструктивні виклики

в роботі. З цієї точки зору, вигорання є спричиненим вимогами (стресовими факторами) і зменшується ресурсами (див. рис.1.2.).

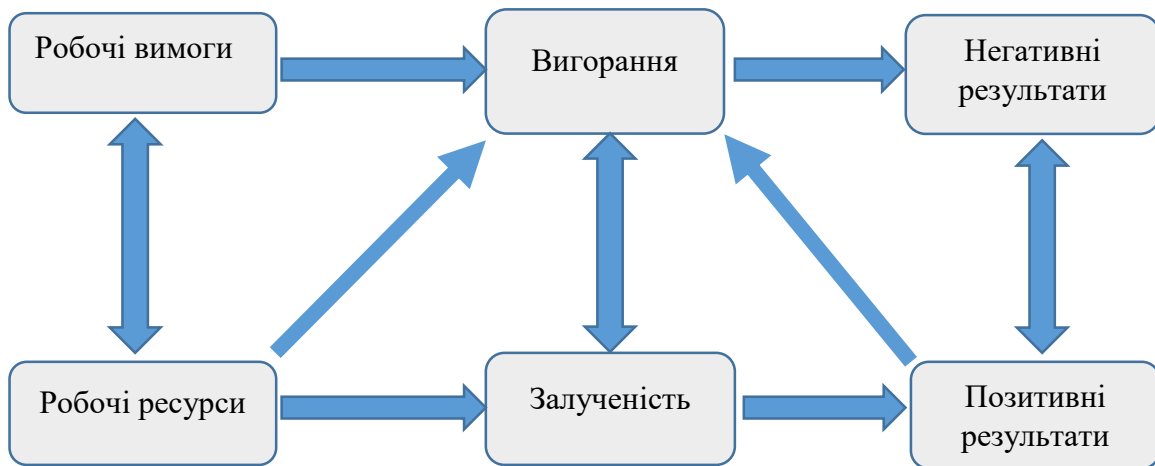


Рис 1.2. Модель вимог і ресурсів до роботи

Ця модель представляє роль вигорання як посередника між вимогами/ресурсами та результатами: стресори (і ресурси) безпосередньо впливають на вигорання, що, у свою чергу, спричиняє результати. Це також дає зрозуміти, що негативні процеси (наприклад, вигорання) не нівелюють позитивних [21]. Модель говорить про рівновагу між вимогами та ресурсами, хоча це не було оцінено безпосередньо, за винятком вигорання батьків, дослідженням якого займалася М. Mikolajczak [86]. Саме дисбаланс між постійними вимогами та недостатніми ресурсами зрештою призводить до емоційного вигорання. Хоча цей баланс є ключовим елементом моделі вимог до роботи та ресурсів, він не включений безпосередньо в модель, але натомість підкреслюється безпосередній вплив вимог і ресурсів. Однак цей баланс можна розглядати як подібний до оцінки Р.Лазаруса та С.Фолкман, яка явно включена до моделей стресу, викликаного наданням догляду.

Перевантаження, яке спостерігається в неформальному догляді, має наслідки для здоров'я опікунів, що знижує якість самого догляду за хворим. Ефекти та наслідки синдрому емоційного вигорання можуть розвинути у дві

основні ситуації: психічну (низька самооцінка, виснаження, тривога, розчарування, відсутність концентрації уваги та клінічні прояви, такі як головний біль, безсоння, біль та шлунково-кишкові проблеми) та поведінкову (вживання кофеїну, транквілізаторів та дозволених ліків, що містять наркотичні речовини) [93].

Протягом багатьох років було добре задокументовано психологічний вплив догляду за членом родини, хворим на рак [23, 73, 74]. Тривога та депресія є двома проблемами, про які найчастіше повідомляють опікуни, за оцінками, депресія становить 39 %, а тривога – 40 % [58, 98]. У кількох дослідженнях було виявлено, що навантаження на психічне здоров'я сім'ї, яка доглядає, перевищувало навантаження на пацієнта з раком [80, 81, 84]. Було показано, що рівень тривоги, депресії, стресу та напруги у осіб, які доглядають за ними, зростає, коли функціональний стан пацієнта погіршується та коли пацієнт наближається до смерті [9, 23, 73, 74, 118].

Мета-аналізи, які досліджували взаємозв'язок між психологічним дистресом хворих на рак та їхніми основними опікунами, виявили, що їх реакція на рак була взаємозалежною; кожна особа вплинула на рівень емоційного благополуччя іншої [59].

У міру того як збільшувалася кількість досліджень про осіб, які доглядають за хворими на рак, були визначені прогностичні змінні для проблем психічного здоров'я серед таких опікунів. Змінні, які впливають на симптоми депресії це вік опікуна, стать, стосунки з пацієнтом, тривалість часу в якості опікуна та тип раку пацієнта. Крім того, виявляється, що депресія у опікунів може бути викликана в результаті депривації сну, погіршення власного здоров'я, сприйнятого тягаря догляду, змін у ролях, обов'язках і дозвіллі опікунів, а також до втручань у спосіб життя та соціальної ізоляції [95, 73, 75].

Однак набагато менше відомо про втому, яку відчувають опікуни хворих на рак. Родина, друзі та інші особи, які доглядають за хворими на рак, надають повну допомогу своїм близьким людям, яка включає багато обов'язків, що

призводить до виникнення почуття втоми, викликаного наданням фізичної допомоги хворому на рак, психічним стресом від того, що дорога людина проходить лікування раку, і занепокоєнням щодо результату лікування. Втома доглядальників пов'язана з фізичним виснаженням, емоційним вигоранням та втомою від співчуття. Вищі показники втоми неформального опікуна асоціюються з посиленням депресії, тривоги та порушеннями сну [34, 97, 44, 33].

Коли онкологічне захворювання пацієнта переходить у термінальну стадію, це створює нові проблеми для опікунів, збільшуючи навантаження на них і негативно впливаючи на них емоційно, фізично, і психосоціально. Пацієнт відчуває себе все більш хворим і більше залежить від родичів, що його доглядають, що призводить до більшого емоційного дистресу для них. Коли вимоги до опікуна перевищують його здатність впоратися з ними, це призводить до емоційного вигорання, яке часто проявляється у вигляді втоми.

Таким чином, емоційне вигорання в неформальних опікунів негативно впливає як на якість життя опікунів, так і на якість догляду за онкохворими. Існує нагальна потреба краще відповідати на проблеми психічного здоров'я опікунів і забезпечити короткі, економічно ефективні втручання, щоб зменшити психологічне навантаження опікунів і підвищити якість їхнього життя.

Оскільки у більшості опікунів відсутні навички протидії стресу, викликаного онкопатологією у близької людини, існує потреба у розвитку психологічної служби в медичних закладах, які надають допомогу онкохворим, таким чином, щоб була можливість надавати також психологічну допомогу і родичам онкохворих пацієнтів. Завданням такої психологічної служби мало би бути надання інформації про особливості психологічних станів у неформальних опікунів та навчання їх навичкам емоційної саморегуляції.

Особи, які доглядають за онкохворими родичами, часто переобтяжені обов'язками з догляду, тому їм може не вистачати часу чи енергії відвідувати

традиційні групові заняття. Окрім того, що вони часто відчують себе фізично втомленими, існують ще і логістичні бар'єри, такі як відстань, відсутність транспорту та наявність труднощів з дотриманням сталого розпорядку дня, можуть бути причинами пропуску групових та індивідуальних занять, або навіть відмови брати участь у таких групах. Крім того, заняття є платними і недоступні в сільській місцевості, що є ще однією важливою перешкодою для широкого поширення. Отже, необхідні ефективні, недорогі та зручні психологічні втручання, які відповідають потребам неформальних опікунів.

В західній Європі і США, з розвитком інформаційних технологій надання психологічної допомоги особам, які доглядають важкохворих, поступово перейшло від формату особистого спілкування до форматів телемедицини, електронного здоров'я (англ. eHealth) або мобільного здоров'я (англ. mHealth) [11]. Мобільні технології стали важливою платформою для проведення психологічних інтервенцій. mHealth пропонує інноваційний спосіб надання доступу до лікування за допомогою мобільних технологій, таких як мобільні телефони, кишенькові планшети та інші бездротові пристрої. Завдяки широкому поширенню смартфонів мають великий потенціал для надання економічно ефективних заходів, які можна легко інтегрувати в життя людей, які доглядають за тяжкохворими близькими родичами, і не можуть відвідувати регулярні очні заняття.

Численні дослідження з цієї теми показали, що впровадження технологічних втручань для полегшення зручного доступу до допоміжних ресурсів є здійсненим, корисним і прийнятним, і що вони можуть покращити взаємодію між особами, які здійснюють догляд, і медичними працівниками, спільне прийняття рішень, особисте благополуччя, соціальну підтримку, діадичне спілкування та стосунки з хворими на рак [7, 15, 43]. Це особливо важливо для неформальних опікунів і хворих на рак, які мають труднощі з транспортуванням.

Рандомізовані контрольовані дослідження продемонстрували, що втручання в режимі відеоконференції може суттєво полегшити страждання та тривожність неформальних опікунів, яким в іншому випадку знадобилося багато часу, щоб доїхати до медичної установи [113]. Такі дистанційні втручання набули поширення під час пандемії COVID-19, оскільки вони були більш придатним для опікунів і пацієнтів. Проте оптимальний зміст і обсяг технологічно опосередкованих допоміжних втручань для опікунів потребує подальшого визначення в майбутніх дослідженнях.

Останнім часом, великого поширення в клінічній практиці надання допомоги неформальним опікунам в зарубіжних країнах набуло використання технік майндфулнес, які заклали основу для розвитку таких клінічно доказових терапевтичних втручань як когнітивна терапія базована на майндфулнес (англ. MBCT) і зниження стресу на основі майндфулнес (англ. MBSR). Обидва типи втручань були попередньо неодноразово випробувані особами, що здійснюють неформальний догляд за тяжкохворими в окремих дослідженнях, і були визнані ефективними для зменшення стресу та покращення ментального та фізичного здоров'я [70, 87, 89].

У MBSR опікуни дізнаються про те, як прийняти усвідомленість, щоб реагувати на стресові фактори, які виникають при догляді за хворими. У MBCT опікуни дізнаються більше про те, як позбутися своїх негативних моделей мислення за допомогою методів усвідомленості та когнітивно-поведінкової терапії.

Також існують програми, де опікунів навчають навичкам самодопомоги, використовуючи як прості формальні, так і неформальні техніки, яким вони можуть навчитися самостійно за допомогою аудіозаписів і письмових інструкцій (англ. manuals, worksheets). Численні дослідження показали що практикування технік усвідомленості сприяє поліпшенню психічного здоров'я та благополуччя, зниженню симптомів емоційного вигорання і посиленню емпатії.

1.3. Ключові поняття і техніки майндфулнес та їх використання в практиці психологічної допомоги

Походження майндфулнес ґрунтується на буддистських філософіях [106] і визначається як «звернення уваги особливим чином: навмисне, у поточний момент і без засудження» [66]. Це форма навчання самосвідомості, адаптована з буддійської медитації усвідомленості. Мається на увазі безосудне усвідомлення досвіду в теперішній момент часу, тобто, тепер і зараз. Це безосудне усвідомлення передбачає прийняття досвіду таким, який він є, включаючи ті переживання, які вважаються неприємними.

Завдяки практиці усвідомленості людина навмисно приділяє повну увагу всьому, що відбувається в даний момент, не засуджуючи це. В результаті, людина починає розуміти, що думки та емоції, які у неї виникають, це просто події, що минають і вони зовсім не пов'язані зі звичними для неї моделями когнітивної та поведінкової реактивності. Це приводить до відчуття незалежності і спокою, що дозволяє приймати як позитивний так і негативний життєвий досвід не оцінюючи його.

Тобто, майндфулнес виступає як форма тренування свідомості, коли практикуючий може спостерігати за думками не відволікаючись, що з часом може збільшити можливості протистояти емоційному дистресу. Здатність повністю бути присутнім і фокусуватися на теперішньому досвіді, приймаючи його таким, яким він є, може дати людям можливість усвідомити свої автоматичні звички та марні реакції (англ. *unhelpful reactions*) та зробити більш вмілий вибір. За своєю суттю така практика створює сприятливі умови для прийняття будь-яких думок, емоцій, і подій і сприяє виникненню нових, ефективніших реакцій на негативну поведінку і нав'язливі думки.

Уважність до теперішнього моменту і самопізнання це головні аспекти майндфулнес, яких можна навчитися і розвинути через медитацію. Медитація усвідомленості, також відома як медитація пізнання суті речей, не є новою, а є старовинною формою медитаційних практик. Історично усвідомленість

називали «серцем» буддійської медитації. Цей підхід ґрунтується на основному буддистському уявленні про те, що всі психологічні страждання є результатом осудливого розуму, який поділяє життєвий досвід на добрий і поганий, визначає чого слід прагнути, або уникати, що неминуче призводить до певного рівня розчарування, дистресу, тривоги та депресії [92].

Уважність та усвідомленість — це навички, які, як і навчання грі на музичному інструменті, розвиваються шляхом повторних щоденних вправ протягом тривалого часу, і в результаті практика майндфулнес докорінно змінює спосіб мислення, сприяючи виникненню коупінгових механізмів, що зрештою призводить до покращення психологічного функціонування. Це потенційно може слугувати як протидія емоційному вигоранню.

Застосовуючи основні аспекти майндфулнес у повсякденному житті, тобто відсутність реакції, спостереження, усвідомлення та відсутність суджень [111] людина може почати змінювати свій внутрішній світ незалежно від зовнішніх обставин [46]. Очікуваним результатом використання практик майндфулнес є те, що розумова орієнтація усвідомленості поширюватиметься на щоденні події, сприяючи покращенню розумової, емоційної гнучкості і ясності для поглиблення задоволення життям та підвищує здатність у вирішенні життєвих проблем [10].

Практика усвідомленості сприяє розвитку концентрації, розумінню навколишнього світу, а також фізіологічної релаксації. Таким чином, практикування майндфулнес сприяє зменшенню стресу, навіть якщо зміни в життєвому середовищі неможливі [54]. Втручання, засновані на усвідомленості, підтвердили свою ефективність у наданні допомоги пацієнтам з різними фізичними та психічними проблемами, оскільки вони можуть значно зменшити нав'язливі негативні думки і спонукати до рефлексії.

Кількість досліджень, що вивчають психологічні втручання, засновані на майндфулнес, збільшується у відповідь на зростаючий інтерес до альтернативних методів лікування щоб зменшити стрес та покращити самопочуття. Ефект втручань заснованих на майндфулнес тепер вивчають і за

допомогою нейровізуалізації, оскільки технічні та методологічні розробки в області магнітно-резонансної томографії зробили можливим спостереження за людьми, які практикують усвідомленість. Нейровізуалізаційні дослідження, що вивчають структурні та функціональні зміни в мозку, описують зв'язок між психічними процесами і характеристиками майндфулнес, включаючи специфічні мозкові структури.

Деякі нещодавні нейровізуалізаційні дослідження свідчать про те, що практика майндфулнес змінює структуру мозку. Наприклад, результати аналізу 123 морфологічних відмінностей мозку в 21 нейровізуалізаційному дослідженні, під час яких досліджували приблизно 300 осіб, практикуючих медитацію, показали, що у тих, хто медитує постійно, змінюються вісім областей мозку включно з областями, ключовими для мета-усвідомлення (фронтально-полярна кора), екстероцептивного та інтероцептивного усвідомлення тіла (сенсорна кора та острівцеві), консолідації та повторної консолідації пам'яті (гіпокамп), саморегуляції та регуляції емоцій (передня та середня поясна частина; орбітофронтальна кора), а також внутрішньо- та міжпівкульного зв'язку (верхній поздовжній пучок; мозолисте тіло) [64]. Автори цього дослідження вважають, що ці докази є переконливими, хоча необхідні додаткові дослідження, щоб задокументувати ці зміни з часом і зрозуміти які специфічні механізми лежать в їх основі.

Протягом багатьох років техніки майндфулнес були прийняті та успішно включені в багато терапевтичних втручань як у медицині, так і в психології. Гроссман, Німан, Шмідт і Валах процитували припущення, що лежать в основі цієї концепції та підходу, таким чином.

- 1) зазвичай люди майже не усвідомлюють свого досвіду в кожному моменті часу, часто діючи в режимі автопілоту;
- 2) вони можуть розвинути здатність підтримувати увагу «тепер і зараз»;
- 3) розвиток цієї здатності є поступовим, прогресуючим і вимагає регулярної практики;

4) усвідомлення досвіду в кожний момент часу забезпечить яскравіше і повніше відчуття життя, оскільки досвід стає більш зрозумілим, а активна усвідомлена участь замінює несвідому реакцію;

5) таке наполегливе спостереження за психічним змістом, яке не несе жодної оцінки, поступово призведе до більшої правдивості сприйняття;

6) у міру досягнення більш точного сприйняття власних психічних реакцій на зовнішні та внутрішні стимули, збирається додаткова інформація, яка покращить ефективну діяльність у світі та призведе до більшого відчуття контролю [88].

Крім того, М. Fries сформулював три важливі принципи або постулати, які є основою для розвитку усвідомленості та психологічного благополуччя:

1) потрібно прийти до розуміння того, що «життя несправедливе»;

2) у будь-якій ситуації потрібно дивитися в очі реальності та мати справу з правдою, якою б вона себе не представляла;

3) людина завжди вільна вибирати своє ставлення до досвіду незалежно від ситуації [46].

Медитація усвідомленості викликає більше позитивних емоцій [105], а оптимізм позитивно корелює з фізичним здоров'ям, ефективними коупінговими стратегіями і довголіттям [100]. Низка різних навчальних програм на основі майндфулнес, включаючи когнітивну терапію на основі усвідомленості (МВСТ), терапію прийняття та зобов'язань (англ. АСТ), діалектичну поведінкову терапію (англ. DBT) і навчання усвідомленому харчуванню (англ. МВ-ЕАТ), можуть бути ефективними для зниження симптомів при різних станах психічного здоров'я. Крім того, один із ефективних і широко поширених підходів, де майндфулнес є ключовим компонентом, називається зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR).

Зменшення стресу на основі усвідомленості (раніше відома як програма зменшення стресу та релаксації) — це стандартизована програма медитації, розроблена Джоном Кабат-Зінном у 1979 році шляхом інтеграції буддистської

медитації усвідомленості із сучасною клінічною та психологічною практикою [66]. Спочатку ця програма була розроблена, щоб полегшити страждання пацієнтів із хронічним болем і сприяти адаптації до медичної хвороби, а також забезпечувати систематичне навчання медитації усвідомленості як підходу саморегуляції до зменшення стресу та управління емоціями [69]. Зараз MBSR використовується як інтенсивний структурований тренінг з медитації усвідомленості, що довів свою ефективність у різних популяціях у різних частинах світу.

Важливо пам'ятати, що хоча MBSR включає запозичення з інструкцій буддистської традиції, це не має на меті зробити когось «буддистом» або повернути будь-кого до буддистської традиції, тому цю програму слід розглядати як нерелігійну та неезотеричну. Ця програма міцно вкорінена у принципи психічно-тілесної медицини та пропонується кожному, хто бажає навчитися зміцнювати власне здоров'я [68, 69]. Каббат-Зінн описав два основні наміри створення MBSR, тобто (1) програма мала стати ефективним засобом для полегшення страждань, (2) MBSR була розроблена як модель підходу, який можна було адаптувати до різноманітних клінічних проблем в лікарнях і медичних центрах.

Інтерес до MBSR експоненціально зріс з моменту його появи, і цей підхід поступово отримав визнання як важливий засіб навчання людей жити їхнє життя на повну, навіть якщо вони є пацієнтами з хронічними захворюваннями [13]. Хоча втручання MBSR зазвичай спрямоване на людей з хронічними фізичними та психічними захворюваннями, але мета втручання полягає не в тому, щоб замінити собою медичне лікування, а в тому, щоб використовувати його як життєво важливе доповнення до медичного лікування, щоб покращити якість життя пацієнтів та знизити у них прояви психологічного стресу, що, теоретично, зрештою покращило б і клінічні результати [69]. Крім того, MBSR випробували на різних неклінічних популяціях, таких як студенти, терапевти, ув'язнені та бідні жителі міських центрів [88]. Останніми роками спостерігається зростання тенденції

використання програми MBSR як у клінічних умовах так і у неформальних групах і індивідуально з представниками різних демографічних груп.

Зараз психологічні втручання з використанням технік майндфулнес широко використовуються з низкою проблем психічного здоров'я і можуть бути адаптована до різних вікових груп, включаючи дорослих і дітей [115]. Емпірична основа таких технік була продемонстрована в ряді досліджень, які сприяли зростанню переконання серед клініцистів, що вони є ефективними у різних вибіркових групах пацієнтів і населення в цілому щодо різноманітних психологічних станів, включаючи розлади настрою, загальний дистрес, занепокоєння, тривогу, біль та покращують якість сну, відчуття благополуччя і якість життя [12, 13, 18, 22, 30, 68].

Розвивати усвідомленість можливо за допомогою як формальних так і неформальних практик майндфулнес. Основою MBSR є навчання медитації усвідомленості – це практика саморегулювання уваги, яка знижує реакцію на тригери стресу [69]. Медитації майндфулнес також зменшують фізичні симптоми дистресу шляхом балансування симпатичних і парасимпатичних реакцій [67].

Крім того, програма MBSR наголошує на важливості впровадження усвідомленості в повсякденне життя за допомогою неформальних практик. Вона повертає увагу до рутинних занять, таких як чищення зубів, годування домашнього улюбленця та хатнє прибирання, миття посуду, усвідомлена ходьба, щоб навчити людей використовувати відчуття у своєму тілі як спосіб усвідомлювати та бути присутнім у кожній миті; і підтримувати усвідомленість будь-якого досвіду, «дихаючи» ним [85].

Традиційна 8-тижнева програма MBSR включає групові заняття приблизно 2,5 години на тиждень і 6-годинний денний ретрит між 6-м і 7-м тижнями. Учасників також просять практикувати техніки майндфулнес 6 днів на тиждень як «домашні завдання» і дають їм можливість використовувати аудіозаписи з медитаціями. Групові заняття представляють собою поєднання формальних дидактичних інструкцій з таких тем, як комунікативні навички,

реагування на стрес, співчуття до себе та практичні вправи, щоб допомогти учасникам інтегрувати ці концепції у своє повсякденне життя.

Програма MBSR рекомендує використовувати медитацію, йогу, релаксаційні тренінги, а також стратегії включення цих практик у повсякденне життя. Учасники також навчаються і інших неформальних технік майндфулнес: усвідомлене дихання, усвідомлена ходьба, усвідомлене харчування та усвідомлене спілкування. У всіх цих практиках учасників навчають приділяти повну увагу досвіду поточного моменту і вміло відповідати на нього, а не використовувати автоматичну реакцію на зовнішні події, думки, емоції чи відчуття, коли вони виникають.

Найінноваційнішою технікою MBSR є техніка сканування тіла, яка вчить учасників програми відновлювати контакт із тілом за допомогою ретельного й детального фокусування на власному тілі під час керованої медитації. Під час цієї медитації учасники лежать на спині і отримують інструкції щоб зосереджувати увагу послідовно на окремих частинах тіла. Учасники усвідомлюють, де вони відчувають біль і стрес, а де його взагалі немає, а також усвідомлюють, як тіло змінюється з часом між скануваннями [68]. Медитація сканування тіла — це перша формальна практика усвідомленості, яку пацієнти практикують протягом тривалого періоду часу.

Сидячу медитацію називають серцем формальної практики медитації. Зазвичай ця техніка виконується сидячи, або на стільці, або на підлозі. Учасникам пропонується сидіти в розслабленій, вертикальній позі та спрямовувати всю свою увагу на відчуття дихання. Учасники мають повертати свою увагу на дихання, коли вони відволікаються [65]. Крім того, слід спостерігати за своїми думками та емоціями, але не засуджувати їх і не зосереджуватися на них [96]. Це дозволяє як позитивним, так і негативним думкам і емоціям швидко проходити через свідомість, і таким чином можна розвинути більше усвідомлення того, як думки, почуття та поведінка впливають на емоційне, психічне та фізичне здоров'я. Це також допомагає зменшити вплив відволікаючих або негативних думок та навчитися краще

помічати, розуміти та інтегрувати власне сприйняття себе та навколишнього середовища [12].

За умови систематичної практики, з часом учасники починають помічати непостійність своїх думок і починають розуміти, що вони можуть об'єктивно спостерігати за своїми думками, не реагуючи на них. Це тихе спостерігання за власними думками дозволяє практикуючим відкрити для себе неочікувані можливості для того щоб справитися з труднощами. Трансформація та зміни відбуваються, якщо навчитися неупереджено усвідомлювати себе тут і зараз, та жити життям на повну, зацікавлено, замість використання автоматичного режиму «мені подобається» або «мені не подобається».

Усвідомлена хатха-йога є третьою основною формальною технікою медитації разом із скануванням тіла та медитацією сидячи. Ці практики є центральною частиною MBSR. Практикуються полегшені, часто модифіковані пози йоги (асани) на розтягнення тіла, протягом приблизно 30 хвилин на кожному 90-хвилинному занятті, причому, практикуючі зосереджуються на усвідомленні тіла, а не на самій позі. Вправи хатха-йоги виконуються повільно й уважно, при цьому практикуючі зосереджують увагу на частинах тіла, які задіяні у певній конкретній вправі, дозволяючи м'язам, які не є задіяними, відпочити та розслабитися [112]. Мета такої вправи — помітити зміну відчуттів, тому зовсім не обов'язково виконувати кожен вправу ідеально. Вправи хатха-йоги покращують самопочуття тіла; баланс, гнучкість суглобів і м'язів; і розслабляють напружені м'язи. Йога також знімає стрес, робить людину «уважнішою» та усвідомленою, допомагає покращити концентрацію та допомагає почуватися більш спокійною.

Окрім згаданих вище формальних технік, існують також неформальні техніки (уважна ходьба, усвідомлене харчування, тощо), яким також навчають учасників. Мета полягає в тому, щоб сформувати у учасників навички усвідомленості, які вони потім зможуть застосовувати у повсякденному житті.

Таким чином, можна сказати, що MBSR базується на понятті самосвідомості та навичках, які викликаються фокусуванням уваги на диханні, при в виконанні звичних повсякденних дій [20]. Разом цей курс практик усвідомленості (формальних і неформальних) спрямований на підвищення здатності спостерігати безпосередній зміст поточного досвіду, зокрема, минущу природу думок, емоцій, спогадів, уявних образів і фізичних відчуттів [32].

MBSR — це стандартизована програма медитації, але простого механічного виконання набору інструкцій недостатньо, щоб розвивати цілющу силу усвідомленості. Ставлення, з яким людина береться за практику усвідомленості є дуже важливим. Каббат-Зінн виступає за сім основ ставлення до практики усвідомленості, які вважаються опорами усвідомленості [68, 69]

Відсутність суджень: Майже все, що ми бачимо, наш розум позначає та класифікує як «добре»/«погано»/«нейтрально». Звичка до розумової категоризації та суджень передбачає дії, які перешкоджають зростанню особистостей через автоматичні думки та поведінку, які призупиняють процес навчання. Не засуджувати означає бути неупередженим свідком власного досвіду і в процесі помічати нескінченний потік оцінювання досвіду та реагування на нього [63].

Під час медитації люди усвідомлюють той факт, що вони тривалий час занурені в безперервний потік думок, які приходять одна за одною, незалежно від того, чи хочуть вони їх мати, чи ні, у дуже швидкій послідовності. Завдяки практиці усвідомленості людина навмисно приділяє повну увагу всьому, що відбувається в даний момент, не оцінюючи це як позитивний чи негативний досвід. Тобто, необхідно просто спостерігати за тим, що відбувається, включно з тим, як людина зазвичай оцінює власний досвід і реагує на нього. Необхідно щоб людина усвідомила свій власний потік суджень і реагування на внутрішній і зовнішній досвід і спостерігала за ним відсторонено

Терпіння. Одне з улюблених занять свідомості — блукати в минулому і майбутньому і губитися в роздумах. Терпіння — це знання того, що все

відбувається у свій час. Практика майндфулнес дає можливість зрозуміти, що необхідний певний час щоб розвинути навички усвідомленості. Зберігаючи терпіння та залишаючись спокійною, людина стає більш здатною до переоцінки свого ставлення до власних переживань [65].

Розум початківця. Дуже часто ми вважаємо що ми багато знаємо, і ці переконання заважають нам бачити речі такими, якими вони є насправді. Практика усвідомленості дає шанс побачити все так, ніби все це відбувається вперше, і не дозволяти своїй ілюзії знання заважати бути присутнім на своєму досвіді тепер і зараз. Оскільки жодна мить не схожа на будь-яку іншу, розум початківця допомагає бути уважним до унікальних можливостей, які відкриває кожна мить [68].

Довіра. Будь-хто, хто сліпо копіює дії когось іншого, незалежно від того, хто це є, рухається в неправильному напрямку. Ознаками практики усвідомленості є довіра до себе, своєї інтуїції та своїх здібностей. Довіра означає, що людина вчиться шанувати власні почуття, а не піддавати їх сумніву або придушувати їх. З таким ставленням приходить розуміння необхідності практикуватися щоб досягти бажаних цілей, на відміну від ригідності чи перфекціонізму.

Непрагнення. Майже все, що людина робить, робиться з певною метою, щоб отримати щось. Насправді таке ставлення може стати справжньою перешкодою в медитації. Хоча медитація потребує багато зусиль та енергії, в кінцевому підсумку мова йде про те щоб нічого не робити. Практика усвідомленості – це шанс спробувати кардинально інший підхід. У нього немає іншої мети, окрім самої медитації [69]. Відсутність прагнення — це стан коли ти нічого не робиш, а просто приймаєш, що все відбувається в даний момент саме так, як і повинно бути.

Прийняття. У повсякденному житті ми часто витрачаємо багато енергії на заперечення та опір тому, що вже є фактом і це заважає позитивним змінам. Прийняття означає повне прийняття думок, почуттів, відчуттів і переконань, які ви маєте, і розуміння того, що вони просто існують. Прийняття — це не

пасивна реакція на умови, з якими ви стикаєтеся, а готовність бачити речі такими, якими вони є насправді в цей момент, а не такими, якими ви бажаєте чи очікуєте [69].

Прийняття не означає, що вам подобається те, як йдуть справи. У практиці усвідомленості прийняття культивується шляхом прийняття кожного моменту та кожного аспекту нашого досвіду так само, як вони виникають, зосереджуючись на сьогоднішній та приймаючи потік усього, що приходить до нас і йде далі. Бо інакше ви будете витратити енергію на боротьбу замість того, щоб використовувати її для зцілення та змін.

Наприклад, прийняття раку або примирення з цією тяжкою хворобою є одним із факторів, який може відігравати важливу роль у зменшенні страждань пацієнтів. МакКракен і Еклстон описали прийняття як реалістичний спосіб життя з хворобою, тобто пацієнт, який приймає свій стан, не засуджує, не уникає або заперечує хворобу, а живе повсякденним повноцінним життям відповідно до своїх можливостей [82]. Існують дослідження, які свідчать про те, що прийняття пов'язане зі зниженням тривоги та симптомів депресії [26].

Відпускання. Коли ми звертаємо увагу на свій внутрішній досвід, ми виявляємо, що існують певні нав'язливі думки, почуття та ситуації, які наша свідомість намагається втримати. У практиці усвідомленості ми просто продовжуємо визнавати все, що виникає, а потім дозволяємо цьому пройти, звільняючи простір для наступної миті та наступного досвіду. Відпускання відбувається, коли ми не намагаємося ні втриматися, ні відкинути свій досвід. Необхідно дозволити думці чи почуттю прийти і пройти, і не пов'язувати їх ні з чим, спостерігаючи за ними точно такими, якими вони є. Алідіна також назвала доброту та допитливість ще одними важливими аспектами для усвідомленості [8].

Доброта. Доброта є одним із найважливіших якостей, які можна застосувати до практики усвідомленості. Майндфулнес навчає спостерігати за виникненням думок і почуттів не оцінюючи їх, а також фокусується на (пере)направленні уваги, зосереджуючись на спробі створити відчуття тепла,

ніжності та доброти [48]. Бути добрим означає розуміти свої труднощі, і співчувати самому собі якщо зазнаєш невдач а не засуджувати і критикувати себе [33]. Привносячи почуття дружелюбності чи доброзичливості в будь-який досвід, приємний, неприємний чи нейтральний, це досвід можна трансформувати [8].

Допитливість. Допитливість є основою справжнього навчання, бо вона дозволяє людині досліджувати все, що входить в її досвід, і не ставати жертвою автоматичних суджень. Бути допитливим вимагає сміливості, тому що бачити світ таким, яким він є, означає бачити світ не таким, яким ти хочеш, щоб він був. Ця толерантність до внутрішніх або зовнішніх подразників описується в багатьох східних мовах як загальна цікавість або відкритість, «співчутлива риса, відчуття відкритості, дружньої присутності та інтересу» [68, 69]. Таким чином, допитлива людина повністю пов'язана зі своїми відчуттями в теперішній момент, що є основою розвитку усвідомленості.

Психологічні втручання на основі майндфулнес (англ. Mindfulness-Based Interventions) широко використовуються для зменшення стресу та емоційних проблем як у здорових людей, так і в осіб, які доглядають за людьми з хронічними захворюваннями, а також для покращення психічного здоров'я та благополуччя в цілому, з послідовними та багатообіцяючими результатами [63]. Такі втручання допомагають учасникам зосередитися на досвіді теперішнього моменту та прийняти орієнтацію на відкритість і прийняття свого досвіду [69]. Завдяки відпрацюванню медитаційних вправ практикуючих спостерігалися покращення усвідомленості (гостра обізнаність і увага до наших думок і почуттів у поточний момент), когнітивної реактивності та емоційної реактивності, що призвело до глибокого розуміння та нереактивного прийняття свого досвіду, що у свою чергу, зрештою призвело до позитивних психологічних результатів.

В останні роки втручання на основі майндфулнес все частіше використовуються для зменшення стресу в осіб, які доглядають за людьми з тяжкими хронічними захворюваннями, включаючи онкологічні. Однак у

огляді Cochrane повідомляється, що існуючі докази, отримані в більшості попередніх досліджень, мають низьку або дуже низьку якість і що ризик упередженості є високим (наприклад, упередженість продуктивності, упередженість виявлення) [76], що може перешкоджати використанню психологічних втручань на основі майндфулнес в клінічній практиці. Крім того, у попередніх дослідженнях були прийняті різні форми таких втручань. Тому важливо знайти відповідну модальність втручань на основі майндфулнес для осіб, які доглядають за людьми з якими хронічними захворюваннями, перш ніж проводити більш суворе клінічне випробування, щоб перевірити його ефективність.

Великий вплив на доступність втручань на основі практик майндфулнес має розвиток сучасних технологій і мережі інтернет. Перевагами програм майндфулнем доступних онлайн є зручність і конфіденційність доступу до навчання усвідомленості у власному темпі, що є потенційним рішенням проблеми постійного браку часу у неформальних опікунів. Вони мають багато обов'язків, що може бути бар'єром для систематичної регулярної практики. В той же час, онлайн програми вимагають мінімальних затрат часу для практикуючих і дають можливість займатися тоді коли зручно.

Завданням даної роботи є запропонувати онлайн-програму з використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів та перевірити її ефективність в короткостроковій перспективі для поліпшення психологічних симптомів і покращення якості життя. Мета психологічного втручання полягає в тому, щоб навчити неформальних опікунів, які доглядають за онкохворими пацієнтами, краще усвідомлювати свої думки та почуття за допомогою практики медитації, а також звертати увагу та спостерігати, але не реагувати на свої думки чи почуття під час стресових ситуацій, які сприяють емоційному стресу та можуть спровокувати емоційне вигорання.

Висновки до першого розділу

У першому розділі роботи було розкрито психологічні особливості емоційного стану членів родини, які здійснюють догляд за онкологічними хворими, використання концепції емоційного вигорання поза професійним контекстом по відношенню до неформальних опікунів, та особливості використання технік майндфулнес як ефективного засобу психологічного впливу для зниження стресу та формування навичок коупінга з емоційними проблемами, які виникають в процесі догляду за хворими родичами.

Неформальні опікуни приділяють багато часу та енергії турботі про своїх близьких, але рідко піклуються про себе і живуть в стані постійного стресу, який призводить до цілої низки проблем з фізичним та ментальним здоров'ям, і часто призводить до емоційного вигорання. Емоційне вигорання визначається як тривимірний синдром у відповідь на стрес, і включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень. Ми розглянули основні моделі емоційного вигорання, які допомагають зрозуміти як виникає стрес під час догляду та його вплив на людину.

Оскільки емоційне вигорання у родичів онкопацієнтів, які здійснюють догляд за близькою людиною, негативно впливає як на якість життя як неформальних опікунів, так і на якість догляду за онкохворими, існує нагальна потреба в забезпеченні коротких економічно ефективних втручань, щоб покращити їх психічне здоров'я. В зв'язку з чим, останнім часом, в США, країнах Західної Європи і Азії набуло великого поширення надання допомоги неформальним опікунам з використання технік майндфулнес, які заклали основу для розвитку багатьох клінічно доказових терапевтичних втручань.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ

2.1. Аналіз методів та психодіагностичного інструментарію дослідження

Для реалізації поставлених завдань магістерської роботи було використано комплекс методів, що відображають єдність теоретичного та емпіричного рівнів пізнання.

Теоретичний рівень дослідження являє собою спробу досягнути сутність явища, що вивчається, розкрити його внутрішню природу, джерела виникнення, особливості функціонування. Призначення теоретичних методів полягає в тому, щоб не тільки встановити прецеденти і розкрити зовнішні взаємозв'язки між ними, але і дати докладне пояснення, чому вони існують, що їх викликало і т. д.

Для вирішення теоретичних завдань використовувалися наступні методи дослідження: аналіз та узагальнення (рис.2.1).

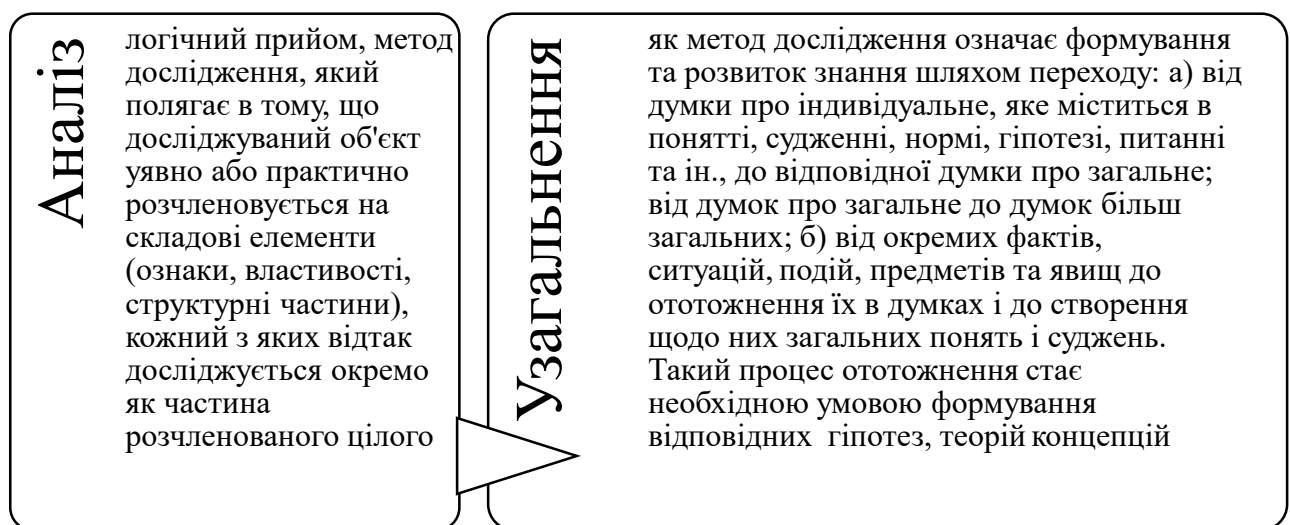


Рис.2.1. Теоретичні методи задіяні для роботи з теоретичним матеріалом

Однак у теоретичних методів дослідження є і свій недолік: вони не мають конкретного впливу на різноманітність спостережуваних явищ і процесів, хоча і дозволяють виявляти в них приховані закономірності. Дану проблему можуть вирішити емпіричні методи, зокрема, тестування.

На відміну від інших методів, тестування спрямоване не на дослідження психічних явищ для одержання тих чи інших нових даних, а на вимірювання уже відомих психологічних особливостей досліджуваних за допомогою стандартизованих завдань (тестових методик).

Метод тестування є спеціалізованим методом психологічних досліджень, який дає можливість отримати точну кількісну або якісну характеристику стану певних психічних явищ, порівнюючи їхні показники з еталонними, використовуючи стандартизовані способи вимірювання конкретних психічних явищ, а точніше кажучи – тестів.

Вибір комплексу методик для емпіричного дослідження з метою оцінки можливостей використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів визначено по науковим дослідженням, які свідчать про високу надійність тестових методик і те, що вони не складні для респондентів та не потребують значних витрат часу з їх боку.

Для діагностики показників емоційного вигорання опікунів були використані наступні психодіагностичні методики:

- 1) «Діагностика емоційного вигорання» К.Маслач, С.Джексон (Maslach Burnout Inventory (MBI));
- 2) «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка
- 3) Методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге;
- 4) Індекс задоволення життям (LSIA).

При повторному зрізі для констатування ефективності інтервенції були задіяні 2 методики, серед яких:

- 1) методика для діагностики стану стресу К. Шрайнера;

2) тест Спілбергера-Ханіна «Діагностика тривожності»

Опитувальник «Емоційного вигорання» був розроблений на основі трьохфакторної моделі К. Маслач і С. Джексон (яка вважається золотим стандартом для вимірювання емоційного вигорання) в 1986 році і адаптований Н. Водоп'яною, Е. Старченковою. МВІ є першим науково розробленим тестом для оцінки емоційного вигорання, який широко використовується в дослідженнях по всьому світу. Методика призначена для діагностики трьох рівнів емоційного вигорання: «емоційного виснаження», «деперсоналізації» і «професійних досягнень» (рис.2.2).



Рис.2.2. Трьохкомпонентна модель вигорання С. Джексон і К. Маслач

Опитувальник емоційного вигорання Маслач-Джексона оцінює кожен із трьох аспектів вигорання окремо. Його формат виник на основі попередньої дослідницької роботи щодо вигорання у 1970-х роках, під час якої використовувалися інтерв'ю з працівниками різних професій охорони здоров'я та сфери обслуговування, спостереження на робочому місці та тематичні дослідження. Низка послідовних тем з'явилася у формі тверджень про особисті почуття чи ставлення (наприклад, «Я відчуваю емоційно виснаженим своєю роботою»), тому ці твердження стали елементами шкали МВІ.

Тест містить 22 твердження про почуття і переживання, які пов'язані з виконанням професійної діяльності і узгоджується з визначенням емоційного вигорання від Всесвітньої організації здоров'я (ВООЗ) від 2019 року. В цьому опитувальнику використовується підхід, заснований на частоті, з якою люди відчували певні почуття, з варіантами відповідей від «ніколи» до «щодня» і дозволяє оцінити ризик виникнення емоційного вигорання.

Тест самооцінки психічних станів розроблений відомим психологом Г. Айзенком. Опитувальник Г. Айзенка включає опис різних психічних станів, наявність яких у себе досліджуваний повинен підтвердити або спростувати. Опитувальник дає можливість визначити рівень

- тривожності;
- фрустрації;
- агресії;
- ригідності.

Кожному досліджуваному пропонується опитувальник з 40 пропозицій. При обробці результатів підраховується кількість відповідей «1» і «2», які збігаються з ключем. За кожен відповідь, що співпала з ключем «2» нараховується 2 бали, за відповідь «1» – 1 бал. Потім відповіді по кожній шкалі підсумовуються.

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге є одним з найбільш відомих інструментів для вимірювання стресу і

являє собою психометричну шкалу самооцінки актуального рівня стресу протягом останнього року. Психіатри Т. Холмс і Р. Раге, які працювали у Вашингтонському університеті, вивчали залежність захворювань (у тому числі інфекційних хвороб і травм) від різноманітних стресогенних життєвих подій у більш ніж п'яти тисяч пацієнтів. Вчені прийшли до висновку, що 151 психічній і фізичній хворобі зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, яка мала допомогти визначити можливі зв'язки між стресом і хворобою. В цій шкалі, кожній важливій життєвій події відповідає певне число балів залежно від ступеня її стресогенності.

Відмінною особливістю шкали є той факт, що стресогенність події визначається лише інтенсивністю переживання і не має значення чи ця подія сприймалася як позитивна чи негативна. Тобто смерть близького друга і зміна професійної орієнтації або зміна місця роботи вважаються практично однаково стресогенними. Шкала складається з переліку травмуючих подій, ранжованих за балами, що визначає ступінь їх стресогенності. 300 або більше балів за шкалою стресу Холмса і Раге вказує на високий рівень стресу, оцінка від 150 до 299 балів свідчить про помірний рівень стресу, а оцінка нижче 150 вказує на низький рівень стресу.

Для проходження даної методики респондентам був наданий бланк для відповідей. Досліджуваним пропонували прочитати список ситуацій, відзначивши ті, які мали місце протягом останнього року, і підсумувати бали, відповідні цим пунктам.

Опитувальник Індекс життєвої задоволеності (Life Satisfaction Index A, LSIA) призначений для визначення загального психологічного стану людини, ступеня її психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптації. Методика розроблена групою американських учених, які займалися соціально-психологічними проблемами геронтології та була уперше опублікована в 1961 році.

Окрім інтегрального показника, опитувальник, який складається з 20 суджень, з якими досліджуваний має або погодитися, або не погодитися, дозволяє виділити п'ять різних аспектів задоволеності життям, яке тісно пов'язане з моральним станом, адаптацією та психологічним благополуччям.:

- інтерес до життя;
- рішучість у досягненні цілей;
- узгодженість між поставленими та досягнутими цілями;
- позитивна оцінка себе та власних вчинків;
- загальний настрій.

Позитивний рівень благополуччя визначається якщо людина отримує задоволення від своєї повсякденної діяльності, вважає що її життя наповнене сенсом, повідомляє про відчуття успіху в досягненні головних цілей, має позитивне уявлення про себе та оптимізм.

Методика діагностики стану стресу (ДСС) розроблена К. Шрайнером в 1993 році, дозволяє виявити особливості переживання стресу: ступінь саморегуляції, емоційної лабільності в стресових умовах. При обробці необхідно було підрахувати кількість позитивних відповідей. Кожній відповіді «так» присвоюється 1 бал.

Тест Спілбергера в адаптації Ю.Л.Ханіна — це єдина опитувальник, за допомогою якого можна диференційовано виміряти рівні тривожності як довготривалу особистісну властивість і як тимчасовий стан, викликаний теперішньою ситуацією. Дві форми тривожності визначаються окремими наборами, які складаються за 20 питань-суджень. Учасники мають оцінити себе цими запитаннями з 4-бальною шкалою частоти. Шкали частот відрізняються між двома типами тривожності. 4-бальна шкала для тимчасової тривожності: 1) зовсім ні, 2) певною мірою, 3) помірно, 4) дуже сильно. 4-бальна шкала довготривалої тривожності: 1) майже ніколи, 2) іноді, 3) часто, 4) майже завжди

Статистичні методи в психології — це певні методи прикладної математичної статистики, що застосовуються дослідниками для обробки

даних, отриманих експериментальним шляхом. Основною метою статистичних методів, що базуються на ймовірнісній логіці та ймовірнісних моделях, є підвищення обґрунтованості наукових і практичних висновків у психологічних дослідженнях. В ході цієї магістерської роботи були використані такі критерії як: критерій Колмогорова-Смірнова, U-критерій Манна-Уїтні.

Критерій узгодженості Колмогорова або критерій узгодженості Колмогорова-Смірнова використовують у статистиці при порівнянні двох емпіричних розподілів, щоб дізнатися чи підпорядковуються вони одному закону. Крім того, цей критерій також дає можливість визначити чи підпорядковується вибраний емпіричний розподіл певній моделі. Застосовується при великих вибірках і зручний у використанні, коли необхідно одночасно оцінити значущість та величини розбіжності розподілів. Особливою перевагою критерію є те, що він з великою вірогідністю дозволяє виявити будь-яке відхилення між функціями розподілів X і Y . Відхилення від нормального розподілу вважається істотним при значенні $p < 0,05$; у цьому випадку для відповідних змінних слід застосовувати непараметричні тести.

Перевірка гіпотези про суттєвості або неістотності різниці двох вибірових середніх – одна з найпоширеніших процедур в дослідницькій роботі. В цьому випадку можна застосувати критерій Манна-Уїтні, який являє непараметричну альтернативу t-критерію для незалежних вибірок щоб оцінити розходження між двома незалежними вибірками за рівнем якої-небудь ознаки. Перевага його полягає в тому, що ми відмовляємося від припущення нормальності розподілу і однакових дисперсій.

Кореляційний аналіз Пірсона (позначається r) дозволяє встановити характер зв'язку між двома рядами даних. Він характеризує ступінь лінійної залежності між двома змінними на тлі дії всіх інших змінних, відібраних для аналізу. Цей парний коефіцієнт кореляції легко обчислити і на його величину не впливає те, в яких одиницях виміру представлені ознаки. Тому цей коефіцієнт є одним з найпоширеніших способів вимірювання лінійного зв'язку

між випадковими величинами в генеральній сукупності. Величина парного коефіцієнта кореляції лежить в інтервалі від -1 до +1.

Обрані нами методи та методики відповідають вимогам стандартизації, валідності, надійності, співвідносяться з метою роботи, завданнями дослідження і дають змогу перейти до наступного етапу нашого емпіричного дослідження – проведення діагностичного зрізу.

2.2. Характеристика вибірки та основних організаційних аспектів емпіричного дослідження

Організація та проведення емпіричного дослідження була поділена на кілька етапів:

1. На першому етапі проводився аналіз соціально-психологічної, соціологічної та науково-популярної літератури, де розкривається питання емоційного вигорання людей, які здійснюють догляд за близькими людьми з онкологічними захворюваннями та особливості психологічних втручань, які могли б їм допомогти покращити свій емоційний стан і підвищити якість життя. Здійснювалося накопичення матеріалу, була визначена проблема дослідження, обґрунтовано цілі, завдання, складено план емпіричного дослідження, визначені методики. Визначено стан даної проблеми, проаналізовано та узагальнено основні показники емоційного вигорання неформальних опікунів.

2. На другому етапі було здійснене емпіричне дослідження з використанням психодіагностичних методик на вибірці.

3. На третьому етапі була здійснена якісна та кількісна обробка емпіричних даних отриманих завдяки тестуванню та їх статистичний аналіз.

4. На четвертому етапі здійснено інтерпретація емпіричних даних, узагальнення та систематизація результатів дослідження, оформлення магістерської роботи згідно з вимогами ДСТУ 8302:2015.

Вибірку склали 50 досліджуваних, які є родичами онкопацієнтів та одночасно їхніми неформальними опікунами. Згідно з темою дослідження, частина респондентів на момент діагностики були знайомі з техніками майндфулнес, інша частина – ніколи не чула і не користувалася подібними техніками.

Таким чином, всю вибірку сукупність було поділено на 2 групи відносно їх обізнаності з техніками майндфулнес. До першої групи увійшли опікуни без досвіду використання технік майндфулнес (25 осіб), другу групу склали родичі онкопацієнтів, які уже мають уявлення про сутність практики майндфулнес та використовують як мінімум неформальні техніки усвідомленості за необхідності (25 осіб).

До вибіркової сукупності увійшли представники обох статей: 34 жінки та 16 чоловіків. Слід зазначити, що чоловіки менше йшли на контакт та в меншій мірі проявляли інтерес до дослідження, порівняно із жінками. На рис.2.3 проілюстровано розподіл досліджуваних за статевою приналежністю відносно груп до якої вони входять.

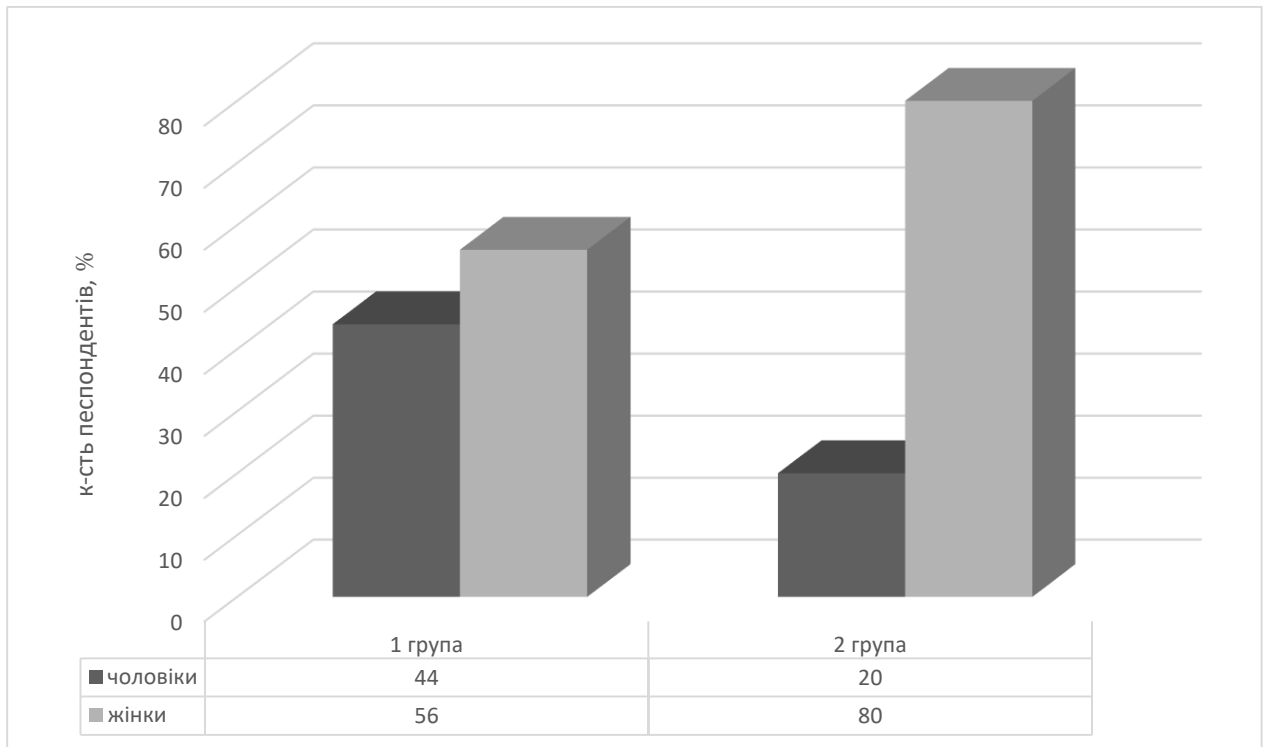


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за статевою приналежністю

Всі досліджувані проживали в містах України. Попереднє знайомство з потенційними учасниками дослідження відбувалось на території медичних закладів, де онкохворі родичі досліджуваних проходили амбулаторне або стаціонарне лікування, а також у соціальних мережах.

24 лютого 2022 року російські війська почали скоординоване вторгнення в Україну. російські напади призвели до великої шкоди густонаселеним житловим районам і критичній цивільній інфраструктурі країни, включаючи заклади охорони здоров'я, школи, електростанції та транспортні вузли. Атаки на українську систему охорони здоров'я та ланцюги поставок фармацевтичних препаратів створили проблеми для надання критично важливих послуг людям з хронічними захворюваннями, тому більшість досліджуваних задля безпеки та щоб забезпечити можливість більш-менш повноцінного лікування своїх рідних, були вимушені евакуюватися у більш безпечні регіони України, а дехто і за межі України. Таким чином більшість емпіричних матеріалів було зібрано із використанням інтернет мережі (88%), а при безпосередньому контакті з експериментатором було продіагностовано лише 12% досліджуваних (рис.2.4).

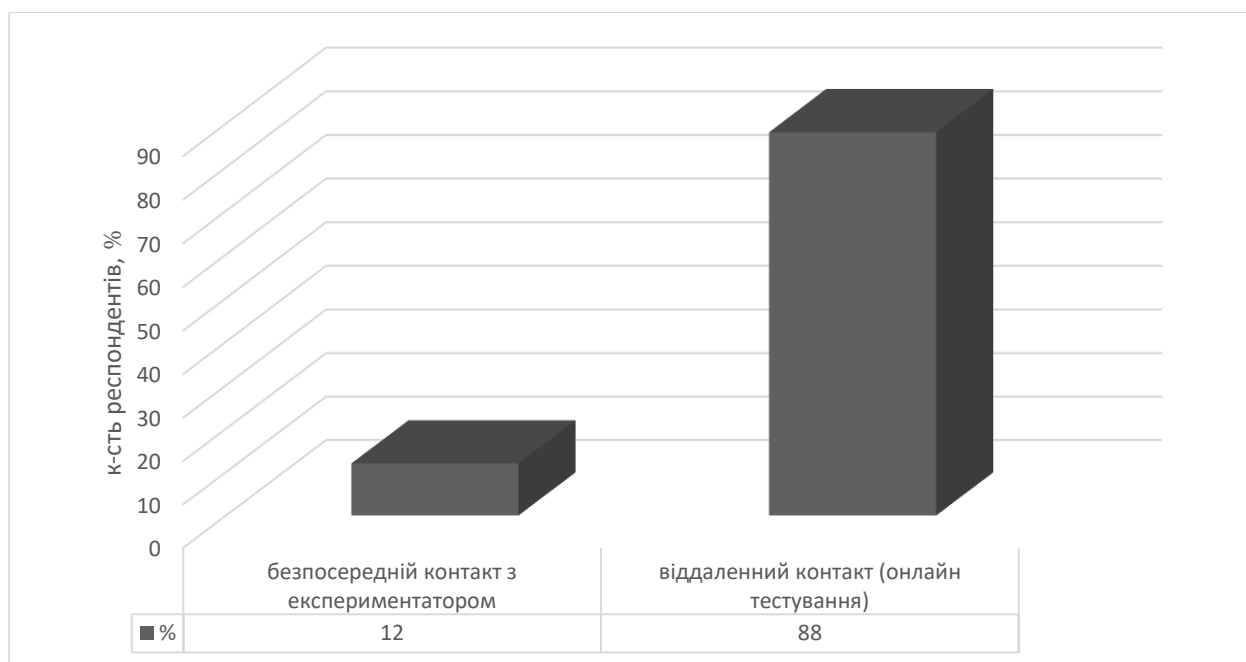


Рис.2.4. Розподіл респондентів за формою взаємодії з експериментатором

Для збору даних використовувались паперові бланки опитувань та електронні документи в форматі MS Word, які учасники мали заповнити самостійно. Конфіденційність учасників була збережена, а їх імена закодовані, щоб виключити можливість ідентифікації сторонніми особами.

Неформальні опікуни, що увійшли до вибірки, доглядають за пацієнтом мінімум 6 місяців. Вік опікунів варіюється між 26 та 40 роками. Опікуни не мають серйозних медичних або хірургічних захворювань.

Перед початком процедури тестування була проведена ввідна бесіда. Кожен учасник був попереджений про мету дослідження, були детально перераховані основні завдання респондента, які йому необхідно було виконати під час опитування, та надані необхідні інструкції щодо самої процедури.

В ході психодіагностичної процедури були також оголошені часові обмеження для кожної обраної методики – їх необхідно було обов'язково дотримуватися щоб забезпечити чистоту психологічного дослідження. Після ввідної бесіди у респондентів був час (декілька хвилин) щоб обдумати і сформулювати питання, які в нього могли виникнути під час ознайомлення з психодіагностичною процедурою.

Слід зазначити, що учасники дослідження відповідально поставилися до процедури психодіагностики і дотримувалися всіх правил і вимог, які були оголошені експериментатором. Тому сама процедура тестування була продуктивною, відчувалася взаємодія між експериментатором та досліджуваними, і були відсутні непорозуміння або агресивне ставлення до особи експериментатора.

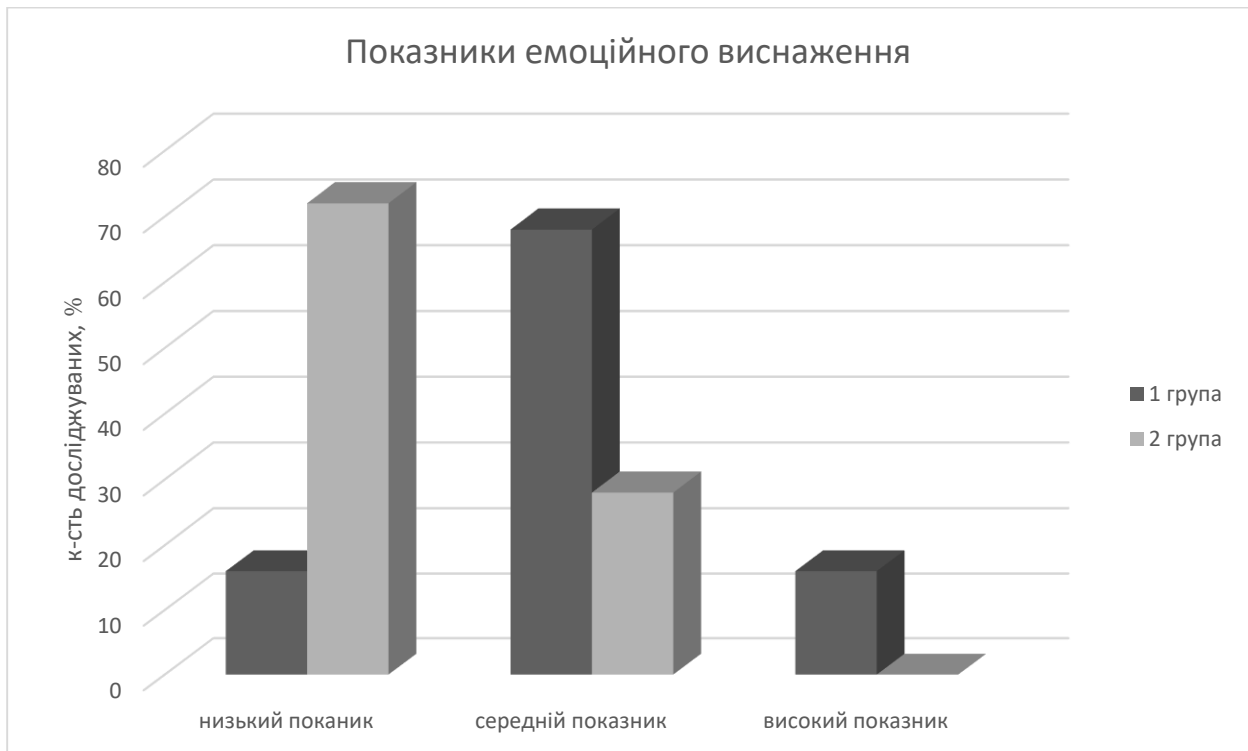
Частина родичів онкопацієнтів, які пройшли діагностику, повідомила про бажання дізнатися про результати дослідження і, в разі необхідності, стати учасниками тренінгової програми.

Обробка заповнених бланків проводилася за допомогою ключа. Для оцінки отриманих результатів використовувалися норми, розроблені авторами методик.

2.3. Особливості формування емоційного вигорання опікунів онкопацієнтів

Наступним етапом роботи є кількісний та якісний аналіз результатів тестування опікунів онкопацієнтів, що були отримані в ході дослідження. Індивідуальні дані кожного досліджуваного занесені до збірних таблиць.

На рис.2.5 проілюстровано сформованість фази напруги емоційного вигорання для досліджуваних груп отримані завдяки опитувальнику «Емоційне вигорання» К. Маслач і С. Джексона.



Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Рис. 2.5. Розподіл респондентів за показниками виснаженості

З рис.2.5 чітко видно, що перша група опікунів, що використовують техніки майндфулнес є менш емоційно виснаженою (низький рівень в 72% респондентів), представники цієї групи не відчувають емоційної перенапруги

й почуття спустошеності, вичерпаності своїх емоційних ресурсів. Опікуни відчувають, що доглядають за своїми близькими з такою ж турботою і бажанням, як раніше. Респонденти другої групи не відчувають проблем у спілкуванні з іншими, вони також позитивно оцінюють себе, свої досягнення та успіхи.

Натомість у групі учасників емпіричного дослідження без досвіду використання технік майндфулнес виснаження знаходиться на етапі формування та є провісником розвитку і запускаючим механізмом (тригером) виникнення синдрому емоційного вигорання. І невелика кількість респондентів з 1-ї групи має уже високі показники виснаження, ці респонденти відчувають емоційну перенапругу й почуття спустошеності, вичерпаності своїх емоційних ресурсів, втрату інтересу і позитивних почуттів до оточуючих, відчутті «перенасиченості» від виконання своїх обов'язків по догляду, незадоволеністю життям в цілому.

В табл.2.1 продемонстровано сформованість фази деперсоналізації емоційного вигорання для обох груп неформальних опікунів.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за рівнем розвитку деперсоналізації

Назва шкали	Рівень	Респонденти, %	
		1 група	2 група
Деперсоналізація	Низький рівень	24	80
	Середній рівень	64	20
	Високий рівень	12	0

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

В ході дослідження емоційного вигорання лише в 12% досліджуваних опікунів з 1-ї групи прослідковувався високий рівень деперсоналізації, що проявляється в емоційній відстороненості і байдужості, формальності виконання обов'язків по догляду, тобто без особистісної включеності і

співпереживання, а в окремих випадках – в перебуванні в постійному режимі «автопілота».

У 64% опікунів з 1-ї групи та 20% з 2-ї групи помірно виражена тенденція до спілкування з підопічними без особливої теплоти і емпатії до них, через втому від співчуття [60]. Періодами може відзначатися деяке байдуже ставлення до того, що відбувається з хворими.

Натомість для 24% досліджуваних без досвіду використання технік майндфулнес та 80% опікунів, що використовують техніки майндфулнес не характерна емоційна відстороненість і байдужість до виконання обов'язків без особистісної включеності і співпереживання.

До табл.2.2 занесені результати стосовно розвитку редукції особистих досягнень.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнем розвитку редукції особистих досягнень

Назва шкали	Рівень	Респонденти, %	
		1 група	2 група
Редукція особистих досягнень	Низький рівень	8	32
	Середній рівень	88	68
	Високий рівень	4	0

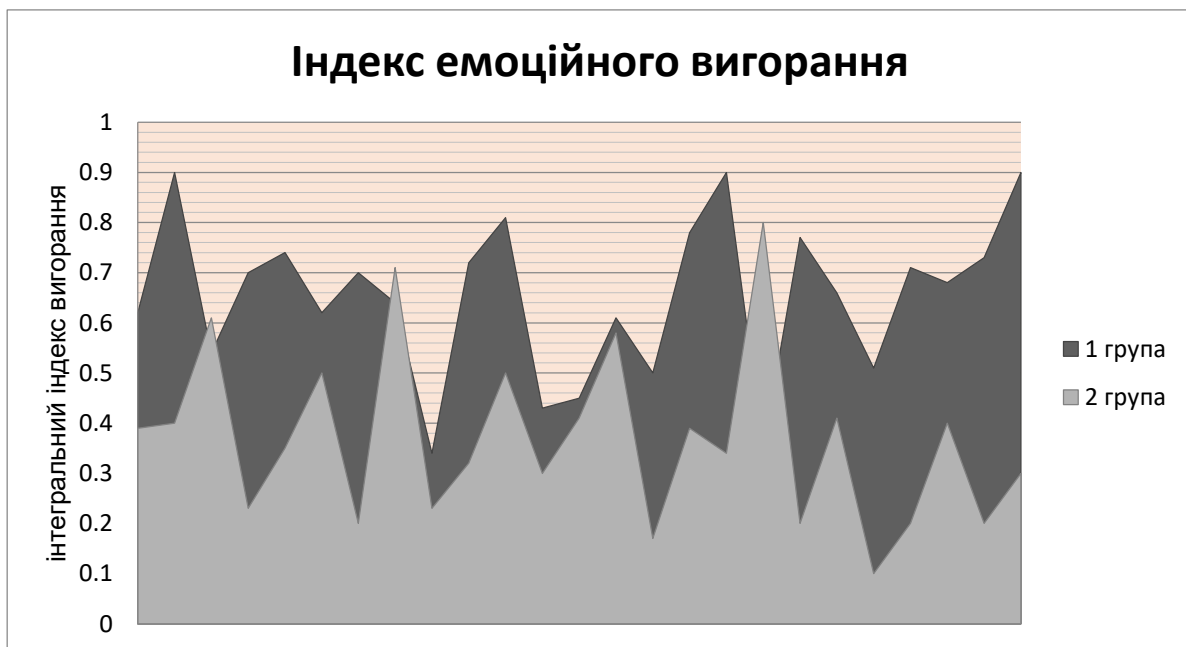
Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес.

Низький відсоток респондентів показав вираженість шкали «редукції особистих досягнень» (4%) – це опікуни без досвіду використання технік майндфулнес, що в даному випадку відображає ступінь задоволеності неформальних опікунів собою як особистістю і тим, наскільки корисним він є для близької людини, за якою він доглядає. Незадовільне значення цього показника відбиває тенденцію до негативної оцінки своєї компетентності і продуктивності. Як наслідок, це веде до зниження мотивації, наростання

негативізму стосовно обов'язків по догляду, тенденції до зняття з себе відповідальності за виконання певних дій, ізоляції себе від оточуючих, відстороненість і неучасть, уникання роботи спочатку психологічно, а потім фізично.

Натомість у 8% досліджуваних з 1-ї групи та 32% опікунів з 2-ї групи виявлено високий ступінь задоволеності собою як особистістю і можливістю бути корисним людям, які від тебе залежать і потребують допомоги.

У 2007 році в НДПНІ ім. Бехтерева (науково-дослідний психоневрологічний інститут) був запропонований спосіб визначення системного індексу синдрому вигорання на підставі математичної моделі визначення відстані між точками в багатовимірному просторі. Даний метод дозволяє отримати єдиний кількісний показник на основі параметрів синдрому вигорання, отриманий за допомогою тесту МВІ. Отримання системного показника дозволяє дати більш точну оцінку поширеності синдрому вигорання. На рис.2.6 проілюстрований індекс емоційного вигорання всіх опитуваних респондентів.



Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Рис.2.6. Розподіл респондентів за індексом емоційного вигорання

Як видно з рис.2.6 в даній вибірці опікунів онкопацієнтів переважає середній індекс емоційного вигорання, проте у 1-й групі спостерігається тенденція до підвищення показника емоційного вигорання, що є цілком виправданим, оскільки день неформального опікуна – це тісне спілкування з хворим, що вимагає постійної турботи і уваги. Стикаючись з негативними емоціями, опікуни мимоволі втягуються у них, у силу чого починають і самі відчувати підвищене емоційне напруження. До найбільшого ризику виникнення емоційного вигорання схильні перфекціоністи, тобто, особи, які пред'являють непомірно високі вимоги до себе. Особистості, що пов'язані з опікунством асоціюють свою працю з призначенням, місією, тому в них стирається грань між доглядом за хворим та приватним життям.

Результати респондентів обох груп за шкалою тривожності отримані при проходженні методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка продемонстровані в табл.2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за рівнем тривожності

Рівень	К-сть респондентів (%)	
	1 група	2 група
Високий	40	8
Середній	60	40
Низький	–	52

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Отримані показники свідчать про те, що 40% опікунів без досвіду використання технік майндфулнес та 8% опікунів, що використовують дані техніки мають високий рівень тривожності, що відображається на зміні рівня домагань, зниженні самооцінки, впевненості в собі, а також такий рівень може сприяти розвитку невротизму та психовегетативних захворювань.

52% респондентів з 2 групи продемонстрували низьку тривожність. Дані респонденти адекватно сприймають самі себе, не схильні сприймати оточуючий світ як загрозу та являються емоційно стійкими.

Результати респондентів обох груп за шкалою фрустрації отримані при проходженні методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка продемонстровані в табл.2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів за рівнем фрустрації

Рівень	К-сть респондентів (%)	
	1 група	2 група
Високий	72	–
Середній	20	48
Низький	8	52

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Для досліджуваних, що мають високий рівень фрустрованості (72% респондентів 1 групи) характерні прояви агресії, регресії, безцільних і невпорядкованих реакцій.

Помірний рівень фрустрованості проявляється у 20% опікунів без досвіду використання технік майндфулнес та 48% опікунів з 2 групи, їм характерна стійка тенденція, властива деяким індивідам, відчувати себе некомпетентними і відчувати дистрес. Відсутність фрустрованості проявляється у 8% респондентів з 1 групи та 52% з другої. Це говорить про те, що перед досліджуваними не виникає на даний момент проблем в досягненні поставленої мети.

Результати респондентів обох груп за шкалою агресивності отримані при проходженні методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка продемонстровані в табл.2.5.

Розподіл респондентів за рівнем агресивності

Рівень	К-сть респондентів (%)	
	1 група	2 група
Високий	56	24
Середній	44	64
Низький	–	12

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Результати проведеної методики показали, що 56% досліджуваним без досвіду використання технік майндфулнес та 24% опікунів, що використовують техніки майндфулнес притаманний високий рівень агресії, що негативно впливає на їх взаємовідносини з оточуючими.

У 44% респондентів з 1 групи та 64% досліджуваних з 2 групи – середній рівень агресії, який виражається в слабкій здатності до гальмування і деякій спонтанності. І лише у 12% опікунів, які знайомі з майндфулнес простежується низький рівень агресії, для якого характерний бажання нікого не образити і нерішучість у критичних ситуаціях.

Результати респондентів обох груп за шкалою ригідності отримані при проходженні методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка продемонстровані в табл.2.6.

Розподіл респондентів за рівнем ригідності

Рівень	К-сть респондентів (%)	
	1 група	2 група
Високий	68	8
Середній	32	72
Низький	–	20

Примітка: 1 група – опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група - опікуни, що використовують техніки майндфулнес

68% опікунів без досвіду використання технік майндфулнес та 8% опікунів знайомих з технікою мають високий рівень ригідності. Що говорить про неготовність респондентів до змін відповідно до нових ситуаційних вимог; досліджувані використовують неадекватні для певної ситуації стереотипів поведінки, некритично слідує звичному способу дії, нездатні змінити одного разу обрану стратегію і т.д.

В досліджуваній вибірці виявлено 32% респондентів з 1 групи та 72% з 2-ї з помірним рівнем ригідності. Помірно ригідні – це такі люди, у яких одночасно проявляються риси ригідності і мобільності. Вони часто бувають успішними лідерами, особливо в поєднанні з високим інтелектом і професіоналізмом. Головні особливості помірно ригідних людей: стресостійкість, активність життєвої позиції, як протидія обставинам, стійкість інтересів, яка спрямована на відстоювання власних переконань, практичність, акуратність, пунктуальність, прямолінійність, опора на власний досвід.

І лише 20% респондентів з 2-ї групи демонструють мобільність. Психологічно мобільних людей відрізняє повнота їх занурення в процес спілкування, легка концентрація уваги, квапливість мови і манера квапити співрозмовника з відповіддю, перебивати, намагаючись закінчити фразу замість нього.

Особливості стресостійкості респондентів були досліджені за допомогою методики «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Т. Холмса і Р. Раге. Результати 1 та 2 груп занесені до табл.2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл респондентів за показником опірності до стресу

Ступінь опірності стресу	К-сть респондентів (%)	
	1 група	2 група
Достатньо високий	—	12
Високий	20	40
Пороговий	52	40
Низький	28	8

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Обидві групи досліджуваних переважно мають пороговий ступінь стресостійкості – в групі опікунів без досвіду використання технік майндфулнес ця кількість складає 52% досліджуваних, а серед опікунів, що знайомі технікою ця частка – 40%, Такий рівень опірності до стресу призводить до того, що людина змушена майже всю свою енергію і ресурси спрямовувати на подолання негативних психологічних станів, спричинених стресом.

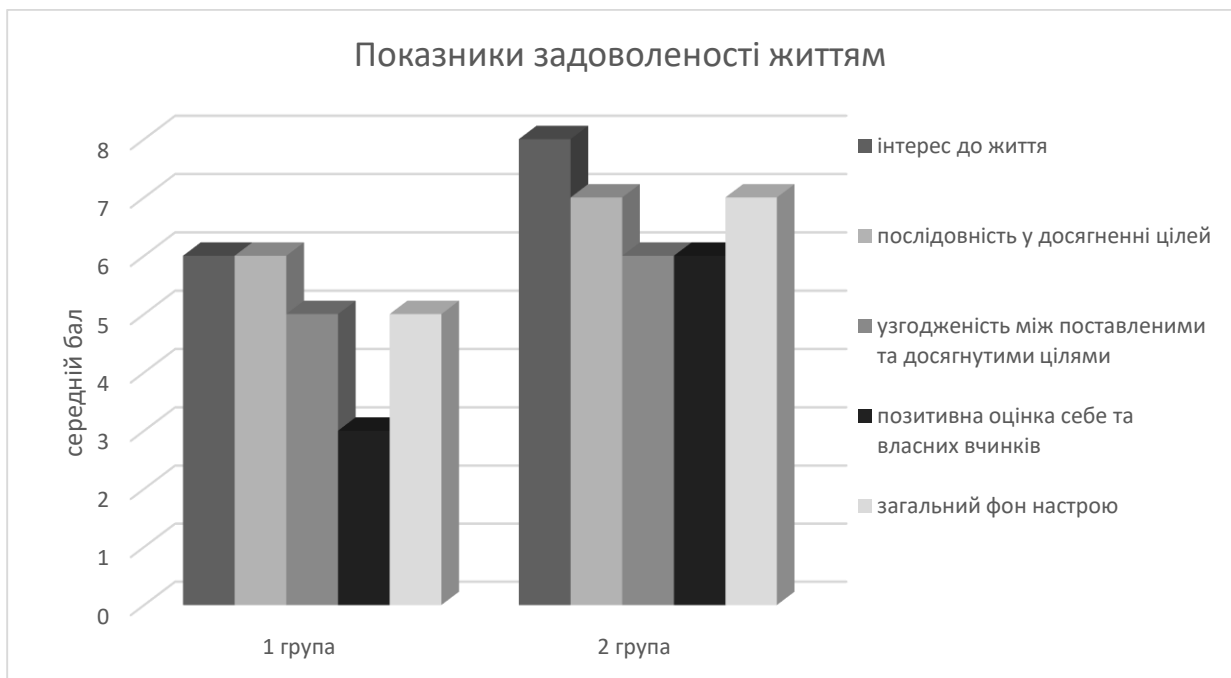
20% досліджуваних з 1-ї групи та 40% респондентів з 2-ї групи показали високу стресостійкість, яка дає їм можливість успішно виконувати завдання і домашні обов'язки навіть в складних емоційних умовах, і зберігати працездатність і ментальне здоров'я після впливу стресових факторів.

Натомість 28% респондентів з 1 групи та 8% з 2-ї продемонстрували низький рівень стресостійкості, що говорить про нездатність людини протидіяти стресам, що призводить до негативних наслідків у психічній, соціальній, професійній і поведінковій сферах. Такий рівень стресостійкості

характеризує максимально можлива ригідність по відношенню до зовнішніх подій. Їм важко адаптуватися під нові для себе умови, та змінювати свою поведінку і усталені звички. Вони люблять стабільність, і будь-яка несприятлива і неочікувана зовнішня подія або навіть натяк на її можливість можуть викликати значний стрес.

І лише 12% опікунів з 2-ї групи продемонстрували досить високий рівень стресостійкості. Для них характерна мінімальна ступінь стресового навантаження.

Вираженість показників індексу задоволення життям за методикою LSIA проілюстровані на рис. 2.7.



Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Рис. 2.7. Вираженість показників індексу задоволення життям

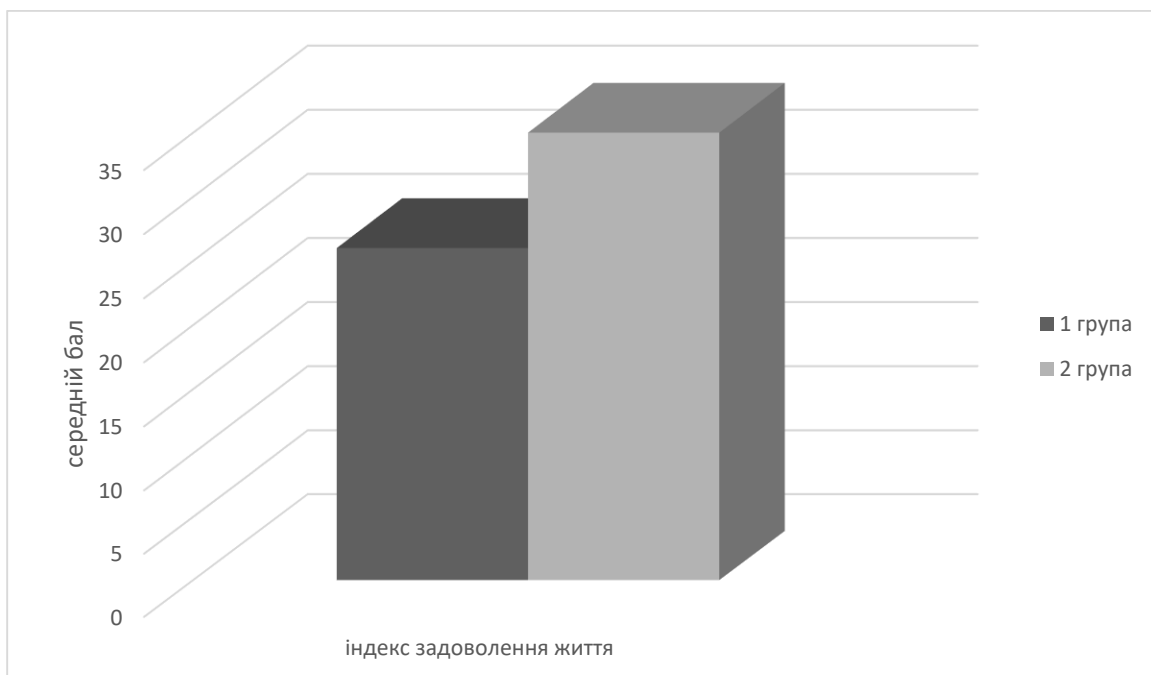
Отримані дані дають змогу нам говорити про те, що неформальні опікуни, не знайомі з техніками майндфулнес, не відзначаються високим рівнем задоволеності життєвими обставинами, що склалися на даний момент і

роллю, яку вони в них відіграють. Найбільш вираженими в даній групі є показник інтересу до життя та результативність в досягненні власних цілей, проте їм заважає досить низька самооцінка.

Опікуни, що використовують техніки майндфулнес продемонстрували досить високі показники задоволеності життям. У них присутній високий ступінь ентузіазму, вони задоволені відносинами з іншими людьми у звичайному повсякденному житті, не дивлячись на доволі емоційно та фізично виснажливу роботу при догляді за хворим.

Вони рішучі та стійкі, спрямовані на досягнення цілей, упевнені в собі та своїх силах та досить оптимістично налаштовані на майбутнє.

На рис.2.8 відображено середній показник індексу задоволеності життя неформальних опікунів онкопацієнтів:



Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Рис. 2.8. Вираженість індексу задоволення життям опікунів

Згідно з ключем до методики, проілюстровані дані свідчать про те, що неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес демонструють середній показник задоволеності життя (26 балів), натомість опікуни, що використовують техніки майндфулнес характеризуються вищими показниками задоволеності (35 балів).

Для опікунів з високим значенням показника характерні низький рівень емоційної напруженості, висока емоційна стійкість, низький рівень тривожності. Натомість досліджуваним із середніми значеннями властиві перепади настрою, критичне ставлення до власних якостей та дій, що не дозволяє в повній мірі насолоджуватися життям.

2.4. Статистично значимі розбіжності симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів

Для виявлення значимих розбіжностей симптомів емоційного вигорання у родичів онкохворих було використано ряд статистичних критеріїв.

Для початку з'ясували характер розподілу показників за допомогою непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова. Було встановлено, що велика частка показників має відхилення в розподілі. Серед них:

- 1) за опитувальником «Діагностика емоційного вигорання» К.Маслач, С.Джексон: «емоційне виснаження» - $p=0,001$; «деперсоналізація» - $p=0,048$;
- 2) за опитувальником «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка: «тривожність» - $p=0,003$, «агресивність» - $p=0,024$;
- 3) за методикою визначення стресостійкості і соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге: «стресостійкість» - $p=0,001$;
- 4) за методикою: «Індекс задоволення життям»: «інтерес до життя» - $p=0,032$, «узгодженість між поставленими та досягнутими цілями» - $p=0,006$, «індекс життєвої задоволеності» - $p=0,001$.

З'ясувавши наявність відхилень в розподілі, для порівняння результатів дослідження показників емоційного вигорання обох груп було використано непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Статистично значимі результати проведеної обробки результатів опікунів представлені в табл.2.8

Таблиця 2.8

Групові відмінності за методикою «Емоційне вигорання (МВІ)»

К. Маслач

№ групи	Середнє значення	Значимість
Шкала емоційного виснаження		
Група 1	35,66	0,001
Група 2	19,46	

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

В вище поданій табл.2.8 ми можемо помітити, що досліджувані групи респондентів мають значимі відмінності в показниках емоційного виснаження. Що вказує на те, що досліджувані з 1-ї групи мають більш виражені ознаки виснаження на противагу опікунам з досвідом використання технік майндфулнес, які практично не проявляють ознак «перенасиченості» працею, незадоволеності життям в цілому та втрати інтересу і позитивних почуттів до оточуючих себе людей.

В ході статистичної обробки даних отриманих за допомогою психодіагностичної методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка було встановлено, що існує статистично-значимі відмінності в показниках респондетів за кількома шкалами (табл.2.9).

Групові відмінності за методикою «Самооцінка психічних станів»**Г. Айзенка**

Група	Середнє значення	Значимість
Тривожність		
1 група	44,03	0,001
2 група	29,14	
Агресивність		
1 група	45,93	0,014
2 група	32,28	

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Отже, згідно отриманих показників опікуни без досвіду використання технік майндфулнес порівняно з їх опонентами, що знайомі з релаксаційними техніками вирізняються підвищеною тривожністю та агресивністю. Вони часто прагнуть до лідерства шляхом застосування примусу по відношенню до інших людей та сприймають оточуючий світ як зовнішню загрозу.

Статистичні розбіжності встановлені на основі отриманих показників за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Раге продемонстровані в табл.2.10.

Таблиця 2.10

Групові відмінності за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Раге

Група	Середнє значення	Значимість
Опірність до стресу		
1 група	37,34	0,001
2 група	56,02	

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Встановлено, що опікуни без досвіду використання технік майндфулнес мають нижчу опірність до стресу, ніж ті, що мають досвід. Респонденти з 1-ї групи не схильні змінювати свою поведінку і адаптуватися під зовнішній світ, їх життєві установки і переконання непорушні, тому будь-яка несприятлива зовнішня подія або лише думки про те, що вона можлива у майбутньому, є для них стресом.

До табл.2.11 занесені статистично значимі розбіжності опікунів онкопацієнтів за показниками задоволеності життям.

Таблиця 2.11

Групові відмінності за методикою LSIA

Група	Середнє значення	Значимість
Узгодженість між поставленими та досягнутими цілями		
1 група	20,75	0,025
2 група	30,91	
Позитивна оцінка себе та власних вчинків		
1 група	20,58	0,003
2 група	34,66	
Загальний фон настрою		
1 група	18,54	0,001
2 група	36,48	
Індекс життєвої задоволеності		
1 група	20,46	0,001
2 група	34,76	

Примітка: 1 група – неформальні опікуни без досвіду використання технік майндфулнес; 2 група – неформальні опікуни, що використовують техніки майндфулнес

Отримані розбіжності свідчать про те, що опікуни без досвіду використання технік майндфулнес недостатньо прикладають зусиль задля досягнення поставлених цілей порівняно зі своїми опонентами по дослідженню, які також продемонстрували вищі показники самооцінки своїх зовнішніх і внутрішніх якостей, а також власних вчинків.

Крім того групи різняться за ступенем оптимізму та загальним показником задоволення від життя. У 1-й групі показники суттєво гірші, ніж у 2-й.

Отже, отримані результати свідчать про те, що техніки майндфулнес ефективні для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів.

Задля покращення психоемоційного стану неформальних опікунів з 1-ї групи, їм було запропоновано взяти участь в онлайн заняттях, основою яких є використання технік майндфулнес та повторно пройти тестування щоб визначити чи відбулися якісь якісні зміни.

Висновки до другого розділу

Для оцінки можливостей використання технік майндфулнес для зниження симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів було відібрано 50 учасників дослідження, половина з яких на момент діагностики були знайомі з техніками майндфулнес, інша частина – ніколи не чула і не користувалася подібними техніками. Опікуни, що увійшли до вибірки доглядають за пацієнтом мінімум 6 місяців. Вік опікунів варіюється між 26 та 40 роками. Більшість емпіричних матеріалів було зібрано із залученням інтернет мережі, при безпосередньому контакті з експериментатором було продіагностовано лише 12% досліджуваних.

В ході діагностики було встановлено що опікуни, які використовують техніки майндфулнес є менш емоційно виснаженими (низький рівень в 72% респондентів). Натомість у групі опікунів незнайомих з техніками

майндфулнес виснаження знаходиться на етапі формування та є провісником розвитку і запускаючим механізмом (тригером) виникнення синдрому емоційного вигорання. І невелика кількість респондентів має уже високі показники виснаження, ці респонденти відчувають емоційну перенапругу й почуття спустошеності.

Отримані показники свідчать про те, що 40% опікунів без досвіду використання технік майндфулнес та 8% опікунів, що використовують дані техніки мають високий рівень тривожності, що відображається на зміні рівня цілей, яких вони хочуть досягти, зниженні самооцінки, впевненості в собі, а також такий рівень може сприяти розвитку невротизму та психовегетативних захворювань. 72% респондентів 1 групи мають високий рівень фрустрованості, їм характерні прояви агресії, регресії, безцільних і неупорядкованих реакцій. 68% опікунів без досвіду використання технік майндфулнес та 8% опікунів знайомих з технікою мають високий рівень ригідності. Обидві групи досліджуваних переважно мають пороговий ступінь стресостійкості. Натомість 28% респондентів з 1 групи та 8% з 2-ї продемонстрували низький рівень стресостійкості, що говорить про нездатність людини протидіяти стресам, що призводить до негативних наслідків у психічній, соціальній, професійній і поведінковій сферах. Також опікуни без досвіду використання технік майндфулнес демонструють середній показник задоволеності життя (26 балів), натомість опікуни, що використовують техніки майндфулнес характеризуються підвищеними показниками задоволеності (35 балів).

В ході статистичної обробки даних опікуни без досвіду використання технік майндфулнес порівняно з їх опонентами, що знайомі з техніками вирізняються підвищеною тривожністю та агресивністю, мають нижчу опірність до стресу, не схильні змінювати свою поведінку і адаптуватися під зовнішній світ, вони недостатньо прикладають зусиль задля досягнення поставлених цілей та різняться за ступенем оптимізму та загальним показником задоволення від життя.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК МАЙНДФУЛНЕС ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ СИМПТОМІВ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У РОДИЧІВ ОНКОПАЦІЄНТІВ

3.1. Техніки майндфулнес: програма інтервенції

У практиці майндфулнес людей заохочують звертати увагу на те, що відбувається в даний момент, без засуджень, не покладаючись на раніше сформовані схеми. Мета цього підходу полягає в тому, щоб допомогти людям змінити спосіб мислення за допомогою медитації та вправ усвідомленості. В 8-тижневій програмі, що базувалась на майндфулнес, були використані аудіо-записи медитацій українською мовою, які є доступними в українському застосунку SVITLO та на сайті fizis.net [1, 3].

Курс майндфулнес практики складався з щотижневих вебінарів тривалістю 60 хвилин і самостійної роботи учасників дослідження (30-45 хвилин) 5 разів на тиждень. Учасникам необхідно було самостійно виконувати вправи та прослухати і практикувати хоча б одну медитацію на день.

Додатково, учасники отримували завдання для неформальної практики на кожен день щоб інтегрувати отримані знання та навички в повсякденне життя. У всіх цих формальних та неформальних практиках учасників навчають приділяти повну увагу досвіду, який є тепер і зараз, і вибирати умілу відповідь, а не автоматичну реакцію на зовнішні події, думки, емоції чи відчуття, коли вони виникають.

Щоб забезпечити учасників інструкціями в режимі реального часу, проводились щотижневі групові інтерактивні віртуальні зустрічі (вебінари). Цілі вебінарів полягали в тому, щоб дати учасникам можливість навчитися технікам саморегуляції емоцій та відчути медитацію в груповій обстановці, навчати корисним якостям для виховання уважності, і відповідати на

запитання, пов'язані зі змістом навчання, спонукати учасників використовувати неформальні практики майндфулнес у повсякденному житті. На вебінарах учасники дізналися про стрес і змогли дослідити звичні, автоматичні поведінкові, фізичні, емоційні та когнітивні моделі, а також навчилися навичкам використання ефективніших відповідей на виклики та вимоги повсякденного життя щоб уникнути емоційного вигорання.

Щотижневі вебінари в прямому ефірі проводилися за допомогою зашифрованої платформи Zoom Video Communications. З міркувань конфіденційності учасники мали можливість використати псевдонім і вимкнути відео. Кожне заняття починалося з переклички, після чого йшло приблизно 15 хвилин навчання, 20 хвилин практики медитації під керівництвом і час для обговорення, запитань і відповідей.

Мета курсу полягала в тому, щоб навчити осіб, які доглядають за онкохворими пацієнтами, краще усвідомлювати свої думки та почуття за допомогою практики медитації, а також звертати увагу та спостерігати, але не реагувати на свої думки чи почуття під час стресових ситуацій, які сприяють емоційному стресу та вигоранню.

Навчальна програма була сфокусована на тому щоб навчити учасників як формальним практикам, таким як медитація сидячи, сканування тіла, медитація доброзичливості, так і використанню неформальних практик майндфулнес в повсякденному житті, і була побудована на таких темах:

Таблиця 3.1

Структура програми

1 тиждень	Що таке майндфулнес? Техніка «Сканування тіла».
2 тиждень	Задоволення і сила бути присутнім. Техніка «Медитація сидячи».
3 тиждень	Неформальні практики майндфулнес у повсякденному житті. Техніки «Усвідомлена ходьба», «Усвідомлене споживання їжі».

4 тиждень	Усвідомлення паттернів стресової реактивності. Реакції «бий, або біжи». Фізіологічні особливості хронічного стресу. Техніка «Дихальний простір».
5 тиждень	Робота зі стресом. Релаксаційні техніки. Техніка «Безпечне місце».
6 тиждень	Думки – не факти. Як справитися з негативними думками. Когнітивні спотворення. Вправа «Щоденник думок».
7 тиждень	Неприємні емоції та фізичний біль. Вправа «Радикальне прийняття».
8 тиждень	Майндфулнес і співчуття до інших і до себе. Техніка «Медитація доброзичливості».

Заняття 1

Перше онлайн заняття включає огляд того, що собою представляють практики майндфулнес і як вони можуть допомогти людям, які переживають стрес, тривожні стани, страждають від високого кров'яного тиску, депресії, хронічного болю, мігрені, захворювань серця, діабету та інших хвороб. Люди, які використовують ці практики, зазвичай повідомляють, що почуваються більш живими, більш «в гармонії» з собою та іншими і оптимістичніше дивляться на життя.

Хоча майндфулнес як практика історично вкорінена в давніх буддійських медитативних дисциплінах, це також універсальна практика, від якої кожен може отримати користь. Сьогодні, майндфулнес вийшла за межі свого духовного коріння і навіть за межі психології та психічного та емоційного благополуччя, і використовується в широкий спектрі контекстів, включаючи медицину, нейронауку, психологію, освіту та бізнес.

Коли ви починаєте бачити життя як процес постійних змін, ви можете почати визнавати всі аспекти свого досвіду — задоволення і біль, страх і радість — з меншим стресом і більшою рівновагою. Оскільки усвідомленість може слугувати потужним засобом для кращого розуміння психіки та причин

страждань, це також ефективний шлях і до припинення цих страждань. Наш розум, через наші наміри та думки, є творцем нашого власного щастя та нещастя. Уважність пропонує простір, щоб вийти за межі параду душевних ран, відрази та фантазій і просто спостерігати за ними, як вони виникають і йдуть. З часом ми зможемо навчитися визнавати важкі почуття та думки, чіткіше бачити їх походження та переживати глибші стани прийняття та спокою.

Звертаємо увагу учасників програми на те, що майндфулнес – це процес активного, відкритого усвідомлення без оцінювання погано це чи добре. Це означає зосередження уваги на теперішньому моменті з відкритістю, цікавістю, добротою та гнучкістю. Підкреслюємо, що існує багато формальних і неформальних способів щоб інтегрувати практику майндфулнес в своє життя з користю для свого здоров'я.

Усвідомлення вважається медитацією пізнання (або інсайту), оскільки вона повертає повну увагу до тіла та свідомості в поточний момент, не намагаючись змінити досвід або маніпулювати ним. Якби не були відчуття в тілі (зорові, звукові, запахи, смаки, дотики) або свідомості (думки), завдання полягає в тому, щоб просто спостерігати за тим, що відбувається і як воно змінюється. Практикуючи усвідомленість, ви починаєте відкривати причини власних страждань і знаходити шлях до більшої свободи.

Під час майндфулнес медитації немає потреби приймати певні конкретні або незвичайні пози. Єдина інструкція полягає в тому, щоб зайняти таке положення, в якому ви можете залишатися пильними, уважними, і щоб вам було комфортно під час практики. Також добре було б тримати спину прямою для полегшення дихання. Ви можете лягти або сісти на подушку для медитації, яка називається дзафу, або навіть сидіти у кріслі, що підтримує вас, щоб ви не заснули і відчували себе спокійно. Майндфулнес це не про дотримання певної пози сидячи чи навіть певного психічного стану, це про відчуття перебування в теперішньому моменті в будь-якому положенні, тілом і свідомістю.

Учасників навчають як виконувати медитацію сканування тіла (Body Scan) і наголошують на необхідності щоденних занять формальними практиками 30-35 хвилин на день. Вправа сканування тіла дає можливість потренуватися в тому, щоб просто зацікавлено та доброзичливо усвідомлювати те, що відбувається в кожну мить, без необхідності робити щонебудь, щоб змінити ситуацію.

Основна увага має бути зосереджена на розслабленні та усвідомленні, коли ви відновлюєте зв'язок зі своїм тілом і відчуттями, які ви відчуваєте, а не опираєтеся їм. Наприклад, якщо ви відчуваєте біль, практикуйте, щоб помічати це відчуття, не намагаючись його блокувати. Мета – навчитися помічати свої відчуття, не оцінюючи їх як приємні чи неприємні, і відчувати себе комфортно з незручним.

Ця медитація допомагає зрозуміти зв'язок між розумом і тілом і може бути особливо корисною коли ви відчуваєте неприємні емоції або думки [60]. Після закінчення медитації сканування тіла проводиться обговорення того, які відчуття мали учасники програми під час виконання цієї практики.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати медитацію *Сканування тіла* 5 разів на тиждень;

Додаткова неформальна практика: намагатися помічати або культивувати моменти усвідомлення протягом дня — на короткий час налаштуватися на дихання, відчуття тіла, звуки, що можна побачити, а також думки та емоції — тобто все, що присутнє в той час, помічаючи це без судження.

Заняття 2

Тема другого заняття: Що значить бути усвідомленим?

Коли ми були дітьми, ми були набагато більш фізичними та усвідомлювали наші тілесні відчуття. Але в міру дорослішання більшість із нас стали менш приземленими та обізнаними і живемо на автопілоті — напівсні, загублені в минулому та весь час турбуючись про майбутнє.

В практиці майндфулнес, «заземлення» означає здатність повертатися до теперішнього моменту і підтримувати постійну увагу до цього моменту. Наприклад, практикуючи медитацію усвідомленості, ви зосереджуєтесь лише на своєму диханні приблизно 10–30 хвилин, а під час медитації сканування тіла ви навмисно фокусуєтесь на різних частинах свого тіла.

Практика бути більш заземленим у своєму тілі та в навколишньому світі допомагає нам прокинутися і жити зараз. Більше усвідомлення наших фізичних відчуттів і стану нашого розуму дозволяє нам бути більш присутніми - тут і зараз.

Ми це можемо зробити зосереджуючись на диханні: це повертає нас у цей самий момент — тут і зараз. Ми можемо звертати увагу на дихання незалежно від того, де ми знаходимось. Мета цієї вправи — зосередитися на контрольованому вдиху та видиху та рахувати вдихи. Ця доступна техніка може фактично змінити наш досвід, з'єднавши нас із ширшим простором і ширшою перспективою, з якої можна дивитися на світ. Це буде визначати якою буде наша реакція чи відповідь на те що ми бачимо і що відбувається у нашому житті.

Учасники ознайомлюються з практикою медитації сидячи (Sitting meditation) фокусуєтесь на диханні. Мова йде не про контроль чи зміну дихання, а про зосередження на диханні і тілесних відчуттях дихання, помічаючи, коли увага блукає, і навмисне повернення уваги до дихання. По закінченні учасники обговорюють свої відчуття під час цієї практики.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати медитацію *Сканування тіла* 5 разів на тиждень;

Медитація сидячи 10-15 хвилин на день

Заняття 3

На цьому онлайн занятті обговорюються неформальні практики майндфулнес, які можна використовувати щодень, навіть постійно перебуваючи у режимі багатозадачності і перевантажень, на відміну від

формальних медитацій, які потребують спеціально відведеного часу, простору, зручних поз.

Ми можемо практикувати неформальну практику де завгодно і в будь-який час, коли ми виконуємо будь-яку дію з уважністю до того, що саме відбувається тут і тепер. В цей час ми маємо задіювати всі наші органи чуття і спостерігати за своїми відчуттями. Наприклад, ми можемо усвідомлено споживати чи готувати їжу, гуляти, мити посуд, приймати душ, тощо.

Наприклад, коли ви споживаєте їжу, намагайтеся зосередити увагу на кольорі і формі тарілок, смаку їжі, її аромату та відчутті вагу, поверхню, та форму столових приборів. Слід жувати повільно і усвідомлено, контролюючи процес ковтання і стежачи за відчуттями в шлунку. Таке усвідомлене споживання їжі допоможе розвинути здорові стосунки з їжею.

Коли ви маєте посуд, зверніть увагу на воду та відчуйте її тепло, пінні бульбашки, як ваші руки торкаються посуду. Уповільніть рухи, зупиніться на мить і зверніть увагу на кожен тарілку чи чашку, яку ви маєте.

Найпростіший спосіб привнести усвідомлення в наше життя, медитуючи під час ходьби. Виходячи з дому, йдучи на роботу, піднімаючись сходами або під час будь-яких інших рухів протягом дня, зосередьтеся на відчуттях у своєму тілі. Це передбачає зосередження на відчуттях у стопах або ногах або, альтернативно, відчуття руху всього тіла. Також можна поєднати усвідомлення свого дихання з досвідом ходьби.

Під час прогулянки, слід намагатися усвідомлювати навколишню природу, насолоджуватися краєвидами, звуками та запахами, і зосереджуватися на тому, що відчуває ваше тіло та розум під час руху [62]. Слухайте звуки птахів або інших тварин, наприклад, квакання жаб у ставку, або шелестіння листя на деревах. Якщо ви живете в місті, прислухайтеся до звуків машин, що проїжджають, або до голосів людей, які проходять повз.

Практикуючи майндфулнес у повсякденному житті, ми виконуємо свідомий акт запам'ятовування та повернення уваги до теперішнього

моменту та простих дій протягом дня, що покращує формальну практику медитації.

Учасники групи виконують медитацію сидячи, а потім ознайомлюються з практикою медитації під час ходьби (англ. Mindful walking) – простої універсальної практики для розвитку відчуття спокою і усвідомленості.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати медитацію *Сканування тіла* 5 разів на тиждень;

Медитація сидячи 10-15 хвилин на день.

Для неформальної практики цього тижня пропонується практикувати усвідомленість при виконанні певної рутинної діяльності, наприклад миття посуду, споживання їжі, прогулянки.

Заняття 4

Основна тема четвертого заняття: Що таке стрес і як він впливає на наше фізичне і ментальне здоров'я.

Стрес можна визначити як будь-який тип зміни, що викликає фізичне, емоційне або психологічне напруження. Це відповідь, яку дає наше тіло на все, що потребує нашої уваги або необхідності діяти швидко. Стрес є фізіологічним вираженням нашого механізму виживання «бийся або тікай». Загрозлива ситуація провокують стресову реакцію, яка готує нас протистояти чи втекти від можливої небезпеки. Це допомагає при безпосередній небезпеці але, на жаль, стресова реакція також виникає в напружених ситуація, коли фізична дія не є варіантом.

Короткий, ситуативний стрес є позитивним фактором, що мотивує наші дії. Але хронічний стрес протягом тривалого періоду, який неможливо уникнути, наприклад, тяжка хвороба близької людини, негативно впливає на здоров'я та самопочуття оскільки наші біологічні реакції на стрес можуть погіршити психічне і фізичне здоров'я.

Але стресу не потрібно боятися оскільки існують ефективні способи зменшення негативної реакції на стрес, які допомагають боротися з його негативними наслідками, наприклад медитація, йога, візуалізація.

Майндфулнес практики допомагають розпізнати і знизити негативний вплив автоматичних, звичних реакцій на стрес і навчитися швидко відновлюватися емоційно після стресових ситуацій.

Учасники групи знайомляться з медитацією *Дихальний простір* (англ. Breathing space), яка дає можливість вийти з режиму автопілоту і відчутти теперішній момент і те, що відбувається зараз. Це створення простору для відновлення зв'язку з своєю при природною стійкістю і мудрістю.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати медитацію *Сканування тіла* та медитацію *Дихальний простір* 5 разів на тиждень

Неформальна практика: практикувати усвідомленість при виконанні рутинної діяльності, такої як, споживання їжі, прогулянки.

Заняття 5

На цьому занятті продовжується ознайомлення з стратегіями подолання стресу. Коли ми автоматично реагуємо на неприємні відчуття з неприйняттям, відразу, цей спосіб реагування на стрес може викликати проблеми. Головне завдання полягає в тому, щоб навчитися краще усвідомлювати наш досвід, щоб ми могли реагувати усвідомлено, а не автоматично.

Регулярна практика *медитації сидячи* дає нам багато можливостей помітити, коли ми відійшли від усвідомлення моменту, відзначити з дружньою усвідомленістю те, що відвернуло нашу увагу, і м'яко й твердо повернути нашу увагу до того на чому ми зосереджуємося, відновивши зв'язок з усвідомленням цієї миті.

В інший час дня ми можемо цілеспрямовано використовувати вправу *Дихальний простір* кожного разу, коли ми помічаємо неприємні відчуття або відчуття «напруження» в тілі – це дає можливість почати відповідати на стрес усвідомлено, а не реагувати автоматично.

Учасники групи знайомляться з вправою на уяву *Безпечне місце* (*Safe place*), яка дозволяє відволіктися від того, що відбувається зараз якщо ви відчуваєте тривогу і уявити себе у безпечному місці, де ви почуваетесь

комфортно та затишно. Необхідно заплющити очі та уявити собі це місце у всіх деталях, спробувати почути звуки, які лунають звідти, відчути запахи тощо.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати *медитацію сидячи* та медитацію *Дихальний простір* 5 разів на тиждень

Виконувати вправу на уяву *Безпечне місце*

Заняття 6

Мета заняття навчити учасників групи ефективним корисним технікам, які допомагають справлятися з негативними думками, не уникаючи їх, а змінивши своє ставлення до них. Когнітивні викривлення (або когнітивні упередження) — це ірраціональні моделі мислення, які автоматично виникають у нашій свідомості та змушують нас дивитися на реальність неточно й зазвичай негативно. Такий тип мислення не дає нам відчувати себе щасливими і сприяє відчуженню між людьми.

Цілком природно періодично відчувати когнітивні викривлення як відповідь на нашу тривогу про певні ситуації та труднощі. Але якщо ми несвідомо посилюємо когнітивні викривлення з часом, це може завдати шкоди нашому психічному здоров'ю, стосункам і благополуччю.

Ці марні фільтри роблять будь-які життєві обставини, в яких ми опиняємося, набагато більш тривожними та складними. Тож коли нас турбують наші думки, ми повинні запитати, чи це правда? Думки, що виникають слід сприймати як ментальні події, а не факти, і відноситися до них критично.

Оскільки ці моделі мислення часто виникають несвідомо, корисно ознайомитися з ними, щоб ви могли пам'ятати, коли ви можете потрапити в ці пастки. Знаючи це, у вас з'являється можливість поглянути на ситуацію інакше або розглядати свої думки просто як події, а не факти.

Катастрофізація — це стиль мислення, який посилює тривогу. У складних ситуаціях людина очікує на катастрофу і автоматично уявляє

найгірший можливий розвиток подій. Це гра з найгіршими сценаріями. Наприклад, ви кажете комусь, що йде досить сильний дощ, а вам відповідають: «Так, здається, він ніколи не припиниться. Буде повінь, і ми втратимо весь урожай».

Перебільшення негативного та зниження позитивного сприяють тривожним і депресивним настроям, оскільки і такому випадку позитивний досвід применшується або не визнається, а негативні деталі перебільшуються. Наприклад: коли ви говорите про щось хороше, а потім використовуєте слово «але», щоб додати негативу. Наприклад «У мене вже є успіхи на роботі, але я все ще роблю помилки». Це знижує позитив і надає більше сили негативу.

Читання думок полягає в тому, щоб переконати себе, що ви знаєте, що думають і відчувають інші люди і чому вони діють саме так, як вони діють, хоча у вас нема жодних доказів цьому. Наприклад, ви можете неправильно припустити, що ви комусь не подобаєтеся. Такі інтерпретації, як правило, провокують розвиток тривожності або депресивних станів.

Обов'язок або я «повинен» — це надто поширена модель мислення, яка може призвести до почуття провини чи гніву на додачу до стресу. Це непорушні правила для вас і для інших. Якщо ви самі порушуєте свої правила, то у вас часто виникає почуття провини через те, що ви не виправдали своїх власних очікувань. Якщо інші порушують ці правила, ви, швидше за все, сердитесь або обурюєтесь.

Звинувачення передбачає перекладання на інших відповідальності за ваш біль або відповідальності за проблеми інших на себе. Це спричинює страждання та біль. Однак зазвичай ви не можете змінити інших і, можливо, не зможете змінити обставини — ви можете лише сподіватися змінити себе. Якщо ви вважаєте, що ви не можете вирішити проблему, ви позбавляєте себе сили вплинути на зміни.

Учасників курсу навчають використовувати вправу, яка допомагає змінити ставлення до своїх негативних думок. Такі думки необхідно записати, оскільки це дає можливість подивитися на них у спосіб, який є менш

емоційним і приголомшливим. Крім того, пауза між думкою та її записом може дати час поміркувати над її значенням.

Потім слід поставити собі такі запитання:

- Ця думка з'явилася в моїй голові автоматично?
- Чи відповідає це дійсності ситуації?
- Чи є щось у цьому, що я можу поставити під сумнів?
- Як би я думав про це в інший час, в іншій ситуації?
- Чи є якісь альтернативи?

Далі слід лагідно запитати себе:

- Я перевтомився?
- Я поспішно роблю висновок?
- Чи я сприймаю реальність в чорно-білих тонах?
- Чи очікую я досконалості?

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати *Медитацію сидячи* та медитацію *Сканування тіла* 5 разів на тиждень.

Вправа «Щоденник думок» (Thought Record)

Заняття 7

Тема заняття: Що робити якщо відчуваєш неприємні емоції або/та фізичний біль? В житті часто бувають ситуації, які ми не контролюємо і не можемо нічого змінити в реальності. Це викликає сильні негативні неприємні емоції. Дві найбільш типові реакції на сильний емоційний біль це блокування та занурення.

При «Блокуванні» ми заперечуємо свій дискомфорт намагаючись уникнути неприємних емоцій, використовуючи силу волі, відволікаючись, переконуючи себе, що ми не маємо проблеми та/або шляхом самолікування їжею, алкоголем або наркотиками.

Друга найбільш типова реакція, «Занурення», — це не свідомий вибір, а ефект відсутності достатніх ресурсів для боротьби з неприємним станом. При Зануренні ми вражені труднощами: відчуваємо дискомфорт і пов'язані з ним

страхи та/або судження. Емоційний біль часто супроводжується відчуттям безпорадності та думками (Я не можу це витримати. А що як буде ще гірше?). Ці тактики є неефективними.

Учасників групи навчають техніці радикального прийняття. Радикальне прийняття означає прийняття навіть найскладніших ситуацій та неприємних емоцій такими, якими вони є, без спроб їх змінити або уникнути. Коли ми практикуємо радикальне прийняття, ми приймаємо реальність і визнаємо ситуацію без осуду і без критики інших людей або себе.

Прийняття речей, які ми не можемо змінити, такими, якими вони є, може бути критичним кроком в переживанні важкого досвіду щоб досягти відчуття більшого сенсу. Це дозволяє нам перефокусувати свою увагу на те, що ми можете зробити зараз. Тоді ми можемо скласти проактивний план змін.

Радикальне прийняття допомагає нам регулювати наші емоції, обмежувати дисфункціональне мислення та покращувати мотивацію. Але радикальне прийняття не відбувається саме по собі. Ми можемо навчитися тій техніці через свідоме намагання змінити те, як ми взаємодіємо з нашими емоціями та несприятливими ситуаціями.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати *медитацію сидячи* та *медитацію Сканування тіла* 5 разів на тиждень.

Вправа «Радикальне прийняття» (Radical Acceptance)

Заняття 8

Тема цього онлайн заняття: Майндфулнес і співчуття до інших людей і до себе.

Доброта та співчуття лежать в основі майже кожної медитативної традиції. Саме ці поняття мабуть є найголовнішими компонентами майндфулнес практик завдяки яким вони працюють. Без цього практики в кращому випадку будуть сухими, а в гіршому – суворими та непродуктивними. Насправді у людей є природна схильність встановлювати зв'язки з іншими близькими людьми та піклуватися про інших як механізм для

виживання, що виник в процесі еволюції, але співчуття має цінність і потенціал за межами наших найближчих стосунків.

Більшість людей не мають проблем з розумінням того, що співчуття до інших є гідна похвали якість, так само як і доброта, милосердя, ніжність, доброзичливість, розуміння, емпатія, бажання допомогти іншим живим істотам, людям чи тваринам, які перебувають у біді. Але ми, здається, менш впевнені в співчутті до себе. Для багатьох людей співчуття до себе асоціюється з поблажливістю, егоцентричністю, або егоїзмом.

В основі нашого браку співчуття до самих себе є брехня, з якою багато хто з нас вирости: щоб досягти успіху, ми повинні не тільки наполегливо працювати, але й бути суворими до себе. Насправді співчуття до себе є не проявом егоїзму, а навпаки визнанням того що ми всі люди і заслуговуємо на співчуття як і всі інші, і це робить нас щасливішими. Саме тому необхідно турбуватися про себе щодня і знаходити час для діяльності, яка нам подобається.

Співчуття до себе — це процес звернення співчуття всередину себе. Дослідниця і популяризаторка самоспівчуття Крістін Нефф визначає самоспівчуття як підтримку самого себе під час страждань або болю, спричинених особистими помилками та неадекватністю чи зовнішніми життєвими проблемами [91].

Ми маємо бути добрі і поблажливі, а не різко самокритичні, коли зазнаємо невдач, робимо помилки або відчуваємось неадекватними. Тобто, підтримуємо і заохочуємо себе, а не керуємося холодним розумом і даємо оцінку своїм діям, коли в нашому житті виникають виклики та труднощі. Крістін Нефф пропонує теоретичну модель співчуття до себе, яка, на її думку, складається з шести різних елементів: підвищеної доброти до себе, загальної людяності та уважності, а також зменшення самоосуду, ізоляції та надмірної ідентифікації. [91].

Учасники програми знайомляться і вчаться практикувати *Медитацію Доброзичливості* (англ. Loving kindness meditation), яка використовується щоб

допомогти людям розпізнавати такі якості, як любов, доброзичливість, теплота та співчуття до себе та інших. Ці якості вони вже мають і їх також можна розвивати в собі.

Завдання для самостійної практики протягом тижня:

Практикувати *Медитацію Доброзичливості* 5 разів на тиждень

Продовжувати виконувати практики, які найбільше подобаються і найкраще працюють.

3.2. Ефективність інтервенції

Задня встановлення ефективності проведених практик, учасникам програми було запропоновано повторно пройти тестування. Було обрано 2 методики, які раніше не використовувалися з опікунами під час дослідження, проте вони досліджують аналогічні показники емоційного вигорання, а саме: стресостійкість та тривожність.

Завдяки методиці К. Шрайнера було повторно продіагностовано опікунів за ступенем опірності стресу, результати зрізу занесені до табл.3.2

Таблиця 3.2

Порівняння показників опірності до стресу до і після інтервенції

Ступінь опірності до стресу	К-сть респондентів (%)	
	До інтервенції	Після інтервенції
Високий	20	40
Пороговий	52	44
Низький	28	16

Як бачимо, після ознайомлення з технікою майндфулнес в опікунів зросла опірність до стресу, вони уже досить стримані і вміють регулювати свої власні емоції. І лише 16% опікунів ще відчують перевтомлення і виснаження, вони часто втрачають самоконтроль в стресовій ситуації і не вміють володіти собою. Внаслідок чого страждають і вони, і оточуючі їх люди.

Зробивши повторний зріз респондентів на наявність тривожності за допомогою методики Ч.Д. Спілберга- Ю.Л. Ханіна дані були занесені до табл.3.3. Слід зазначити, що була використана лише шкала особистісної тривожності.

Таблиця 3.3

Порівняння показників тривожності до і після інтервенції

Рівень тривожності	К-сть респондентів (%)	
	До інтервенції	Після інтервенції
Високий	40	20
Середній	60	44
Низький	–	36

З отриманих даних можна констатувати наступне: високу особистісну тривожність продемонстрували лише 20% опікунів замість 40%. Ці опікуни схильні відчувати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у різних життєвих ситуаціях і реагувати на них вираженим станом тривожності. Даний аспект впливає на рівень цілей, які ставить перед собою особистість, і прослідковується зниження самооцінки, рішучості та впевненості в собі.

Особистісна тривожність проявляється у відносно стійкій схильності людини сприймати загрозу для себе і реагувати на ці ситуації підвищенням реактивної тривожності. Величина особистісної тривожності характеризує минулий досвід, тобто наскільки часто цій людині доводилося відчувати ситуативну тривожність, тому, можливо, ці учасники дослідження пережили достатньо багато тривожних ситуацій, що вплинуло на розвиток їх особистості, адже особистісна тривожність є порушенням адекватності прояву емоцій.

Натомість 36% опікунів після ознайомлення з техніками майндфулнес мають низьку тривожність, що є досить хорошим результатом, адже попереднє тестування показало відсутність в групі досліджуваних з низькими показниками. Тепер вони вони можуть легше переживати життєві невдачі,

більше вірити в себе, менше піддаватися відчуттю страху і звертати увагу на оцінки оточуючих.

Також нами було визначено, наскільки гендерна приналежність, вік та регулярність виконання технік майндфулнес визначають можливість якісних змін емоційної сфери опікунів онкопоцієнтів. Для цього ми скористалися кореляційним критерієм Пірсона.

Для аналізу ми поділи досліджуваних за віковим критерієм на 2 групи:

- 1) опікуни 26-33 років;
- 2) опікуни 34-40 років.

Також регулярність участі в програмі майндфулнес було оцінено за шкалою від 1 до 8 балів, відповідно до кількості занять.

І, звичайно, за статевою приналежністю досліджуваних поділено на 2 групи: 1 група – чоловіки, 2 група – жінки.

Результати кореляційного аналізу занесено до табл.3.4.

Таблиця 3.4

Кореляційні зв'язки регулярності виконання технік майндфулнес та змінами стресостійкості та тривожності опікунів

За критерієм Пірсона		Регулярність занять
Стресостійкість	показник значимості	0,003
	показник кореляції	0,595
Тривожність	показник значимості	0,001
	показник кореляції	-0,560

Нами було отримано прямий кореляційний зв'язок регулярності занять та стресостійкості, а отже, можна говорити про те, що чим частіше опікун використовуватиме техніки майндфулнес, тим кращі він матиме показники стресостійкості та нижчі значення тривожності (про що свідчить обернена кореляція).

До табл.3.5 занесені встановлені зв'язки регулярності застосування технік з віковою та статевію приналежністю опікунів.

Таблиця 3.5

Кореляційні зв'язки регулярності виконання технік майндфулнес та віком та статтю опікунів

За критерієм Пірсона		Регулярність занять
Вік	показник значимості	0,001
	показник кореляції	-0,561
Жінки	показник значимості	0,001
	показник кореляції	-0,545
Чоловіки	показник значимості	0,001
	показник кореляції	-0,545

Отримані дані свідчать про те, що жіноча частини досліджуваних є більш схильними до використання технік майндфулнес, ніж чоловіки ($p=0,001$).

А також регулярність участі в заняттях залежить від віку опікунів, адже встановлена обернена кореляція при значимості $p=0,001$. Чим молодші опікуни тим частіше вони займалися техніками, люди старшого віку були більш байдужі до виконання завдань.

Висновки до третього розділу

Для корекції емоційного виснаження опікунам з 1 групи було запропоновано пройти восьмитижневий курс майндфулнес практики, що складався з щотижневих вебінарів тривалістю 60 хвилин і самостійної роботи учасників дослідження (30-45 хвилин) 5 разів на тиждень.

Опікуни, що брали участь у програмі також самостійно виконували вправи та прослуховували і практикували медитації.

Метою курсу було:

- 1) навчити осіб, які доглядають за онкохворими пацієнтами, краще усвідомлювати свої думки та почуття за допомогою практики медитації;
- 2) звернути увагу на свої думки та почуття під час стресових ситуацій, які сприяють емоційному стресу та вигоранню.
- 3) навчити учасників як формальним практикам, таким як медитації сидячи, сканування тіла, медитації доброзичливості.

Задля встановлення ефективності проведених практик, учасникам програми було запропоновано повторно пройти тестування. В ході яких було підтверджено наявність якісних позитивних змін в психоемоційному стані опікунів, зокрема знизилась показники тривожності та підвищилась стресостійкість досліджуваних.

Під час заключного інтерв'ю, більшість учасників програми також повідомили, що під час онлайн занять вони почувалися залученими, відчували що їхні почуття розуміють і їм було комфортно висловлювати свої думки і ділитися почуттями провини, гніву та смутку, емоціями, які часто супроводжують турботу про близьку людину, хвору на рак, про які важко говорити іншим людям через страх засудження. Учасники програми також відмітили загальне покращення навичок емоційної саморегуляції. Кілька майндфулнес практик були визнані корисними та реалізовані учасниками у повсякденному житті.

Вивчені стратегії включали наступне: розвиток навичок усвідомлення; усвідомлені неформальні практики, такі як уважне дихання, усвідомлене харчування та уважність до повсякденної діяльності; а також навички вчасно зупиняти діяльність щоб розслабитися та запобігати емоційному перевантаженню.

Учасники програми дізналися, як краще усвідомлювати відчуття свого тіла, положення тіла та пози. Вони також розвинули більше усвідомлення свого зовнішнього оточення, наприклад, стали краще звертати увагу на своє природне оточення під час прогулянок або зосереджуватися на зовнішніх подразниках під час неприємних емоційних моментів. Родичі онкопацієнтів також навчилися усвідомлювати фізичні обмеження свого тіла, розумові та емоційні обмеження, практикували повагу до цих обмежень і звички по догляду за собою (наприклад, поміркованість фізичних та емоційних навантажень і відпочинок за потреби), що мало позитивний вплив на якість їхнього життя.

Таким чином, групові онлайн заняття з використанням технік майндфулнес можуть використовуватися як доступні та ефективні форми психологічного втручання та підтримки неформальних опікунів, що здійснюють догляд за онкохворими пацієнтами.

ВИСНОВКИ

У магістерському дослідженні було подано теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження такого психологічного стану родичів онкохворих, які здійснюють догляд за близькими людьми, як емоційне вигорання. Цей стан фізичного, емоційного та психічного виснаження негативно впливає на якість життя родичів онкопацієнтів і може привести до погіршення якості догляду за онкохворим, тому потребує ефективного психологічного втручання.

Метою роботи було теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні чинники і симптоми емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів, та способи його корекції за допомогою технік майндфулнес. Для досягнення цього було виконано наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізовано та узагальнено теоретичні підходи до вивчення проблеми особливостей психологічного стану членів родини, які доглядають за своїми онкохворими родичами. Було встановлено що неформальні опікуни приділяють багато часу та енергії турботі про своїх близьких і живуть в стані постійного стресу, який часто призводить до емоційного вигорання, яке визначається як тривимірний синдром у відповідь на стрес, і включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукацію особистих досягнень.

2. Досліджено сучасні підходи до визначення моделей емоційного вигорання у неформальних опікунів, які допомагають зрозуміти як виникає стрес під час догляду та його вплив на людину.

3. Досліджено теоретичні засади та проаналізувано основні підходи до використання технік майндфулнес як ефективного засобу психологічного впливу для зниження симптомів стресу та емоційного вигорання у неформальних опікунів онкохворих і формування навичок коупінга з емоційними проблемами, які виникають в процесі догляду за хворими родичами. Встановлено, що техніки майндфулнес заклали основу для розвитку багатьох клінічно доказових терапевтичних втручань і останнім часом набули

великого поширення для надання психологічної допомоги особам, що здійснюють догляд з хронічними тяжкими хворими.

Численні дослідження показують позитивний вплив втручань з використанням технік майндфулнес на психічне здоров'я, на розвиток навичок для регулювання стресу і співчуття до себе та інших. Крім того, вважають, що втручання на основі майндфулнес добре сприймаються різними практикуючими всіх вікових категорій і статі саме через те, що вони сприймаються як тренування емоційних навичок, а не психологічні втручання.

4. Проведено емпіричне дослідження для виявлення симптомів емоційного вигорання у родичів онкопацієнтів. Було відібрано 50 учасників дослідження, половина з яких на момент діагностики були знайомі з хоча б з неформальними техніками майндфулнес, інша частина – ніколи не чула і не користувалася подібними техніками.

В ході діагностики було встановлено що родичі онкопацієнтів, які використовують техніки майндфулнес є менш емоційно виснаженими (низький рівень в 72% респондентів). Натомість у родичів онкопацієнтів незнайомих з техніками майндфулнес виснаження знаходиться на етапі формування та є провісником розвитку і запускаючим механізмом (тригером) виникнення синдрому емоційного вигорання.

В ході статистичної обробки даних було порівняно неформальних опікунів без досвіду використання технік майндфулнес з їх опонентами, що знайомі з техніками і встановлено, що вони вирізняються підвищеною тривожністю та агресивністю, мають нижчу опірність до стресу, не схильні змінювати свою поведінку і адаптуватися під зовнішній світ, вони недостатньо прикладають зусиль задля досягнення поставлених цілей та різняться за ступенем оптимізму та загальним показником задоволення від життя.

5. Розроблено корекційну програму з використанням технік майндфулнес та перевірено її ефективність у зниженні симптомів емоційного вигорання у членів родини, які здійснюють догляд за онкохворими. Восьмитижневий курс майндфулнес практики складався з щотижневих

вебінарів тривалістю 60 хвилин і самостійної роботи учасників дослідження (30-45 хвилин) 5 разів на тиждень. Опікуни, що брали участь у програмі також самостійно виконували вправи та прослуховували і практикували медитації такі як, сканування тіла, медитація сидючи, медитація доброзичливості.

В ході повторного тестування було підтверджено наявність якісних позитивних змін в психоемоційному стані учасників програми, зокрема знизилась показники тривожності та підвищилась стресостійкість досліджуваних. Було отримано прямий кореляційний зв'язок регулярності занять та стресостійкості, який дозволяє говорити про те, що чим частіше опікуни використовували техніки майндфулнес, тим кращі вони мали показники стресостійкості та нижчі значення тривожності (про що свідчить обернена кореляція). Учасники програми також відмітили загальне покращення навичок емоційної саморегуляції та вміння розслабитися, щоб запобігти емоційному перевантаженню, що мало позитивний вплив на якість їхнього життя.

Таким чином, було встановлено, що групові онлайн заняття з використанням технік майндфулнес можуть використовуватися як доступні та ефективні форми психологічного втручання та підтримки членів сім'ї, що здійснюють догляд за онкохворими родичами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Керовані аудіо-медитації українською мовою. *Fizis*. URL: <https://fizis.net/audio-files/> (дата звернення: 15.12.2022).
2. Климчук В. Математичні методи у психології. : Навч. посіб. Київ : Освіта України, 2009. 288 с.
3. Медитація онлайн | Навчання та практика. *Svitlo, перший український застосунок для медитацій*. URL: <https://svitlo.app/> (дата звернення: 15.12.2022).
4. Мухаровська І. Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу. *ScienceRise:medical science*. 2016. № 12 (8). С. 21–26.
5. Рак в Україні, 2019–2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] / [З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2021. – No 22. – Режим доступу : http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm (дата звернення: 15.12.2022).
6. Acceptance and mindfulness at work: applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behavior management. Haworth Press, 2007. 177 p.
7. A critical literature review of dyadic web-based interventions to support cancer patients and their caregivers, and directions for future research / X. Luo et al. *Psycho-Oncology*. 2019. Vol. 29, no. 1. P. 38–48. URL: <https://doi.org/10.1002/pon.5278> (date of access: 15.12.2022).
8. Alidina S. Mindful way through stress: the proven 8-week path to health, happiness, and well-being. Guilford Publications, 2015. 324 p.
9. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase / E. K. Grov et al. *Annals of oncology*. 2005. Vol. 16,

no. 7. P. 1185–1191. URL: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi210> (date of access: 15.12.2022).

10. A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers / J. M. Davis et al. *BMC complementary and alternative medicine*. 2007. Vol. 7, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-7-2> (date of access: 15.12.2022).

11. A randomized controlled trial of mhealth mindfulness intervention for cancer patients and informal cancer caregivers: a feasibility study within an integrated health care delivery system / A. Kubo et al. *Integrative cancer therapies*. 2019. Vol. 18. P. 153473541985063. URL: <https://doi.org/10.1177/1534735419850634> (date of access: 15.12.2022).

12. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction / S. Jain et al. *Annals of behavioral medicine*. 2007. Vol. 33, no. 1. P. 11–21. URL: https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2 (date of access: 15.12.2022).

13. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients / M. Speca et al. *Psychosomatic medicine*. 2000. Vol. 62, no. 5. P. 613–622. URL: <https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00004> (date of access: 15.12.2022).

14. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being / M. P. Lawton et al. *Journal of gerontology*. 1991. Vol. 46, no. 4. P. P181–P189. URL: <https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.p181> (date of access: 15.12.2022).

15. Badr H., Carmack C. L., Diefenbach M. A. Psychosocial interventions for patients and caregivers in the age of new communication technologies: opportunities and challenges in cancer care. *Journal of health communication*. 2015. Vol. 20, no. 3. P. 328–342. URL: <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.965369> (date of access: 15.12.2022).

16. Bastawrous M. Caregiver burden? A critical discussion. *International journal of nursing studies*. 2013. Vol. 50, no. 3. P. 431–441. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005> (date of access: 15.12.2022).
17. Bauer M., Nay R. Family and staff partnerships in long-term care: a review of the literature. *Journal of gerontological nursing*. 2003. Vol. 29, no. 10. P. 46–53. URL: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20031001-09> (date of access: 15.12.2022).
18. Beddoe A. E., Murphy S. O. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students?. *Journal of nursing education*. 2004. Vol. 43, no. 7. P. 305–312. URL: <https://doi.org/10.3928/01484834-20040701-07> (date of access: 15.12.2022).
19. Boise L., White D. The family's role in person-centered care: practice considerations. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2004. Vol. 42, no. 5. P. 12–20. URL: <https://doi.org/10.3928/02793695-20040501-04> (date of access: 15.12.2022).
20. Bong-Keon Lee. The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) programs on psychological and behavioral dimensions in cancer patients: qualitative case study. *Korean journal of health psychology*. 2015. Vol. 20, no. 1. P. 359–370. URL: <https://doi.org/10.17315/kjhp.2015.20.1.020> (date of access: 15.12.2022).
21. Broese van Groenou M. I., de Boer A., Iedema J. Positive and negative evaluation of caregiving among three different types of informal care relationships. *European journal of ageing*. 2013. Vol. 10, no. 4. P. 301–311. URL: <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0276-6> (date of access: 15.12.2022).
22. Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D. Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*. 2007. Vol. 18, no. 4. P. 211–237. URL: <https://doi.org/10.1080/10478400701598298> (date of access: 15.12.2022).

23. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life / B. Given et al. *Oncology nursing forum*. 2004. Vol. 31, no. 6. P. 1105–1117. URL: <https://doi.org/10.1188/04.onf.1105-1117> (date of access: 15.12.2022).
24. Burnout in familial caregivers of patients with dementia / A. Truzzi et al. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2012. Vol. 34, no. 4. P. 405–412. URL: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.006> (date of access: 15.12.2022).
25. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses / M. C. Angermeyer et al. *Archives of psychiatric nursing*. 2006. Vol. 20, no. 4. P. 158–165. URL: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.004> (date of access: 15.12.2022).
26. Bussell V. A., Naus M. J. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2010. Vol. 28, no. 1. P. 61–78. URL: <https://doi.org/10.1080/07347330903438958> (date of access: 15.12.2022).
27. Caregiver burden / R. D. Adelman et al. *Jama*. 2014. Vol. 311, no. 10. P. 1052–1060. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304> (date of access: 15.12.2022).
28. 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. URL: <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583> (date of access: 15.12.2022).
29. Caring for a family member with intellectual disability and epilepsy: practical, social and emotional perspectives / R. Thompson et al. *Seizure*. 2014. Vol. 23, no. 10. P. 856–863. URL: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.07.005> (date of access: 15.12.2022).
30. Carlson L. E., Garland S. N. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International journal of behavioral medicine*. 2005. Vol. 12, no. 4. P. 278–285. URL: https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1204_9 (date of access: 15.12.2022).

31. Carter P. A., Acton G. J. Personality and coping: predictors of depression and sleep problems among caregivers of individuals who have cancer. *Journal of gerontological nursing*. 2006. Vol. 32, no. 2. P. 45–53. URL: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20060201-11> (date of access: 15.12.2022).
32. Changes in empathy mediate the effects of cognitive-behavioral group therapy but not mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder / A. S. Morrison et al. *Behavior therapy*. 2019. Vol. 50, no. 6. P. 1098–1111. URL: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.005> (date of access: 15.12.2022).
33. Cho I. S., Ann H. Y. The relationship between mindfulness, self-compassion, and emotional intelligence. *Journal of korean association for buddhist studies*. 2016. Vol. 77. P. 641–671. URL: <https://doi.org/10.22255/jkabs.77.20> (date of access: 15.12.2022).
34. Concordance of patient and caregiver reports on the quality of colorectal cancer care / R. D. Havyer et al. *Journal of oncology practice*. 2019. Vol. 15, no. 11. P. e979–e988. URL: <https://doi.org/10.1200/jop.19.00136> (date of access: 15.12.2022).
35. Cross A. J., Garip G., Sheffield D. The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Psychology & health*. 2018. Vol. 33, no. 11. P. 1321–1342. URL: <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1496250> (date of access: 15.12.2022).
36. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications / S. Sørensen et al. *The lancet neurology*. 2006. Vol. 5, no. 11. P. 961–973. URL: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(06\)70599-3](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(06)70599-3) (date of access: 15.12.2022).
37. Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer: a longitudinal view / M. Kurtz et al. *Med sci monit*. 2004. Vol. 10, no. 8. P. 447–456.
38. Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients / C. H. Van Houtven et al. *The oncologist*. 2010. Vol. 15, no. 8. P. 883–893. URL: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0005> (date of access: 15.12.2022).

39. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American journal of psychiatry*. 1992. Vol. 149, no. 7. P. 936–943. URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936> (date of access: 15.12.2022).

40. Effectiveness of problem-focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients / G. Ghane et al. *Nursing and midwifery studies*. 2016. Vol. 5, no. 2. URL: <https://doi.org/10.17795/nmsjournal35594> (date of access: 15.12.2022).

41. Ekberg J. Y., Griffith N., Foxall M. J. Spouse burnout syndrome. *Journal of advanced nursing*. 1986. Vol. 11, no. 2. P. 161–165. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01234.x> (date of access: 15.12.2022).

42. Exploring the contribution of psychosocial factors to fatigue in patients with advanced incurable cancer / M. E. W. J. Peters et al. *Psycho-Oncology*. 2014. Vol. 23, no. 7. P. 773–779. URL: <https://doi.org/10.1002/pon.3481> (date of access: 15.12.2022).

43. Feasibility, useability and acceptability of technology-based interventions for informal cancer carers: a systematic review / N. Heynsbergh et al. *BMC cancer*. 2018. Vol. 18, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4160-9> (date of access: 15.12.2022).

44. Fletcher S., Dodd M., Schumacher K. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncol nurs forum*. Vol. 35. P. 23–44.

45. Fredriksen-Goldsen K. I., Farwell N. Dual responsibilities among black, hispanic, asian, and white employed caregivers. *Journal of gerontological social work*. 2005. Vol. 43, no. 4. P. 25–44. URL: https://doi.org/10.1300/j083v43n04_03 (date of access: 15.12.2022).

46. Fries M. Mindfulness based stress reduction for the changing work environment. *Journal of academic and business ethics*. 2009. Vol. 2.

47. Galiatsatos P., Gurley A., Daniel Hale W. Policy and advocacy for informal caregivers: how state policy influenced a community initiative. *Journal of*

public health policy. 2017. Vol. 38, no. 4. P. 503–508. URL: <https://doi.org/10.1057/s41271-017-0084-x> (date of access: 15.12.2022).

48. Gilbert P., Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2006. Vol. 13, no. 6. P. 353–379. URL: <https://doi.org/10.1002/cpp.507> (date of access: 15.12.2022).

49. Glajchen M. Physical well-being of oncology caregivers: an important quality-of-life domain. *Seminars in oncology nursing*. 2012. Vol. 28, no. 4. P. 226–235. URL: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.005> (date of access: 15.12.2022).

50. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / H. Sung et al. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021. Vol. 71, no. 3. P. 209–249. URL: <https://doi.org/10.3322/caac.21660> (date of access: 15.12.2022).

51. Goodwin J., McCormack L., Campbell L. E. “You don’t know until you get there”: the positive and negative “lived” experience of parenting an adult child with 22q11.2 deletion syndrome. *Health psychology*. 2017. Vol. 36, no. 1. P. 45–54. URL: <https://doi.org/10.1037/hea0000415> (date of access: 15.12.2022).

52. Gustafsson H., DeFreese J., Madigan D. J. Athlete burnout: review and recommendations. *Current opinion in psychology*. 2017. Vol. 16. P. 109–113. URL: <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.05.002> (date of access: 15.12.2022).

53. Harding R., Higginson I. J. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative medicine*. 2003. Vol. 17, no. 1. P. 63–74. URL: <https://doi.org/10.1191/0269216303pm667oa> (date of access: 15.12.2022).

54. Hayes S., Bond F. Acceptance and mindfulness at work: applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behavior management / ed. by D. Barnes-Holmes, J. Austin. New York : NY: Haworth, 2006. 186 p.

55. Hayes S. C., Follette V. M., Linehan M. M. Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition. Guilford Publications, 2011. 319 p.
56. Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan / ed. by I. L. Rubin et al. Cham : Springer International Publishing, 2016. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0> (date of access: 15.12.2022).
57. Hernandez A. M., Bigatti S. M. Depression among older mexican american caregivers. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*. 2010. Vol. 16, no. 1. P. 50–58. URL: <https://doi.org/10.1037/a0015867> (date of access: 15.12.2022).
58. Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers / M. Braun et al. *Journal of clinical oncology*. 2007. Vol. 25, no. 30. P. 4829–4834. URL: <https://doi.org/10.1200/jco.2006.10.0909> (date of access: 15.12.2022).
59. Hodges L. J., Humphris G. M., Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social science & medicine*. 2005. Vol. 60, no. 1. P. 1–12. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.018> (date of access: 15.12.2022).
60. Horkovska I. How to combat compassion fatigue. *Calmerry Online Therapy*. URL: <https://us.calmerry.com/blog/burnout/the-cost-of-caring-coping-with-compassion-fatigue/> (date of access: 15.12.2022).
61. Horkovska I. Six relaxation techniques to reduce stress and anxiety. *Calmerry Online Therapy*. URL: <https://us.calmerry.com/blog/anxiety/6-relaxation-techniques-to-reduce-stress-and-anxiety/> (date of access: 15.12.2022).
62. Horkovska I. What is mindfulness, and how to use it to look after your mental health?. *Calmerry Online Therapy*. URL: <https://us.calmerry.com/blog/self-care/what-is-mindfulness/> (date of access: 15.12.2022).
63. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies / J. Gu et al. *Clinical psychology review*. 2015.

Vol. 37. P. 1–12. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006> (date of access: 15.12.2022).

64. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners / K. C. R. Fox et al. *Neuroscience & biobehavioral reviews*. 2014. Vol. 43. P. 48–73. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016> (date of access: 15.12.2022).

65. Jha A. P., Krompinger J., Baime M. J. Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, affective, & behavioral neuroscience*. 2007. Vol. 7, no. 2. P. 109–119. URL: <https://doi.org/10.3758/cabn.7.2.109> (date of access: 15.12.2022).

66. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*. 1982. Vol. 4, no. 1. P. 33–47. URL: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3) (date of access: 15.12.2022).

67. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 2013. 650 p.

68. Kabat-Zinn J. Meditation is everywhere. *Mindfulness*. 2014. Vol. 5, no. 4. P. 462–463. URL: <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0323-1> (date of access: 15.12.2022).

69. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice*. 2003. Vol. 10, no. 2. P. 144–156. URL: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016> (date of access: 15.12.2022).

70. Katsifaraki M., Wood R. L. The impact of alexithymia on burnout amongst relatives of people who suffer from traumatic brain injury. *Brain injury*. 2014. Vol. 28, no. 11. P. 1389–1395. URL: <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.919538> (date of access: 15.12.2022).

71. Kavanagh D. J. Stress, appraisal and copings. Lazarus and S. Folkman, New York: Springer, 1984, pp. 444. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1986. Vol. 14, no. 4. P. 345. URL: <https://doi.org/10.1017/s0141347300015019> (date of access: 15.12.2022).

72. Kokurcan A., Yilmaz Özpolat A. G., Göğüş A. K. Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turkish journal of medical sciences*. 2015. Vol. 45. P. 678–685. URL: <https://doi.org/10.3906/sag-1403-98> (date of access: 15.12.2022).

73. Kozachik S., Given S., Given B. Improving depressive symptoms among caregivers of patients with cancer: results of a randomized clinical trial. *Oncol Nurs Forum*. 2001.

74. Kurtz ME, Given B, Kurtz JC, Given CW. The interaction of age, symptoms, and survival status on physical and mental health of patients with cancer and their families. *Cancer* (1994 Oct 1) 74(7 suppl):2071-8. *Rehabilitation oncology*. 1995. Vol. 13, no. 1. P. 32. URL: <https://doi.org/10.1097/01893697-199513010-00033> (date of access: 15.12.2022).

75. Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support, and caregiving burden / Y. Kim et al. *Psychosomatics*. 2005. Vol. 46, no. 2. P. 123–130. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.2.123> (date of access: 15.12.2022).

76. Liu Z., Sun Y.-Y., Zhong B.-l. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2018. URL: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012791.pub2> (date of access: 15.12.2022).

77. Longacre M. L., Weber-Raley L., Kent E. E. Cancer caregiving while employed: caregiving roles, employment adjustments, employer assistance, and preferences for support. *Journal of cancer education*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01674-4> (date of access: 15.12.2022).

78. Lyoshenko O., Kondratieva V. Diagnosis, prevention, correction of the “emotional burning” syndrome. *Lviv University Herald. Series: psychological*

sciences. 2021. No. 10. P. 105–112. URL: <https://doi.org/10.30970/ps.2021.10.15> (date of access: 15.12.2022).

79. Maslach C., Jackson C., Leiter M. Maslach burnout inventor 3rd Edn. *Consulting psychologists press*. 1996.

80. Matthews A. B. Role and gender differences in cancer-related distress: a comparison of survivor and caregiver self-reports. *Oncology nursing forum*. 2003. Vol. 30, no. 3. P. 493–499. URL: <https://doi.org/10.1188/03.onf.493-499> (date of access: 15.12.2022).

81. McCorkle R., Siefert M., Dowd M. Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urol nurs*. 2007. Vol. 27. P. 65–77.

82. McCracken L. M., Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*. 2003. Vol. 105, no. 1. P. 197–204. URL: [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00202-1) (date of access: 15.12.2022).

83. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools / I. Mosquera et al. *Quality of life research*. 2015. Vol. 25, no. 5. P. 1059–1092. URL: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1159-4> (date of access: 15.12.2022).

84. Mellon S., Northouse L. L., Weiss L. K. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer nursing*. 2006. Vol. 29, no. 2. P. 120–131. URL: <https://doi.org/10.1097/00002820-200603000-00007> (date of access: 15.12.2022).

85. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. / J. D. Teasdale et al. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002. Vol. 70, no. 2. P. 275–287. URL: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.2.275> (date of access: 15.12.2022).

86. Mikolajczak M., Roskam I. A theoretical and clinical framework for parental burnout: the balance between risks and resources (BR2). *Frontiers in psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886> (date of access: 15.12.2022).

87. Mindfulness-Based interventions in psychiatry / B. G. Shapero et al. *Focus*. 2018. Vol. 16, no. 1. P. 32–39. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20170039> (date of access: 15.12.2022).
88. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis / P. Grossman et al. *Focus on alternative and complementary therapies*. 2010. Vol. 8, no. 4. P. 500. URL: <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2003.tb04008.x> (date of access: 15.12.2022).
89. Mindfulness-Based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial / R. R. Whitebird et al. *The gerontologist*. 2012. Vol. 53, no. 4. P. 676–686. URL: <https://doi.org/10.1093/geront/gns126> (date of access: 15.12.2022).
90. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis / B. Khoury et al. *Journal of psychosomatic research*. 2015. Vol. 78, no. 6. P. 519–528. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009> (date of access: 15.12.2022).
91. Neff K. D. Self-Compassion: theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2022. Vol. 74, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047> (date of access: 15.12.2022).
92. Nyklíček I., Kuijpers K. F. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Annals of behavioral medicine*. 2008. Vol. 35, no. 3. P. 331–340. URL: <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9030-2> (date of access: 15.12.2022).
93. Otero L. M. R. Burnout syndrome in family caregivers of dependents. *International journal of asian social science*. 2016. Vol. 6, no. 1. P. 12–20. URL: <https://doi.org/10.18488/journal.1/2016.6.1/1.1.12.20> (date of access: 15.12.2022).
94. Our disease: a qualitative meta-synthesis of the experiences of spousal/partner caregivers of people with multiple sclerosis / D. Appleton et al.

Scandinavian journal of caring sciences. 2018. Vol. 32, no. 4. P. 1262–1278. URL: <https://doi.org/10.1111/scs.12601> (date of access: 15.12.2022).

95. Pinquart M., Sörensen S. Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: a meta-analysis. *The gerontologist*. 2005. Vol. 45, no. 1. P. 90–106. URL: <https://doi.org/10.1093/geront/45.1.90> (date of access: 15.12.2022).

96. Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *Journal of the american academy of nurse practitioners*. 2008. Vol. 20, no. 4. P. 212–216. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x> (date of access: 15.12.2022).

97. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation / F. Gaston-Johansson et al. *Oncology nursing forum*. 2004. Vol. 31, no. 6. P. 1161–1169. URL: <https://doi.org/10.1188/04.onf.1161-1169> (date of access: 15.12.2022).

98. Quality of life among patients with a brain tumor and their carers / M. Janda et al. *Journal of psychosomatic research*. 2007. Vol. 63, no. 6. P. 617–623. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.018> (date of access: 15.12.2022).

99. Schaufeli W. B., Taris T. W. The conceptualization and measurement of burnout: common ground and worlds apart the views expressed in work & stress commentaries are those of the author(s), and do not necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. *Work & stress*. 2005. Vol. 19, no. 3. P. 256–262. URL: <https://doi.org/10.1080/02678370500385913> (date of access: 15.12.2022).

100. Scheier M. F., Carver C. S. Adapting to cancer: the importance of hope and purpose. *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, 2001. P. 15–36. URL: <https://doi.org/10.1037/10402-002> (date of access: 15.12.2022).

101. Schoenmakers B., Buntinx F., De Lepeleire J. Can pharmacological treatment of behavioural disturbances in elderly patients with dementia lower the

burden of their family caregiver?. *Family practice*. 2009. Vol. 26, no. 4. P. 279–286. URL: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp024> (date of access: 15.12.2022).

102. Self-Reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea / M. H. Cho et al. *Journal of cancer education*. 2006. Vol. 21, no. 1, suppl. P. S37–S41. URL: https://doi.org/10.1207/s15430154jce2101s_8 (date of access: 15.12.2022).

103. Shanks-McElroy H. A., Strobino J. Male caregivers of spouses with Alzheimer's disease: risk factors and health status. *American journal of Alzheimer's disease & other dementias*. 2001. Vol. 16, no. 3. P. 167–175. URL: <https://doi.org/10.1177/153331750101600308> (date of access: 15.12.2022).

104. Short-Form mindfulness-based stress reduction reduces anxiety and improves health-related quality of life in an inner-city population / B. Smith et al. *Holistic nursing practice*. 2015. Vol. 29, no. 2. P. 70–77. URL: <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000075> (date of access: 15.12.2022).

105. Siegel D. The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York : W. W. Norton & Company, 2007. 387 p.

106. Siegel R. D., Germer C. K., Olendzki A. Mindfulness: what is it? Where did it come from?. *Clinical handbook of mindfulness*. New York, NY, 2009. P. 17–35. URL: https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2 (date of access: 15.12.2022).

107. The job demands-resources model of burnout. / E. Demerouti et al. *Journal of applied psychology*. 2001. Vol. 86, no. 3. P. 499–512. URL: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499> (date of access: 15.12.2022).

108. The quality of the caregiving relationship in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients / N. Spruytte et al. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*. 2002. Vol. 75, no. 3. P. 295–311. URL: <https://doi.org/10.1348/147608302320365208> (date of access: 15.12.2022).

109. Thorson-Olesen S. J., Meinertz N., Eckert S. Caring for aging populations: examining compassion fatigue and satisfaction. *Journal of adult*

development. 2018. Vol. 26, no. 3. P. 232–240. URL: <https://doi.org/10.1007/s10804-018-9315-z> (date of access: 15.12.2022).

110. Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: a literature review / T. Van Durme et al. *International journal of nursing studies*. 2012. Vol. 49, no. 4. P. 490–504. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011> (date of access: 15.12.2022).

111. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness / R. A. Baer et al. *Assessment*. 2006. Vol. 13, no. 1. P. 27–45. URL: <https://doi.org/10.1177/1073191105283504> (date of access: 15.12.2022).

112. Vallejo Z., Amaro H. Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *The humanistic psychologist*. 2009. Vol. 37, no. 2. P. 192–206. URL: <https://doi.org/10.1080/08873260902892287> (date of access: 15.12.2022).

113. Videoconference intervention for distance caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial / S. L. Douglas et al. *JCO oncology practice*. 2021. Vol. 17, no. 1. P. e26–e35. URL: <https://doi.org/10.1200/op.20.00576> (date of access: 15.12.2022).

114. Walking a mile in their shoes: anxiety and depression among partners and caregivers of cancer survivors at 6 and 12 months post-diagnosis / S. D. Lambert et al. *Supportive care in cancer*. 2012. Vol. 21, no. 1. P. 75–85. URL: <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1495-7> (date of access: 15.12.2022).

115. Wall R. B. Tai chi and mindfulness-based stress reduction in a boston public middle school. *Journal of pediatric health care*. 2005. Vol. 19, no. 4. P. 230–237. URL: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2005.02.006> (date of access: 15.12.2022).

116. Walter E., Pinquart M. How effective are dementia caregiver interventions? An updated comprehensive meta-analysis. *The gerontologist*. 2019. Vol. 60, no. 8. P. e609–e619. URL: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz118> (date of access: 15.12.2022).

117. When is helping your partner with chronic pain a burden? The relation between helping motivation and personal and relational functioning / S. Kindt et al. *Pain medicine*. 2015. Vol. 16, no. 9. P. 1732–1744. URL: <https://doi.org/10.1111/pme.12766> (date of access: 15.12.2022).

118. Williams A.-L., McCorkle R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative and supportive care*. 2011. Vol. 9, no. 3. P. 315–325. URL: <https://doi.org/10.1017/s1478951511000265> (date of access: 15.12.2022).

119. Wood A. W., Gonzalez J., Barden S. M. Mindful caring: using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2015. Vol. 33, no. 1. P. 66–84. URL: <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.977418> (date of access: 15.12.2022).

120. Yan E. Abuse of older persons with dementia by family caregivers: results of a 6-month prospective study in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014. Vol. 29, no. 10. P. 1018–1027. URL: <https://doi.org/10.1002/gps.4092> (date of access: 15.12.2022).

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка

Інструкція: уважно прочитайте опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться 1 бал. Якщо не збігається з Вашим станом — 0 балів.

Опис станів	Бали
Блок 1	
1. Не почуваю впевненості в собі.	
2. Часто через дрібниці червонію.	
3. Мій сон не спокійний.	
4. Легко впадаю в зневіру.	
5. Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.	
6. Мене лякають труднощі.	
7. Люблю копатися у своїх недоліках.	
8. Мене легко переконати.	
9. Я недовірливий.	
10. Я важко переносю час очікування.	
Блок 2	
11. Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.	
12. Неприємності мене сильно засмучують.	
13. Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.	
14. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.	
15. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.	
16. Я нерідко почуваюсь беззахисним.	
17. Іноді в мене буває стан розпачу.	
18. Я почуваю розгубленість перед труднощами.	
19. У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу щоб пожаліли.	

20.Вважаю недоліки свого характеру непоправними.	
Блок 3	
21.Залишаю за собою останнє слово.	
22.Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.	
23.Мене легко розсердити.	
24.Люблю робити зауваження іншим.	
25.Хочу бути авторитетом для інших.	
26.Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.	
27.Коли розгніваюся, погано себе стримую.	
28.Волю краще керувати, ніж підкорятися.	
29.У мене різка, грубувата жестикуляція.	
30.Я мстивий.	
Блок 4	
31.Мені важко змінювати звички.	
32.Нелегко переключати увагу.	
33.Дуже насторожено ставлюся до всього нового.	
34.мене важко переконати.	
35.Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.	
36.Нелегко зближаюся з людьми.	
37.Мене засмучують навіть незначні порушення плану.	
38.Нерідко я виявляю впертість.	
39.Неохоче йду на ризик.	
40.Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.	

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Праге

Інструкція: постарайтесь згадати всі події, що трапилися з Вами протягом останнього року і підрахуйте загальне число зароблених Вами «очок»

№	Твердження	Бали
1	Смерть чоловіка (дружини).	100
2	Розлучення.	73
3	Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером.	65
4	Тюремне ув'язнення.	63
5	Смерть близького члена сім'ї	63
6	Травма або хвороба.	53
7	Одруження, весілля.	50
8	Звільнення з роботи.	47
9	Примирення подружжя.	45
10	Вихід на пенсію.	45
11	Зміна в стані здоров'я членів сім'ї.	44
12	Вагітність партнерки.	40
13	Сексуальні проблеми.	39
14	Поява нового члена сім'ї, народження дитини.	39
15	Реорганізація на роботі.	39
16	Зміна фінансового становища.	38
17	Смерть близького друга.	37
18	Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи.	36
19	Посилення конфліктності відносин з чоловіком.	35
20	Позика на велику покупку (наприклад, будинки).	31
21	Закінчення терміну виплати позики на яку ростуть борги.	30
22	Зміна посади, підвищення службової відповідальності.	29
23	Син або дочка покидають будинок.	29
24	Проблеми з родичами чоловіка (дружини).	29
25	Видатне особисте досягнення, успіх.	28
26	Чоловік кидає роботу (або приступає до роботи).	26

27	Початок або закінчення навчання в навчальному закладі.	26
28	Зміна умов життя.	25
29	Відмова від якихось індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки.	24
30	Проблеми з начальством, конфлікти.	23
31	Зміна умов або годин роботи.	20
32	Зміна місця проживання.	20
33	Зміна місця навчання.	20
34	Зміна звичок, пов'язаних з проведенням дозвілля чи відпустки.	19
35	Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням.	19
36	Зміна соціальної активності.	18
37	Позика для покупки менш габаритних речей (машини, телевізора).	17
38	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну.	16
39	Зміна числа членів сім'ї, що живуть разом, зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами сім'ї.	15
40	Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту і т. П.).	15
41	Відпустка.	13
42	Різдво, зустріч Нового року, день народження.	12
43	Незначне порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху).	11
Загальна кількість балів		

«Діагностика емоційного вигорання» К.Маслач, С.Джексон

№	Твердження	Ніколи	Дуже рідко	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Завжди \ Щодня
1	Я відчуваю емоційну спустошеність							
2	До кінця робочого дня я відчуваю себе, як вичавлений лимон.							
3	Я відчуваю втому, коли встаю вранці і маю повертатися до своїх обов'язків.							
4	Я добре розумію, що відчувають люди, якими я опікуюся, і використовую це для більш успішного догляду за ними.							
5	Я спілкуюся з моїми хворими родичами тільки формально, без зайвих емоцій, і прагну звести час спілкування з ними до мінімуму							
6	Я відчуваю себе енергійним(ою) та емоційно піднесеним(ою).							
7	Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях з моїми хворими родичами.							

8	Я відчуваю пригніченість і апатію							
9	Я можу позитивно впливати на самопочуття і настрій мого хворого родича							
10	Останнім часом я став(а) більш черствим(ой) (байдужим) по відношенню до свого хворого родича							
11	Як правило, оточуючі мене люди занадто багато вимагають від мене. Вони швидше стомлюють, ніж радують мене.							
12	У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення.							
13	Я відчуваю все більше життєвих розчарувань.							
14	Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багато чого, що радувало мене раніше							
15	Буває, мені дійсно байдуже те, що відбувається з моїми хворими родичами.							
16	Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і від усіх.							
17	Я легко можу створити атмосферу доброзичливості							

	та оптимізму у відносинах з членами моєї родини і у відносинах зі своїми хворими родичами.							
18	Я легко спілкуюся з хворими родичами, та іншими членами родини незалежно від їхнього характеру.							
19	Я багато встигаю зробити за день.							
20	Я відчуваю себе на межі своїх можливостей.							
21	Багато чого Я ще зможу досягти у своєму житті.							
22	Хворі, як правило, — невдячні люди							

Діагностика стану стресу Шрайнера

Інструкція: Обведіть кружком номери запитань, на які Ви відповідаєте позитивно.

Текст опитувальника:

1. Я завжди прагну робити роботу до кінця, але часто не встигаю і змушений надолужувати втрачене.
2. Коли я дивлюся на себе в дзеркало, я помічаю сліди втоми та перевтоми на своєму обличчі.
3. На роботі та вдома – суцільні неприємності.
4. Я вперто борюся зі своїми шкідливими звичками, але в мене не виходить.
5. Мене турбує майбутнє.
6. Мені часто потрібні алкоголь, сигарета або снодійне, щоб розслабитися після напруженого дня.
7. Навколо відбуваються такі зміни, що голова йде кругом. Добре б, якби все не так швидко змінювалося.
8. Я люблю сім'ю та друзів, але часто разом з ними я відчуваю нудьгу та порожнечу.
9. У житті я нічого не досяг і часто відчуваю розчарування в самому собі.

Індекс життєвої задоволеності (Life Satisfaction Index A, LSIA)

Інструкція: Оцініть кожне твердження відповідно до ступеня вашої згоди. У стовпчику з номером питання поставте будь-який знак навпроти потрібної відповіді - "згоден", "не згоден" або "не знаю".

1. З віком багато що мені здається краще, ніж я очікував раніше.
2. Життя принесло мені більше розчарувань, ніж більшості людей, яких я знаю.
3. Зараз найпохмуріший період у моєму житті.
4. Моє життя могло б бути щасливішим, ніж є.
5. Зараз я майже так само щасливий, як і в той час, коли був молодший.
6. Більшість справ, якими мені доводиться займатися, нудні та нецікаві.
7. Зараз я переживаю найкращі роки у моєму житті.
8. Я вважаю, що в майбутньому на мене чекають цікаві та приємні справи.
9. До своїх справ і занять я відчуваю такий самий інтерес, як і раніше.
10. З віком я все більше відчуваю якусь втому.
11. Відчуття віку не турбує мене.
12. Коли я озираюся на своє життя, я відчуваю задоволення.
13. Я не змінив би своє минуле життя, навіть якби мав таку нагоду.
14. Порівняно з іншими людьми мого віку я зробив багато дурниць у своєму житті.
15. Я виглядаю краще, ніж більшість інших людей мого віку.
16. У мене є деякі плани, які я маю намір здійснити найближчим часом.
17. Озираючись на минуле, можу сказати, що я багато пропустив у своєму житті.
18. Я надто часто, порівняно з іншими людьми, перебуваю в пригніченому настрої.
19. Я отримав чимало з того, що чекав від життя.
20. Що б не говорили, а з віком більшість людей стає гіршою, а не кращою.

Тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ)

Інструкція до першої групи суджень про самопочуття.

Залежно від самопочуття в момент закресліть найвдалішу вам цифру:

«1» – немає, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

1. Ви спокійні 1 2 3 4
2. Вам ніщо не загрожує 1 2 3 4
3. Ви перебуваєте у напрузі 1 2 3 4
4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви почуваетесь вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4
7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Ви почуваетесь відпочилим людиною 1 2 3 4
9. Ви стурбовані 1 2 3 4
10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4
11. Ви абсолютно впевнені у собі 1 2 3 4
12. Ви нервуєте 1 2 3 4
13. Ви вважаєте собі місця 1 2 3 4
14. Ви накручені 1 2 3 4
15. Ви відчуваєте скутість і напруження 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Ви стурбовані 1 2 3 4
18. Ви занадто збуджений і вам не по собі 1 2 3 4
19. Вам радісно 1 2 3 4
20. Вам приємно 1 2 3 4

Ситуативна тривожність (СТ) визначається за ключем:

(СТ) = (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) – (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20)

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття. Прочитайте (прослухайте) уважно кожна з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходящу вам цифру справа залежно від цього, як ви себе відчуваєте зазвичай. Цифри справа означають: «1» – що ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» – майже завжди.

1. Ви відчуваєте задоволення 1 2 3 4
2. Ви швидко втомлюєтеся 1 2 3 4
3. Ви легко можете заплакати 1 2 3 4
4. Ви хотіли бути настільки ж щасливою людиною, як та інші 1 2 3 4
5. Буває, що ви програєте тому, що недостатньо швидко приймаєте рішення 1 2 3 4
6. Зазвичай ви почуваетесь бадьорим 1 2 3 4

7. Ви спокійні, холоднокровні і зібрані 1 2 3 4
8. Очікування труднощів дуже турбує вас 1 2 3 4
9. Ви занадто переживаєте через дрібниці 1 2 3 4
10. Ви буваєте повністю щасливі 1 2 3 4
11. Ви приймаєте все близько до серця 1 2 3 4
12. Вам бракує впевненості у собі 1 2 3 4
13. Ви почуваетесь безпечно 1 2 3 4
14. Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4
15. У вас виникає почуття туги (журби, смутку) 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Всілякі дрібниці відволікають вас 1 2 3 4
18. Ви так сильно переживаєте розчарування, що потім довго не можете про них забути 1 2 3 4
19. Ви урівноважена людина 1 2 3 4
20. Вас охоплює сильне занепокоєння, коли ви думаєте про свої добрі справи і турботи 1 2 3 4

Особистісна тривожність (ОТ) визначається по ключу:

$$(OT) = (2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) - (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) + 35$$

Результати оцінюються зазвичай, у градаціях:

До 30 балів – низька;

31 – 45 балів – середня;

46 балів і більше – висока тривожність.