



Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје
Филозофски факултет – Скопје
Институт за психологија



Магистерски труд

**Резилиентноста и социјалната поврзаност како
предиктори на психолошките исходи кај неформални
негуватели: медијациската улога на самоефикасноста и
справувањето со приближување кон емоциите**

Менторка:

проф. д-р Катерина Наумова

Студентка:

Елеонора Трајковска

Број на индекс: 5360/21

Скопје, 2025

Содржина

Вовед	3
Истражувачки проблеми	5
Теоретска позадина	6
Неформално негувателство	6
Неформална нега на лица со деменција	10
Неформална нега на лица кои боледуваат од рак	12
Психичка оптовареност на негувателот	13
Ментално здравје на негувателите	20
Резилиентност	24
Социјална поврзаност	29
Самоефикасност	33
Справување со приближување кон емоциите	36
Релевантни емпириски истражувања	43
Истражувачки хипотези	56
Методологија на истражувањето	57
Примерок	57
Мерни инструменти	61
Постапка	66
Статистичка анализа на податоците	68
Резултати	71
Тестирање на Хипотеза 1	77
Тестирање на Хипотеза 2	83
Тестирање на Хипотеза 3	90
Дискусија	92
Практични импликации	96
Предности, ограничувања и препораки за идни истражувања	100
Резиме	103
Abstract	104
Литература	105
Прилози	125

Вовед

Се проценува дека околу 350 милиони луѓе во светот, поради својата здравствена состојба, зависат од грижа и нега на други лица за да ги задоволат основните животни потреби (Harwood et al., 2004). Според студијата за глобална оптовареност од болести (Global Burden of Disease Study, 2013) идентификувани се 301 различна дијагноза за кои е потребна поддршка во секојдневните активности (Vos et al., 2015), а улогата на неформален негувател најчесто ја преземаат членови на семејството (Adelman et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2015, според World Alzheimer Report, 2024; Solé-Auró & Crimmins, 2014).

Според Светскиот извештај за Алцхајмерова болест (World Alzheimer Report, 2024) во моментот се проценува дека има над 55 милиони луѓе низ светот кои живеат со деменција. Светската здравствена организација (СЗО) проценува дека бројот на засегнати луѓе ќе се зголеми на 139 милиони до 2050 година, со најголеми зголемувања во земјите со низок и среден приход (WHO, 2015, според World Alzheimer Report, 2024). Од друга страна, ракот претставува болест со неверојатно висока инциденца и стапка на смртност кај поединци низ светот. Според Глобалниот опсерваториум на канцер (Global Cancer Observatory, 2024 според Ferlay et al. 2024a) се проценува дека во 2022 година имало околу 19,8 милиони нови случаи на рак во светот и речиси 10 милиони смртни случаи од рак. Врз основа на статистиките од Глобалната статистика за ракот (Global Cancer Statistics, 2020) се проценува дека глобално ќе се појават околу 28,4 милиони нови случаи на рак во 2040 година (Sung et al., 2021).

Многу семејства претпочитаат да се грижат за роднина во домашни услови, иако барањата може да бидат значително големи (Zarit, 2008). Негувателството е улога со многу предизвици, која вклучува помош со основните и инструменталните активности на секојдневно живеење, медицинска поддршка (управување со лекаства, закажување на медицински посети и придружба на истите, донесување одлуки за третманот, помош за време на хоспитализација), осигурување безбедност во домот и емоционална поддршка. Повеќето неформални негуватели не се обучени и често не се чувствуваат подготвено за да пружаат медицинска поддршка, како обезбедување нега на рани, управување со

комплексни режими на фармаколошка терапија или промена на кеси за катетер. Исто така, се соочуваат со големи финансиски трошоци кои понекогаш се и поскапи од болничката нега (Harding et al., 2015). Примарните негуватели често не добиваат соодветна поддршка од здравствените работници и се чувствуваат напуштено од здравствениот систем (Adelman et al., 2014). На пример, негувателите на лица со деменција треба да ги менаџираат симптомите на болеста без соодветно разбирање за текот на болеста и влијанието на однесувањето и когницијата.

Неформалните негуватели се наоѓаат во уникатна позиција во која пружаат поддршка, но истовремено и ним им е потребна поддршка (Harding et al., 2015). Често се именуваат како „невидливи пациенти“ (Adelman et al., 2014), поради повеќекратните барања и стресори кои произлегуваат од негувателството (Brodaty & Donkin, 2009; Gallagher et al., 2011). Затоа треба да се нагласи важноста на семејната грижа што влијае врз здравствениот статус на самите пациенти. Психичката оптовареност на негувателите и влошеното ментално здравје исто така можат да влијаат на капацитетот на негувателите да обезбедат квалитетна нега и соодветна здравствена грижа за примателите на нега (Cherry et al., 2013; Kershaw et al., 2015; Milbury et al., 2013; Yuen & Wilson, 2021; Zarit et al., 1986). Негувателството може да доведе до негативни исходи врз физичкото и психичкото здравје на самите негуватели и понатаму да доведе до несакани последици кај лицето на кое му пружаат нега.

Овој магистерски труд има за цел да го истражи ефектот на заштитните фактори (резилиентност и социјална поврзаност) врз менталното здравје и психичката оптовареност кај неформалните негуватели на лица со деменција и лица кои боледуваат од рак. Втора значајна цел, е да се разбере улогата на справувањето со приближување кон емоциите и самоефикасноста како посредници во горенаведениот процес.

И покрај тоа што има голем број на истражувања за психолошките исходи од негувателството, сепак нема доволно истражувања во кои се споредуваат овие две групи на неформални негуватели. Досега во РС Македонија неформалното негувателство не е доволно истражено и не постојат истражувања во кои се опфатени неформални негуватели на повеќе од една дијагностичка група. Воедно, нема истражувања во кои популацијата ја сочинуваат неформални

негуватели на лица со рак. Генерализацијата на податоците и утврдувањето на карактеристики кои се споделени од неформалните негуватели низ повеќе дијагностички групи би овозможила формирање на интервенции за подобрување на добросостојбата на неформалните негуватели, нивниот квалитет на живот и одржување на способноста и квалитетот на грижата на лицето на кое му е потребна нега.

Истражувачки проблеми

Ова истражување ќе се обиде да даде одговор на следниве прашања:

1. Дали резилиентноста и социјалната поврзаност се значајни предиктори на менталното здравје и психичката оптовареност на неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и неформалните негуватели на лица со деменција?
2. Дали самоефикасноста и стратегиите за справување со приближување кон емоциите го посредуваат односот меѓу предикторите (социјална поврзаност и резилиентност) и психолошките исходи (ментално здравје и психичка оптовареност) кај неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и неформалните негуватели на лица со деменција?
3. Дали постојат разлики во менталното здравје, психичката оптовареност, социјалната поврзаност, стратегиите за справување со приближување кон емоциите, самоефикасноста и резилиентноста меѓу неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и неформалните негуватели на лица со деменција?

Теоретска позадина

Неформално негувателство

Неформалното негувателство ги опфаќа напорите на членовите на семејството да му помогнат на поединецот со физички здравствени проблеми и/или ментални здравствени проблеми и со тешкотии во извршувањето на секојдневните активности. Интензивната нега за хронично болниот пациент може да доведе до нарушување на позитивната слика за себе и на психолошката состојба, што доведува до негативни исходи за менталното здравје (Lazarus & Folkman, 1984; Pearlin et al., 1990). За разлика од пошироката популација, неформалните негуватели на лицата со рак и со деменција се изложени на поголем ризик од здравствени проблеми (Braun et al., 2007; Ji et al., 2012), нарушена имунолошка функција (Castle et al., 1995) и влошување на целокупното здравје (Barg et al., 1998). Покрај тоа, самата грижа е независен фактор на ризик за смртност кај негувателите постари од 65 години и зголемен ризик од коронарна срцева болест (Schulz et al., 1995). Неформалното негувателство може да доведе и до негативни психолошки исходи како психичка оптовареност, психичка вознемиреност и намалена психолошка добросостојба. Негувателите се изложени на висок ризик од клиничка депресија (Joling et al., 2016; Mausbach et al., 2013; Schulz et al., 1995; Trevino et al., 2018), а сериозноста на симптомите се зголемува како одговор на прогресијата на болеста (Ballard et al., 1996 според Ma et al., 2018; Powers et al., 2002; Saria et al., 2016; Schulz et al., 1990). Анксиозноста е друг често истражуван исход кој корелира со оптовареноста на негувателот (Adams et al., 2005; Allen et al., 2022; Bevans & Sternberg, 2012; Bussè et al., 2022; del-Pino-Casado et al., 2014; Kramer, 1993; Lai et al., 2018; Pearlin et al., 1990; Sallim et al., 2015; Saria et al., 2016; Trevino et al., 2018). Процената и управувањето со оптоварувањата кои поттекнуваат од негувателството може да му овозможи на семејството да се грижи подолго време, истовремено намалувајќи го ризикот од негативни ефекти врз здравјето и добросостојбата на негувателот (Zarit, 2008).

И покрај пријавените негативни исходи како резултат на неформалното негувателство, одредени фактори имаат заштитна функција и од нив зависи сериозноста и интензитетот на исходите. Истражувањата на неформалните

негуватели доминантно се фокусираат на негативните исходи од негувателството, а многу помал дел се фокусираат на заштитните фактори. Важно е да се согледа како се поврзани негативните исходи и кои се нивните предиктори со цел да се пронајдат заштитните фактори.

Голем дел на истражувањата во текот на изминатите 40 години го истражувале стресот што го доживуваат семејните негуватели. Исходите од негувателството се карактеризираат на два начина: како краен исход од ефектите кои произлегуваат од ангажирањето во улогата како негувател и како хипотетизирани промени што се очекува да произлезат од изложеност на третман или интервенција наменета за негуватели. Негувателите на лица со различни болести или инвалидитет и различен степен на ангажирање во улогата често се групирани заедно во студиите и покрај тоа што постои голема хетерогеност помеѓу ситуациите и стресорите, самите негуватели, нивната возраст, односот со лицето на кое му е потребна нега и ресурсите кои им се на располагање. Дури и кога фокусот е на една група негуватели, како што се оние кои обезбедуваат нега на лице со деменција, обично постои значителна хетерогеност во таа група во однос на посветеноста и карактеристиките на негувателот и нивните искуства (Zarit & Polenick, 2019).

Фокусот на здравјето и емоциите потекнува од моделите за стрес и справување (на пр., Aneshensel et al., 1995; Pearlin et al., 1990 кои се подетално објаснети во поглавјата: Справување преку проближување кон емоциите и Психичка оптовареност) кои се доминантни во областа. Од оваа перспектива, здравјето и добросостојбата се крајниот исход од процесот карактеризиран од стресори и медијатори или модератори на стрес (на пример, проценување на стресот, начин на справување, социјална поддршка). Моделите за процесот на стрес се поддржани со силни корелациски докази дека стресорите кои се резултат на негувателството се поврзани со полошо здравје и психолошка добросостојба (Aneshensel et al., 1995; Watson et al., 2019). Стресорите од негувателството и нивните ефекти врз здравјето и добросостојбата имаат значителни импликации за севкупниот квалитет на живот кај неформалните негуватели. Сепак, само мал број на студии го истражуваат квалитетот на животот или слични мерки (на пр., задоволството од животот) како директен исход од ангажманот во негувателството или како експлицитна цел на

интервенциите на негувателите (Zarit & Polenick, 2019). Иако моделите за процесот на стрес се корисни во насочувањето на истражувањата поврзани со оваа тема, постои сè поголемо признание дека здравјето и емоционалната добросостојба не го претставуваат адекватно потенцијалниот опсег на исходи кои би можеле да бидат релевантни за искуствата на негувателите (Fortinsky et al., 2013; Marino et al., 2017). Аргументот за поширок опсег на исходи се заснова на концептуални и на емпириски основи.

Иако моделите на стрес подразбираат временска прогресија (на пример, стресорите доведуваат до исходи), отсекогаш се претпоставувало дека овие модели опишуваат тековен динамичен процес при што со текот на времето ефектите од стресорите постојано се акумулираат и се намалуваат (на пр., преку закрепнување, преку механизмите за справување, социјална поддршка). Ова е како резултат на процесот на десензитизација, при што лицето се приспособува постепено на стресорите (се зголемува прагот на толеранција) и интензитетот на одговорот се намалува, односно стресорите го немаат истиот ефект. Овој процес е спонтан и не се случува за сите стресори. Во зависност од индивидуата и нејзините ресурси, кај некои луѓе стресорите само се акумулираат и не можат да се приспособат на одреден стресор и покрај повторното изложување на истиот. Исто така, исходите како депресијата и здравствените проблеми имаат реципрочни ефекти врз другите елементи на процесот на стрес, на пример, зголемување на веројатноста за средба со нови стресори и доведување до полоша мобилизација на ресурсите како одговор на стресот (Aneshensel et al., 1995). Дополнително, во согласност со когнитивните теории за депресија, депресивните симптоми може да доведат до премногу негативни проценки на настаните и сопствените ресурси, со што ја намалуваат способноста на негувателите да управуваат со тие настани. Факторите кои се сметаат како исходи, како што се депресивните и здравствените симптоми, може да предизвикаат нови стресори и умерени способности на негувателите за управување со стресорите (Zarit & Polenick, 2019).

Од друга страна, многу негуватели не доживуваат депресивни симптоми или влошување на здравјето (Fortinsky et al., 2013; Marino et al., 2017; Pinquart & Sörensen, 2003b). Повикувајќи се на мултидимензионалните модели за добросостојба, Марино и соработниците (Marino et al., 2017) предложиле дека

истражувањето на негувателите треба да оди подалеку од хедоничките (афективни) мерки кои често се негативни и дека треба да се воведат еудаимонични димензии на добросостојбата како исходи, како што се чувство на умешност во негувателската ситуација и извлекување на значење од негувателството. Фортински и соработниците (Fortinsky et al., 2013) укажале на тоа дека клучен елемент во негата е резилиентноста, особено да се биде во можност да се одржи позитивен афект и покрај непрекинатите барања за неа и за кратко време повторно да се врати од негативните искуства.

Тесниот фокус на афективната вознемиреност и влошувањето на здравјето е особено проблематично во истражувањата за интервенции наменети за негувателите. Повеќето интервенции вклучувале депресивни симптоми како исход. Критериумите за вклучување во студиите, главно се засновале на статусот на улогата (т.е. да се биде негувател), а не на тоа дали негувателите имаат депресивни симптоми. Истражувачите прават имплицитна претпоставка дека сите негуватели ќе доживеат вознемиреност и депресија (Zarit & Polenick, 2019).

Позитивните исходи од неформалното негувателство кои може да се мерат се ефективно справување, адаптивност, самоефикасност, намалени проблеми со менталното здравје, подобрена севкупна добросостојба или компоненти на добросостојбата (на пр. емоционална добросостојба, психолошка добросостојба) и подобрен квалитет на живот (Duangjina et al., 2025; Kobiske & Bekhet, 2018; Litzelman et al., 2017; McLennon et al., 2011; Quinn & Toms, 2019; Yu et al., 2018). Позитивните аспекти од негувателството потенцијално ја намалуваат психичката оптовареност на негувателите (Quinn & Toms, 2019; Xue et al., 2018; Yang et al., 2019), ги подобруваат позитивните проценки на негувателскиот процес и ја подобруваат психичката добросостојба (Pankong et al., 2018).

Кај неформалните негуватели на лицата од трета и четврта доба со Алцхајмерова болест позитивните аспекти од негувателството се посредници помеѓу нивоата на депресија на примателот на неа и оптовареноста, анксиозноста и депресијата на негувателите (Wang et al., 2018). Овие наоди ја нагласуваат важноста на насочувањето кон придобивките од грижата во интервенциите за да се спречи или намали стресот поврзан со негувателството. Релативно малку интервенции се насочени кон позитивните аспекти од

негувателството, но сепак ова може да биде клучна стратегија за промовирање на резилиентноста на негувателите (Fortinsky et al., 2013; Marino et al., 2017).

Неформална нега на лица со деменција

Деменцијата е еден од најголемите здравствени предизвици на дваесет и првиот век (Scheltens et al., 2021). Според годишниот извештај за 2025 на Алцхајмеровата асоцијација (Alzheimer's Association, 2025) во изминатите две децении, смртните случаи поврзани со деменција во Соединетите Американски Држави (САД) се зголемиле за повеќе од 142%. На глобално ниво, од 1990 до 2021 година смртните случаи се зголемиле за повеќе од 195% (Yu et al., 2025). Стигмата за болеста преовладува поради нејзината асоцираност со предизвиците поврзани со менталното здравје како и глобален недостаток на разбирање на болеста (Queluz et al., 2020). Ограничените ресурси за дијагностицирање и управување со деменција, ниското ниво на свест за болеста и отсуството на здравствени услуги за поддршка ги доведуваат земјите со низок и среден приход во ситуација најмногу да се борат со обезбедувањето грижа за деменција (Jeste et al., 2021; Wu et al., 2022; Yu et al., 2015).

Деменцијата е невродегенеративно заболување поврзано со возраста, кое се карактеризира со надолна траекторија на прогресивно влошување, која често се развива во текот на една деценија (Davis et al., 2011; Mayo et al., 2020). Терапиите се обидуваат да го променат текот на деменцијата и да управуваат со невропсихијатриските симптоми поврзани со болеста (Scheltens et al., 2021). Сепак, останува неповратна и неизлечива болест без лек.

Алцхајмеровата болест е најчеста причина за деменција и се категоризира во три фази како блага, умерена и напредна (Charalambous, 2023; Lee et al., 2019; Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018). *Раната фаза* се карактеризира со неколку видливи симптоми и потребно е когнитивно тестирање за да се потврди дека постојат невролошки промени. Во оваа фаза започнуваат промените во функционалната независност, која е степен до кој на лицето кое прима нега му е потребна помош. Се мери преку секојдневните активности и инструменталните активности со кои се проценуваат вештините за самостојно живеење (Lawton & Brody, 1969). Негувателите пружаат минимална помош во основните активности во секојдневието (ОАС), проактивно донесуваат одлуки во однос на планирање

на идната нега пред да се влоши когнитивниот пад. Во *средната фаза* се јавува потреба за помош со инструменталните активности во секојдневието (ИАС) и се развиваат невропсихијатриски симптоми (на пр., агитација, талкање, репетиција). Се зголемува потребата за помош од страна на негувателот, има потреба од услуги за поддршка и помош од поширокото семејство и од пријателите, на негувателите им е потребна професионална поддршка за да се олесни управувањето со невропсихијатриските симптоми без користење на фармаколошки средства. *Доцната фаза* се карактеризира со ескалирање на потребата од нега и може да доведе до релокација во алтернативни опкружувања (институционализација), како и пад во способноста за комуникација. Негувателите во оваа фаза може да чувствуваат вина и депресија поради потребата за институционализација и тука преодминара палијативна нега.

Деменцијата често се прикажува како најтешка болест за негувателите, од кои две третини се жени, а од нив една третина се постари од 65 години (Alzheimer's Association, 2025; Queluz et al., 2020). Барањата за грижа директно се поврзани со фазата на деменција на пациентот. Како што напредува болеста, пружената нега преминува од надзор и помагање до обезбедување на основна секојдневна нега (Ying et al., 2019). Не е невообичаено негувателството да трае со години без пауза, плата, одмор, признание или помош. Покрај факторите поврзани со фазата кои влијаат на товарот на грижата, други варијабли како што се нивото на когнитивно функционирање на пациентот, часовите поминати во пружање директна грижа, финансиските тешкотии и здравствениот статус на негувателот влијаат на способноста за грижа (Yu et al., 2015).

Иако бројот на проблеми се зголемува со сериозноста на оштетувањето на мозокот, нема директна корелација помеѓу проблемите и опсегот на оштетувањето. Многу фактори ја посредуваат појавата и ефектите од физичкиот дефицит. Мотивацијата, едукацијата, работната историја, уредувањето на животната средина како и реакциите на болеста од страна на пациентот и неговото семејство влијаат врз начинот на кој се манифестираат дефицитите (Kahn & Miller, 1978).

Неформална нега на лица кои боледуваат од рак

Ракот е болест која опфаќа над 100 поттипови, од кои секој се карактеризира со ткивото од кое потекнува, патолошки карактеристики, траекторија на болеста, опции за третман и прогностички индикатори. И покрај овие разлики, малигните заболувања ја споделуваат заедничката карактеристика на хиперпродукција на абнормални клетки, со цел да ги узурпираат хранливите материи од нормалните структури и да го попречат вообичаеното телесно функционирање. Канцерогените клетки се одржуваат на штета на нормалното ткиво (Charalambous, 2023).

Најчестите видови на рак на глобално ниво варираат во зависност од статусот на економскиот развој на регионот и поврзаните социобихевиорални норми (Hulvat, 2020). Сепак, ракот на дојка, простата, белите дробови и дебелото црево ја сочинуваат речиси половина од инциденцата на рак во светот, а овие видови на рак се јавуваат претежно кај повозрасните лица (Ferlay et al., 2018a; Miller et al., 2022). Всушност, речиси две третини од сите дијагнози на рак се јавуваат кај лица постари од 65 години и ризикот за развој на рак се зголемува со возраста (Bluthmann et al., 2016 според Charalambous, 2023).

Според Глобалниот опсерваториум на канцер (Global Cancer Observatory, 2022 според Ferlay et al. 2024b) во 2022 на ниво на РС Македонија трите најраспространети типови кај мажите се ракот на белите дробови, простатата и дебелото црево, додека кај жените најчести се ракот на дојка, дебелото црево и матката. Бројот на нови случаи изнесувал 7.563, а бројот на смртни случаи 4.364.

Бидејќи повеќето третмани за рак се даваат во амбулантски услови, неформалните негуватели се клучна поддршка за нивниот роднина, пружајќи многу грижа за нивното здравје и добросостојба (McMullen et al., 2014). Тие го следат процесот и споделуваат голем дел од искуството од болеста заедно со примателот на нега (Kershaw et al., 2015). Негувателите често имаат за задача да управуваат со комплицирани режими на лекови, да ги проценат знаците на повторни враќање на ракот или несакани дејства од лековите, да се справат со симптомите поврзани со ракот и неговиот третман и да навигираат со сложени и скапи третмани и тестирања, додека сè уште се грижат за себе и имаат лични и професионални одговорности (Informal Caregivers in Cancer, 2019). Слично на

пошироката популација на неформални негуватели, негувателите на лица кои боледуваат од рак се генерално жени и најчесто се членови на семејството (AARP & National Alliance for Caregiving, 2020). Многумина сè уште работат со скратено или со полно работно време и може да имаат свои здравствени проблеми (Thomas Hebdon et al., 2021). Особено се ранливи негувателите на пациентите со рак на белите дробови (Siminoff et al., 2010; Wadhwa et al., 2013; Zabora et al., 2001) бидејќи сериозноста и брзата детериорација најчесто се поврзуваат со овој тип на рак (Ellis, 2012; Fujinami et al., 2012; Milbury et al., 2013). Оваа категорија продолжува да има најголема стапка на морталитет на глобално ниво, како и во РС Македонија (Global Cancer Observatory, 2020 според Ferlay et al. 2024a, 2024b).

Гивен и Гивен (Given & Given., 2019 според Charalambous, 2023) идентификувале три временски рамки кога вклучувањето на негувателите е најинтензивно: за време на активен третман за рак, првите две години по дијагнозата и за време на палијативната нега (негата на крајот на животот). Овие делови од негувателството бараат различни вештини, а со тоа и зголемување на компетентноста.

Психичка оптовареност на негувателот

Негувателството води до промени во односот на негувателот и примателот на нега, што може да ја наруши размената на поддршка и наклонетост. Негата, исто така, може да доминира во животот на негувателот, намалувајќи ги можностите за активности со семејството и пријателите или на работа. Субјективното чувство на стрес и оптовареноста произлегуваат од овие промени и претставуваат фундаментален исход од ангажманот на негувателот. Тоа не значи дека сите негуватели ги доживуваат овие чувства, туку дека сите ситуации на грижа потенцијално може да генерираат субјективен стрес или оптоварување (Zarit & Polenick, 2019).

Терминот „товар“ се користи на многу различни начини во литературата за неформалното негувателство (Zarit, 2006). Некои автори го дискутираат товарот како карактеристики на болеста, како психолошка проценка на семејството за болеста, а други како исход од процесот на нега, како што се зголемени стапки на депресија и болести кај негувателите (Zarit, 2008).

Оптовареноста на негувателите кои се одговорни за болен роднина со когнитивни проблеми кој живее дома, првпат бил испитувана од Гред и Сејнзбри (Grad & Sainsbury, 1963) во раните 1960-ти. Оттогаш, оптовареноста е централен концепт во проучувањето на семејната нега и се концептуализира на неколку начини. Првично се дефинирала како еднодимензионален концепт кој потоа бил проширен за да се означи важноста на субјективното доживување на оптовареноста (Poulshock & Deimling, 1984; Zarit et al., 1980). Од 1985 до 1990 година повеќето истражувачи ја концептуализирале оптовареноста преку две димензии: субјективна и објективна (Poulshock & Deimling, 1984; Vitaliano et al., 1989). Субјективното оптоварување првенствено ги вклучува личните чувства и ставови на негувателите кои се формираат додека го извршуваат негувателството, додека објективното оптоварување се дефинира преку настани или активности поврзани со негативни искуства, како резултат на негувателството или степенот на попречувања или промени во различни аспекти од животот на негувателите (Hoenig & Hamilton, 1966; Montgomery et al., 1985). Оттогаш, конструктот бил проширен и почнал да се дефинира и како мултидимензионален: физичка, емоционална (психолошка), социјална и финансиска оптовареност (Kosberg & Cairl, 1986; Nijboer et al., 1999; Novak & Guest, 1989). Наместо да се размислува за оптовареноста како единствен ентитет, покорисен пристап е да се гледа на стресот од негувателството како повеќедимензионален процес кој може да влијае на многу области од животот на една личност (Zarit, 2008).

Зарит и соработниците ја дефинирале оптовареноста како степен до кој негувателите ги перципираат промените во своето емоционално или физичко здравје, социјален живот и финансиска состојба како резултат на грижата за своите блиски (Zarit et al., 1986). Не е опишана експлицитна теоретска основа за нивниот пристап. Имплицитната концептуална основа може да се види во студиите на Зарит. Тој забележал неколку предиктори на оптовареноста на негувателот, вклучувајќи го одговорот на негувателот на симптомите на лицето на кое му е потребна нега, социјалната поддршка што му е достапна на негувателот, квалитетот на односот помеѓу пациентот и негувателот пред почетокот на болеста и сериозноста на симптомите на лицето на кое му е потребна нега (Chou, 2003).

Санфорд (Sanford, 1975 според Zarit et al., 1980) ја мерел толеранцијата на негувателите кон проблемите што се среќаваат при грижата за постарите лица со когнитивни оштетувања. Негувателите сметале дека најтешко им било да го толерираат недостатокот на време за себе и нарушувањата на спиењето. Зарит и соработниците (Zarit et al., 1980) сметале дека овие студии покрај тоа што ги посочуваат проблематичните однесувања, не разјасниле како специфичните однесувања придонесуваат за оптоварувањето од домашната нега. Сметале дека други фактори кои треба да се земат предвид се односот на негувателот со лицето со деменција и поддршката достапна од другите членови на семејството, влијанието на проблемите со меморијата, како и нивото на бихевиорално и функционално оштетување. За таа цел го создале мерниот инструмент „Интервју за оптовареност на Зарит“ (Zarit et al., 1980).

Во истражувањето на Зарит во 1980-та биле проучувани факторите кои придонесуваат за чувството на психичка оптовареност што го доживуваат негувателите на лица со сенилна деменција. Ставките за кои било пријавено најголемо ниво на оптовареност се однесувале на недостатокот на време на негувателот за себе, прекумерната зависност на пациентот од негувателот и стравувањата на негувателот за натамошно влошување на однесувањето на пациентот. Бројот на посетите од останатиот дел од семејството значајно бил поврзан со нивото на оптовареност. Немало статистички значајни разлики во однос на тоа дали негувателот е брачен партнер или дете на лицето на кое му била потребна нега. Претходните истражувања за лица од трета и четврта доба со когнитивни оштетувања нагласиле дека специфични однесувања се вознемирувачки за членовите на семејството, како талкањето и несоницата, но во истражувањето на Зарит зачестеноста на овие проблеми не придонела за чувството на оптоварување. Се разбира, сериозното губење на меморијата и проблемите поврзани со неа се вознемирувачки за членовите на семејството, но способноста на неформалните негуватели да се справат со таа ситуација може да зависи од другата поддршка која им е достапна (Zarit et al., 1980).

Некои студии ја истражувале психичката оптовареност на негувателот, водејќи се по одделни теоретски модели на психичка вознемиреност. Моделот на Виталиано и соработниците (Vitaliano et al., 1989) тврди дека психичката вознемиреност = изложеност на стресори + ранливост / психолошки ресурси +

социјални ресурси. Кога се применува на оптовареноста на негувателите изложеноста на стресори се операционализира во однос на когнитивните и бихевиоралните оштетувања на лицето со Алцхајмер и генералните животни стресори на негувателот (проблеми со децата, финансиите). Психичката вознемиреност се дефинира како биопсихосоцијален одговор (пр. перципиран товар, анксиозност, депресија, имуно/кардиоваскуларна реактивност) на стресори како и модераторски фактори како ранливост (здравје, личност и демографски варијабли) и ресурси (социјална поддршка и справување). Во овој модел индивидуите можат да ја подобрат својата емоционална состојба преку намалување на непосакуваните фактори или со зголемување на посакуваните фактори (Vitaliano et al., 1989). Негувателите на лица со Алцхајмерова болест со висока ранливост и ниски ресурси имале повисоки скорови на оптовареност (Vitaliano et al., 1991).

Во литературата за оптовареноста на неформалните негуватели најчесто е користен *Моделот на процес на стресот поврзан со негувателството* предложен од социологот Перлин и соработниците (Pearlin et al., 1990 според Zarit, 2008). Оваа перспектива воведува неколку важни разлики. Прво, моделот прави разлика помеѓу објективни и субјективни стресори. Објективните стресори вклучуваат карактеристики и симптоми на болеста, како што се тешкотии во извршувањето на активностите од секојдневниот живот и проблеми со меморијата и однесувањето поврзани со деменција. Субјективните стресори се степенот до кој специфичните проблеми се доживуваат како стресни. Оваа разлика помеѓу објективни и субјективни стресори претставува еден од најважните концепти за разбирање на оптовареноста на негувателите (Zarit, 2008).

Зарит и соработниците (Zarit et al., 1985) тврдат дека сите неформални негуватели не ги сметаат за стресни истите искуства. Некои негуватели известуваат дека голем дел од стресот е резултат на специфични однесувања, додека други сметаат дека е резултат на севкупниот ангажман. Предлагаат дека оптовареноста и стресот на членовите на семејството се детерминирани од фактори како способноста на негувателите за справување со тешко или проблематично однесување и социјалната поддршка што ја пружаат останатите членови на семејството. Сериозноста на бихевиоралните и когнитивните

симптоми не биле добар индикатор за тоа колку доживуваат оптовареност или стрес. Сметаат дека дел од оптовареноста може да се ублажи со интервенции. За секој специфичен проблем, како што се инконтиненција или вознемиреност, негувателите се разликуваат во нивните реакции, некои доживуваат високо ниво на стрес, а други известуваат дека однесувањето им предизвикува малку стрес или воопшто не ги вознемирува.

Друга дистинкција во моделот на процесот на стрес е помеѓу „примарните“ и „секундарните“ стресори. Примарните стресори произлегуваат директно од болеста на пациентот, додека секундарните стресори претставуваат влијание на ефектите на примарните стресори врз други области од животот на негувателот. Примарните стресори вклучуваат работи како што се проблеми во однесувањето на пациентот и субјективниот одговор на негувателот на нив. Секундарните стресори се степенот до кој барањата за неџа ги попречуваат работата и другите семејни обврски или придонесуваат за финансиски товар на семејството. Иако се нарекуваат секундарни, сепак претставуваат најпредизвикувачки стресори со кои се соочуваат семејствата. Истражувањата пријавуваат релативно скромна врска помеѓу објективните и субјективните стресори. Утврдено е дека субјективното значење и влијанието на стресорите се посилен предиктор на согорувањето на негувателите и институционалното сместување отколку објективните индикатори на болеста. Ова имплицира дека е неопходно да се проценат и објективните и субјективните компоненти на стресорите за да се добие целосна слика за ситуацијата на негувателот (Zarit, 2008).

Неформален негувател кој е постојано прекинуван на работа од родител или кој мора често да отсутствува од работа може да доживее значителен напор во обидот да ги усогласи двете улоги. Конфликтот со другите членови на семејството за тоа како се спроведува неџата претставува една од најстресните ситуации за негувателите (Semple, 1992). Исто така, треба да се нагласи дека присуството на повеќе улоги (на пр., негувател, работник) не секогаш укажува на тоа дека негувателот ќе чувствува оптовареност. Помалку од половина од негувателите доживуваат конфликт во нивните семејни или работни улоги (Edwards et al., 2002; Stevens, 2001). Кариерниот живот може да го ублажи влијанието на негувателството, давајќи му време одвоено од пациентот и

дозволувајќи сфера во која негувателот може да чувствува дека има контрола врз ситуацијата и чувство на компетентност (Aneshensel et al., 1995; Stephens et al., 2001). Меѓутоа, некои негуватели се откажуваат од својата кариера за да обезбедат константна домашна нега, со што нивната загуба на приходи и идентитет може да придонесе за целокупниот стрес што го доживуваат (Zarit, 2008).

Откриено е дека најважните предиктори на степенот на товар се начинот на кој негувателите се справуваат со бихевиоралните и проблемите со меморијата, социјалната поддршка која им е достапна и квалитетот на врската помеѓу пациентот и негувателот пред почетокот на болеста. Во однос на менаџирањето на проблемите, кога негувателите се флексибилни и пробуваат нови приоди, товарот се доживува како помалку стресен. Од друга страна, негувателите кои инсистираат да одговараат на пациентите како да се без никакви оштетувања се фрустрираат и пријавуваат повеќе стрес. Не успеваат да признаат дека пациентот не може да им одговори исто како пред да се појави оштетувањето. Социјалната поддршка е исто така критична во детерминирање на количината на стресот со кој треба да се справат. Кога повеќе членови ќе се вклучат во грижата на пациентот со деменција и кога примарниот негувател ги перципира семејството и другите луѓе кои му помагаат како поддржувачки настроени, можеби нема да се чувствува толку оптоварено (Zarit et al., 1985). Квалитетот на врската пред болеста исто така влијае, со тоа што тие со поквалитетна врска ќе се соочат со сегашните проблеми со помалку стрес. Степенот на оптовареноста може да се модификува, ако на пример негувателите го сменат начинот на справување со проблематичното однесување или со добивање на поголема социјална поддршка (Zarit et al., 1985).

Негувателите чувствуваат оптовареност и кога пациентот манифестира дефицит во однесувањето и имаат тешкотии да ги толерираат тие однесувања. Сејнзбри и Град де Аларкон (Sainsbury & Grad de Alarcon (1970) според Zarit et al., 1980), на пример, востановиле дека особено загрижувачки однесувања за негувателите се потенцијалното штетно однесување за себе или за другите, невообичаеното однесување, немирот и вознемирувачкото однесување во ноќните часови. Ова ја нагласува констатацијата дека негувателите реагираат различно на проблематичното однесување и се разликуваат во нивните вештини

за управување со овие проблеми (Zarit et al., 1986). Наодите во ова истражување се конзистентни со моделите за стрес, кои предлагаат дека влијанието на штетните настани е посредувано од тоа дали субјектите ги доживуваат како штетни и од реакцијата на самите учесници, која е резултат на начинот на справување (Lazarus & Folkman, 1984).

Од друга страна, лонгитудиналните истражувања сугерираат дека способноста на негувателите да толерираат проблематично однесување всушност се зголемува, дури и кога болеста напредува. Кога по две години биле повторно контактирани, некои од учесниците изјавиле дека научиле поефикасно да управуваат со проблемите, а другиот дел од учесниците не им дозволиле на проблемите да ги измачуваат. Во ова истражување првично имало разлика помеѓу двата пола во нивото на психичка оптовареност, но немало разлики по две години (Zarit et al., 1986). На почетокот мажите имале инструментален пристап кон секојдневните проблеми, додека жените имале потешкотии да ја одржат емоционалната дистанца, која е неопходна за разгледување на алтернативни стратегии за управување со проблемите (Zarit, 1982, според Zarit et al., 1986). Меѓутоа, по две години жените усвоиле сличен стил на справување.

Во едно истражување Горт и соработниците (Gort et al., 2007) ја анализирале успешноста на скалата на Зарит во идентификување на знаци на колапс кај негувателите кои се грижат за пациенти кои страдаат од деменција, како и факторите на ризик поврзани со оптоварувањето и колапсот на негувателите. Негувателскиот колапс го дефинираат како физичка, психолошка или емоционална неспособност на членовите на семејството да ја пружат соодветната нега на пациентот со деменција. Во однос на факторите на ризик оценети во оваа студија, постоела статистички значајна врска помеѓу нарушувањата во однесувањето, оптоварувањето и колапсот, и помеѓу колапсот на негувателот и живеењето одделно од пациентот. Имало статистички значајна поврзаност помеѓу живеењето во друго живеалиште, наместо со пациентот и потребата да се комбинира грижата за пациентот и грижата за сопствениот дом на негувателот и стапката на колапс во негувателството.

Негувателите кои со стресорите се соочуваат на поактивен начин, планирајќи и учејќи нови стратегии за одговор на проблеми, како што е губењето

на меморијата на нивниот роднина и кои се оптимисти за успешноста на нивните напори, доживуваат пониски нивоа на емоционална вознемиреност (Gottlieb & Rooney, 2004). Емоционалната поддршка обезбедена од роднините и пријателите често е критична за добросостојбата на негувателот (Gaugler et al., 1999).

Со зголемувањето на психичката оптовареност на негувателите на лицата со деменција и на лицата со рак се зголемуваат и депресивните симптоми (Bevans & Sternberg, 2012; Bussè et al., 2022; Cheng et al., 2013; Gonyea et al., 2005; Grano et al., 2017; Kim et al., 2005; Lai et al., 2018; Saria et al., 2016; Trevino et al., 2018; Yeager et al., 2010). Чапл и Рид (Chappell & Reid, 2002) го процениле севкупниот квалитет на животот на негувателите, користејќи модел на патека во кој оптовареноста била мерена засебно од добросостојбата. Оптовареноста била под директно влијание на бихевиоралните проблеми, фреквенцијата на паузи, самодовербата и часовите кои ги поминале во пружање на нега. Примерокот го сочинувале неформални негуватели на лица со деменција и негуватели на лица кои немаат деменција.

Според Берtrand и соработниците (Bertrand et al., 2006), поради негативните последици од деменцијата, оптовареноста на негувателите е поголема кај нив во споредба со негуватели на лица без деменција. Зарит и соработниците (Zarit et al., 1986) идентификувале неколку предиктори на оптовареноста, вклучувајќи го начинот на кој негувателот реагира на симптомите на примателот на нега, квалитетот на односот помеѓу пациентот и негувателот пред почетокот на болеста, сериозноста на симптомите на примателот на нега и достапноста на социјална поддршка.

Ментално здравје на негувателите

Менталното здравје е еден од психолошките исходи од неформалното негувателство кои најчесто се истражуваат кај оваа популација. Голем дел од инструментите за мерење на менталното здравје се фокусираат на симптоми на анксиозност и депресија, но значителен дел од генералната популација ретко или воопшто не пријавила појави кои претставуваат најраспространети симптоми на психичка вознемиреност (Veit & Ware, 1983).

Вејт и Вер (Veit & Ware, 1983) со цел да се зголеми прецизноста, ја прошируваат дефиницијата на менталното здравје, кое најчесто се дефинира само како зачестеност или интензитет на симптоми на психичка вознемиреност, да вклучува карактеристики на добросостојба (чувство на расположеност, заинтересираност и уживање во животот). Резултатите од нивната студија упатуваат на тоа дека психолошката добросостојба која опфаќа позитивни психолошки состојби како генерален позитивен афект и емоционални врски, и психичката вознемиреност која опфаќа негативни психолошки состојби како анксиозност, депресија, недостаток на бихевиорална и емоционална контрола, се два дистинктивни индикатори на конструктот ментално здравје. Тврдењата од инвентарот што го конструирале, кои опишуваат позитивни состојби формирале еден кластер кој ја претставувал психолошката добросостојба, додека тврдењата кои опишуваат негативни состојби формирале кластер кој ја претставувал психичката вознемиреност. Двата фактори биле дистинктивни, односно Вејт и Вер менталното здравје го мерат преку индикаторите психолошка добросостојба и психичка вознемиреност. Инструментот е развиен на база на податоци од генералната популација наместо на психијатриска популација, со што е соодветен за негуватели.

Лицелман и соработниците (Litzelman et al., 2017) ја истражиле промената во психолошките ресурси и поврзаноста со добросостојбата на негувателите во период од 10 години. Негувателите со зголемена или висока лична умешност пријавиле подобар афект, попозитивни социјални односи и повисоки нивоа на себеприфакане, автономија, личен раст и владеење со околината од оние со ниски скорови. Зголемената упорност во стремежот кон целта била поврзана со поголем личен раст и владеење со животната средина, додека зголемените или високите позитивни повторни проценки биле поврзани со подобар афект. Во однос на позитивните исходи од негувателството, пронајдено е дека придобивките од негувателството (т.е. перципираните награди) го ублажиле стресот од негувателството. Наоѓањето значење во улогата на негувател делумно ја посредува поврзаноста помеѓу оптовареноста на негувателите и менталното здравје кај сопружниците кои се грижат за партнер со деменција (McLennon et al., 2011).

Крос-културното истражување на Танеска (2020) кое било спроведено на 106 неформални негуватели на лица со деменција главно опфатило учесници од РС Македонија (33%), САД/Канада (47%), западна Европа(14%) и Австралија (3%). Било утврдено дека повисоката депресивност, повисоката оптовареност и пониската социјална поддршка предвидуваат полош квалитет на живот кај неформалните негуватели на лица со деменција.

Стапките на симптоми на депресија кај поединците кои се негуватели се повисоки, отколку кај поединците кои не се негуватели, иако разликите се помали во примероците базирани на популација во споредба со клиничките или со пригодните примероци (Marino et al., 2017; Piquart & Sörensen, 2003b). Ефектите на селекција може да се причината за овие наоди, бидејќи негувателите со високо ниво на стрес може да имаат поголема веројатност да волонтираат во клинички студии и помалку е веројатно да учествуваат во студии наменети за таа популација (Zarit & Polenick, 2019).

Нивоата на депресија кај негувателите се повисоки кај жените отколку кај мажите и се најсилно поврзани со бихевиоралните и со психолошките проблеми на примателот на нега (Piquart & Sörensen, 2003a; Watson et al., 2019). Други фактори поврзани со депресивни симптоми вклучуваат когнитивно и физичко оштетување на примателите на нега, ниска самоефикасност и умешност на негувателите, несоодветен приход и незадоволени потреби на негувателите и високо ограничување на активноста (Fortinsky et al., 2013; Piquart & Sörensen, 2003b; Watson et al., 2019).

Повеќето студии за менталното здравје на неформалните негуватели се трансверзални. Негувателството, сепак, често се протега во повеќегодишен период, и затоа лонгитудиналните истражувања обезбедуваат поинаква и значајна перспектива за ризикот од депресија. Студиите кои ги следеле негувателите во текот на неколку години, известуваат дека помеѓу 40% и 69% имаат постојано ниско ниво на депресија, околу 20% имаат постојано висока депресија, а останатите негуватели имаат флукуирачки периоди на висока и ниска депресија (Zarit & Polenick, 2019).

Во истражувањето на Зарит и соработниците (Zarit et al., 1986) психичката оптовареност на негувателот и неформалните часови на нега биле негативно

поврзани со добросостојбата, со тоа што пониската оптовареност и помалиот број на неформални часови на неа предвидувале повисока добросостојба. Перципираната социјална поддршка и самодовербата биле позитивно поврзани со добросостојбата.

Влошувањето на менталното здравје стана светски проблем за време на пандемијата на КОВИД-19. Во светски рамки беа направени голем број истражувања за менталното здравје на неформалните негуватели, бидејќи заштитните мерки доведоа до промена на секојдневни рутини, социјална изолација и ограничување на можностите за секојдневни активности. Резултатите од истражувањата упатуваат на тоа дека е влошено менталното здравје на неформалните негуватели откако е започната пандемијата (Allen et al., 2022; Bussè et al., 2022; S. A. Cohen et al., 2021; Kostyál et al., 2022; Nakamoto et al., 2022; Paredes et al., 2021; Rajovic et al., 2021; Robles-Bello et al., 2022a; Santini et al., 2022; Truskinovsky et al., 2022; Wister et al., 2022).

Фактори кои влијаеле на менталното здравје и на добросостојбата во овој временски период се кохабитација (Allen et al., 2022; Santini et al., 2022; Wister et al., 2022), невработеност (Allen et al., 2022), ниво на социјална поддршка (Allen et al., 2022; Kostyál et al., 2022) материјална состојба (Allen et al., 2022), влошување на односите со лицето на кое му е потребна поддршка (Kostyál et al., 2022), женскиот пол (Bussè et al., 2022; Wister et al., 2022), ниво на образование (Bussè et al., 2022; Robles-Bello et al., 2022a), изолација (Bussè et al., 2022), влошена психичка состојба на примателот на неа (Santini et al., 2022), подолг период на пружање неа (Truskinovsky et al., 2022), самоефикасноста и оптимизмот (Robles-Bello et al., 2022b).

Резилиентност

Иако барањата кои се поставуваат пред негувателите се многу високи, некои од нив успеваат да се справат релативно добро (Gaugler et al., 2000). Ова може да се интерпретира како знак на резилиентност. Два концептуални модели за резилиентност тврдат дека негувателите кои имаат ниска резилиентност би доживеале висока оптовареност дури и во присуство на помали барања за неа од страна на примателот. Спротивно, негувателите кои имаат висока резилиентност би доживеале пониска оптовареност дури и кога имаат големи барања за неа (Gaugler et al., 2000).

Во литературата, резилиентноста е дефинирана на различни начини, вклучувајќи ја способноста некој да се врати во првобитната состојба или да закрепне од стресот (Carver, 1998; Smith et al., 2008), односно позитивна промена што може да произлезе од трауматско искуство, губење и повторно враќање на хомеостазата наместо одржување на стабилен еквилибриум (Lepore & Revenson, 2006), способност да се одржи стабилен еквилибриум покрај значителни тешкотии (Bonanno, 2004), позитивно прилагодување на стресни околности или потешкотии (Luthar et al., 2000), способност за балансирање на внатрешните потреби и желби со надворешното опкружување (Block & Kremen, 1996), и способност за функционирање над нормата и покрај стресот или неволјите (Tusaie & Dyer, 2004).

Зборот „резилиентност“ се поврзува со голем број нејасни и непрецизни значења (Luthar et al., 2000). Исто така концептуалната конфузија го отежнала јасното разбирање на ефектите на резилиентноста врз здравјето (Smith et al., 2010). Поради големиот број на различни дефиниции на резилиентноста станало тешко за лаиците и за општествените научници јасно да комуницираат што точно истражуваат и да ја култивираат резилиентноста (Smith et al., 2013). Смит (Smith, 2020) се обидел да открие кое е основното, најоригиналното и концептуално најпрецизното значење на концептот резилиентност и пристигнал до често користената метафора на враќање кон првобитната состојба.

Смит и соработниците (Smith et al., 2010) резилиентноста ја дефинираат како способност за враќање кон првобитна психолошка состојба или

закрепнување од стрес. Тврдат дека способноста за враќање кон првобитната состојба лежи на континуум помеѓу најстабилните карактеристики на личноста и специфичните вештини што се користат за справување со стресот. Способноста ја одредуваат како личен ресурс, како податлива на промени со помош на соодветни интервенции. Верувањето дека некој го поседува личниот ресурс е важно, како и верувањето дека може да закрепне по стресот. Двете можат да бидат критични за да може една индивидуа навистина да закрепне. Според Смит и соработниците ресурсите за справување и историјата на учење може да бидат особено важни за да се развие резилентноста.

Ресурсите за справување се нагласени во моделите на справување (Moos & Holahan, 2003), вклучувајќи позитивни стабилни лични карактеристики (на пр., оптимизам); позитивни и поддржувачки односи и/или адаптивни стратегии за справување. Историјата на учење е нагласена во моделите на самоефикасност (Bandura, 2001a) вклучувајќи успешни искуства на враќање кон првобитната состојба; набљудување на лица слични на нас кои закрепнуваат и/или вербално охрабрување дека поединецот може да се врати кон првобитната состојба. Односно, резилентноста може да се развие кога личноста која има доволно количество ресурси за справување ќе поверува преку своето доживеано искуство, примери, или охрабрување дека може да закрепне од стресот.

Еден од најдистинктивните аспекти на резилентноста како способност за враќање кон првобитната состојба или закрепнување од стрес е тоа што вклучува темпорална димензија (Carver 1998 според Smith et al., 2013). Овој процес може да вклучи 3 фази:

- 1) Конфронтирање со стресен настан. Прво, способноста за враќање кон првобитната состојба генерално може да бара од лицето навистина да се соочи со стресниот настан. Иако избегнувањето или негирањето често може да се користат за да се ублажи ефектот од стресниот настан, долгорочно тие може да бидат контрапродуктивни и да го спречат поединецот во здобивање на сите информации потребни за успешно закрепнување. При соочување со трауматски настан, избегнувањето може да доведе до маѓепсан циклус (vicious cycle) на избегнување и на повторно доживување што може да доведе до посттрауматско стресно нарушување (Lanius et al., 2010). Способноста да се обрне внимание на искуствата од сегашниот момент (Kabat-Zinn, 1990) и јаснотијата на сопственото

емоционално искуство (Barrett et al., 2001) може да ѝ овозможат на личноста да се соочи со стресното искуство и да започне со процесот на враќање кон првобитната состојба.

2) Себеориентирање кон иден позитивен исход од настанот. Потребно е чувство за насока и цел во животот (Wong & Fry, 1998), како и чувство на оптимизам дека е возможно да се движи во насока на постигнување на сопствените цели и значења (Scheier & Carver, 2001; Smith & Zautra, 2004). Франкл (Frankl, 1963) зборувал за вредноста на чувството за смисла и цел во животот кои му овозможиле и го мотивирале да преживее во концентрационен логор за време на Втората светска војна. Смит и Зотра, во нивното истражување востановиле дека чувството за цел во животот е најважниот фактор за закрепнување кај луѓето кои имале операција за целосна замена на коленото (Smith & Zautra, 2004), додека други автори пронашле дека целта во животот е поврзана со подобро прилагодување на стресот (Bonebright et al., 2000). Оптимизмот како очекување на успешен исход од стресен настан може да биде значаен за чувството на доверба кое им овозможува на луѓето да почнат да се вклучуваат во напорите за да се справат со стресот наместо да го избегнуваат или негираат (Scheier & Carver, 2003). Оптимизмот е поврзан со подобро ментално и физичко здравје како последица од различни стресори како операција на коронарен артериски бајпас и рак (Andersson, 1996; Scheier et al., 1999; Schnoll et al., 2002).

3) Вклучување во активни напори да се справи со настанот. Двата фактори за кои сметаат дека се најважни во процесот на справување биле активниот пристап кон справувањето (Scheier & Carver, 2003) и поддршката од други луѓе во процесот на справување (Cohen & Hoberman, 1983). Закрепнувањето е поверојатно со активен пристап кон справување со настанот наместо негово пасивно прифаќање или избегнување. Додека активниот пристап кон справувањето може да се смета како личен ресурс, социјалната поддршка е главен пример за социјален ресурс кој може да биде особено релевантен за време на стресни настани, а со тоа и за резилентноста (Smith et al., 2013).

Како и повеќето теории кои вклучуваат фази, Смит и соработниците (Smith et al., 2013) не имплицираат дека фазите секогаш се случуваат по горенаведениот редослед или дека индивидуите можат да преминуваат помеѓу

нив. Веруваат дека луѓето генерално ги совладуваат и се движат низ фазите по овој редослед и трите може да бидат критични за успешно враќање кон првобитната состојба по стресен настан. Многу од потенцијално важните ресурси за резилиентноста може да се категоризираат во една од овие фази.

Свесното внимание (mindful attention) за искуството во сегашниот момент може да му овозможи на лицето да се соочи и целосно да ги прифати сите информации кои се достапни додека го доживуваат стресниот настан (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 1990). Јасноста на расположението (mood clarity) може да му овозможи на лицето да го разјасни своето емоционално доживување на настанот на начин на кој најдобро може да разбере како настанот влијае на него и каков избор може да направи за следните чекори (Barrett et al., 2001; Salovey et al., 1995). Целта во животот може да му помогне на човекот да се ориентира (или да го задржи насочен) кон она што е најважно за него и да обезбеди мотивација и насока за справување со настанот (Frankl, 1963; Smith & Zautra, 2004). Оптимизмот може да ѝ овозможи на личноста да замисли позитивен исход од стресниот настан и да ѝ помогне да ја добие потребната самодоверба за да започне да се ангажира во напорите за справување (Andersson, 1996; Scheier & Carver, 2003). Активниот пристап кон справувањето вклучува ангажирање во напорите за справување кои се неопходни за враќање или закрепнување од стресниот настан (Smith et al., 2013).

Истражувањето на Смит (Smith et al., 2013) упатува на тоа дека возраста, образованието, машкиот род и приходот се социодемографските фактори кои можат да бидат ресурси за резилиентност. Резултатите од истражувањата покажуваат дека резилиентноста позитивно корелира со оптимизмот, социјалната поддршка, целта во животот и активното справување. Негативно корелира со песимизмот, алекситимијата, заморот, перципираниот стрес, анксиозноста, депресијата, негативните интеракции, бихевиоралното повлекување, негирањето и самообвинувањето. Исто така резилиентноста била поврзана со мерките поврзани со здравјето: помалку негативен афект, повеќе позитивен афект, помалку физички симптоми и помалку перципиран стрес. Поврзаноста со позитивниот и негативниот афект сугерира дека е персонален ресурс кој може да влијае врз двата домени на афективното здравје. Поврзаноста

со помалку перципиран стрес, врската со помалку физички симптоми сугерира дека резилиентноста игра важна улога во физичкото здравје (Smith et al., 2010).

Според Смит и соработниците (Smith et al., 2010) перципираната или вистинската способност за враќање кон првобитната состојба може да доведе до подобро здравје. Вистинската способност за враќање кон првобитната состојба може да го подобри здравјето со намалување на времето и/или степенот до кој организмот е под стрес. Ова може да резултира со помалку штетен ефект врз телото кое е резултат на намаленото активирање на физиолошкиот одговор на стресот и помалото долгорочно алопатско оптоварување¹ (McEwen, 1998). Исто така, може да резултира со повеќе време и енергија за следење позитивни активности и ангажмани кои можат да ги прошират и изградат дополнителните ресурси за подобрување на справувањето и решавањето проблеми (Fredrickson, 2001). Перципираната способност за побрзо и полесно враќање кон првобитната состојба може да го подобри здравјето со тоа што ќе ја зголеми веројатноста дека лицето ќе прифати предизвици кои на крајот можат да промовираат посрекен и исполнет живот. Исто како кај оптимизмот и самоефикасноста (Carver & Scheier, 2002), верувањето дека некој може да се врати кон првобитната состојба може да ја зголеми веројатноста да се вклучи во адаптивни стратегии за справување со пристапување наместо неадаптивни, избегнувачки стратегии за справување кога се соочуваат со стресни настани.

Во студиите на Гоглер (Gaugler et al., 2000) и Џолинг (Joling et al., 2016) било пронајдено дека преголемата вклученост во негувателството ја загрозува резилиентноста на негувателите.

¹ Долготрајни ефекти на физиолошката реакција на стресот како кардиоваскуларни заболувања, дијабетес, канцер, лошо ментално здравје итн.

Социјална поврзаност

Ли и Робинс (Lee & Robbins, 1998) социјалната поврзаност ја дефинираат како тип на релациска шема или когнитивна структура што ги претставува регуларностите во шемите на меѓучовечката поврзаност и е опишана како спротивна на осаменоста. Иако концептите социјална поврзаност и социјална поддршка се меѓусебно поврзани, постојат теоретски разлики. Ли и Робинс тврдат дека социјалната поврзаност се разликува од социјалната поддршка, бидејќи првата доловува постојан и сеопфатен светоглед за тоа како поединецот се поврзува со својата социјална средина, наместо квалитетот или квантитетот на специфичните типови на односи. Го одразува субјективното чувство на поединецот за значајни, блиски и конструктивни меѓучовечки односи со други поединци, групи или општеството, што се рефлектира во грижата за другите и чувството дека другите се грижат за нас како и чувство на припадност кон група или заедница (Langford et al., 1997; O'Rourke et al., 2018; O'Rourke & Sidani, 2017). Спротивно на тоа, социјалната поддршка се одредува како мултидимензионален конструкт кој вклучува обезбедување на различни видови поддршка, вклучувајќи: емоционална, инструментална, информативна и поддршка при самопроцената (Langford et al., 1997).

Оттука дури и поединците кои изјавуваат дека имаат долгорочни врски и мрежи на пријателство може да пријават дека чувствуваат недостаток на поврзаност или припадност во нивните животи. Субјективната свест за другите и степенот на интерперсонална блискост која се доживува е позначајна за селфот отколку вистинското присуство на другите луѓе. Исто така, се смета дека социјалната поврзаност се развива од минатите и од сегашните социјални искуства и придонесува за целокупната самодоверба, особено самодовербата базирана на врски (или колективната самодоверба). Од друга страна, недостатокот на социјална поврзаност придонесува за чувство на осаменост и социјална вознемиреност (Lee et al., 2001). Исто така претставува посредник во односот помеѓу резилиентноста и оптовареноста кај неформалните негуватели (Ong et al., 2018).

Чувството на социјална поврзаност се развива рано во животот и се протега низ целиот животен век (Baker & Baker, 1987; Kohut et al., 1984; Lee &

Robbins, 1995). Луѓето во почетокот на животот ја изразуваат и ја задоволуваат својата потреба за припадност преку идентификација и учествување во социјалниот свет. Овие социјални искуства постепено се организираат во когнитивни претстави на селфот во релација со другиот. Социјалната поврзаност го рефлектира ова внатрешно чувство на припадност. Искуството на интерперсонална блискост во социјалниот свет вклучува блиски и далечни односи со семејството, пријателите, врсниците, познаниците, заедницата и општеството. Агрегатот од сите овие социјални искуства постепено се интернализира од поединецот и служи како основа за чувството на поврзаност (Lee & Robbins, 1995).

Социјалната поврзаност се смета за атрибут на селфот што ги одразува сознанијата за трајна интерперсонална блискост со општествениот свет во целост (Lee et al., 2001). Ли и Робинс (Lee & Robbins, 1995) предложиле дека припадноста е составена од три аспекти: дружење, припадност и поврзаност иако луѓето може да илустрираат потреба за валидација во кој било од овие аспекти во текот на целиот животен век. Социјалната поврзаност може да се карактеризира со шема на активни, доверливи интерперсонални однесувања, додека социјалната дисконектираност може да се карактеризира со шема на пасивни или недоверливи интерперсонални однесувања (Lee & Robbins, 1998).

Луѓето кои доживуваат акутни или повторени неуспеси во интерперсоналните односи (на пр., напуштање, отфрлање од врсниците, изолација, критикување) доживуваат нарцисоидни рани на селфот и голема е веројатноста да чувствуваат ниско ниво на поврзаност во зрелоста (Lee & Robbins, 1995). Тие имаат инкорпорирано повеќе негативни искуства од врските во нивното доживување на селфот. Имаат тенденција да се чувствуваат интерперсонално оддалечени од другите луѓе и од светот. Често се гледаат себеси како аутсајдери, се чувствуваат неразбрани од другите, имаат потешкотии во поврзувањето со социјалниот свет и се чувствуваат непријатно во социјални ситуации. Тие се способни да развијат одредени односи со луѓе и со групи, но сепак чувствуваат недостаток на поврзаност длабоко во себе, што последователно влијае врз нивната способност да комуницираат со поширокиот општествен свет (Lee et al., 2001). Тие имаат потешкотии да одржуваат врски, избегнуваат социјални активности поради страв дека ќе бидат отфрлени или

избегнувани и имаат тенденција да бидат лошо социјализациски опремени за да ги надминат своите околности (Rook, 1984 според Lee et al., 2001).

Луѓето со високо чувство на социјална поврзаност имаат тенденција да се чувствуваат многу блиски со другите луѓе, лесно се идентификуваат со другите, ги перципираат другите како пријателски настроени и пристапливи и учествуваат во социјални групи и активности. Според Бејкер и Бејкер (Baker & Baker, 1987) овие возрасни луѓе имаат поголема толеранција и почит за интерперсонални разлики и привремени пропусти во припадноста бидејќи основното чувство на поврзаност ги поврзува луѓето. Тие се подобро оспособени да управуваат со сопствените потреби и емоции преку когнитивни процеси како самоевалуација и социјална споредба. Оваа умешност ги прави помалку склони кон ниска самодоверба, анксиозност и депресија (Kohut et al., 1984). Поседуваат високо ниво на интерперсонална доверба кое им овозможува да ги искористат предностите на социјалните можности кои би можеле да го зајакнат чувството на поврзаност (Aronoff et al. 1994, според Lee & Robbins, 1998). Поединците со висока поврзаност можат да се впуштат во социјални ситуации и лесно да се идентификуваат со други луѓе и активно да партиципираат со нив.

Спротивно на нив, луѓето со ниско ниво на поврзаност не се во состојба ефикасно да управуваат со своите потреби и чувства и повеќе се склони кон ниска самодоверба, анксиозност и депресија. Тие исто така поседуваат ниско ниво на интерперсонална доверба и поверојатно е да избегнуваат или да се повлечат од социјалните можности што може да го зајакнат нивното слабо чувство за поврзаност. Бејкер и Бејкер (Baker & Baker, 1987) ги карактеризирале овие типови на поединци кои не се приврзуваат како оддалечени и како луѓе кои ја отфрлаат интерперсоналната блискост. Иако копнеат да се идентификуваат со другите и да формираат односи со другите, тие всушност не успеваат да го развијат или потврдат чувството на поврзаност. Сепак, луѓето може да развијат чувство на поврзаност ако искушат задоволувачки, долгорочни врски со други луѓе кои не ги отфрлаат и со кои можат блиску да се идентификуваат. Луѓето со ниска поврзаност често доживуваат осаменост, анксиозност, љубомора, лутина, депресија, ниска самодоверба и многу други негативни емоции (Baumeister & Leary, 1995 според Lee et al., 2001). Но треба да се земе предвид дека голем дел од овие истражувања биле со фокус на стилови на приврзаност, осаменост,

перципирана социјална поддршка кои ја сочинуваат поврзаноста (или недостатокот), но не целиот конструкт. Меѓутоа, луѓето со ниско ниво на поврзаност не ги поседуваат или не ги покажуваат овие соодветни интерперсонални однесувања, туку се потпираат на повеќе дисфункционални интерперсонални однесувања карактеристични за луѓето со несигурни стилови на приврзаност (на пример, избегнување и проблем со интимност) (Hazen & Shaver, 1987 според Lee et al., 2001). Овие дисфункционални интерперсонални однесувања се усвоени во обид да се избегнат понатамошни критики или отфрлања, но на крајот доведуваат до поголема психолошка вознемиреност (Lee et al., 2001).

Дисфункционалните интерперсонални однесувања служат како медијатори помеѓу социјалната поврзаност и психолошката вознемиреност. Пониското чувство на социјална поврзаност значајно корелира со потешкотии во социјабилност, интимност, депресија, социјална непријатност и хостилност (Lee et al., 2001). Социјалната поврзаност е дистинктивна од осаменоста и од изолацијата но значајно корелира со нив (Hawkley, Browne & Cacioppo, 2005 според Lee et al., 2008). Осаменоста, изолацијата и отуѓеноста се чувства кои често се долгогодишни и опстојуваат во повеќето социјални ситуации. Поединците со такви чувства се гледаат себеси како да имаат изгубено допир со општествениот свет околу нив. Можеби имаат блиско семејство и пријатели кои ги поддржуваат, но сепак пријавуваат недостаток на припадност во нивните животи (Lee & Robbins, 1998). Како што луѓето ја задоволуваат нивната потреба за припадност и поврзаност, развиваат стабилно, сигурно чувство на поврзаност (Baumeister & Leary, 1995 според Lee et al., 2008). Значително е поврзана и со јавната колективна самодоверба (public-based collective self-esteem) и социјалното избегнување (Lee et al., 2001). Повисокото чувство на социјална поврзаност е во корелација со интерперсоналната доверба, сигурност во приврзаноста, социјалната компетентност, помалку интерперсонални проблеми и идентификувањето со социјалните групи (Banai et al., 2005; Lee et al., 2001; Moller et al., 2003; Williams & Galliher, 2006), како и афективен баланс, самодоверба, помала анксиозност и депресивни симптоми и помала чувствителност на отфрлање и социјално избегнување (Lee et al., 2001; Lee & Robbins, 1998; Mashek et al., 2006; Sheldon et al., 2001; Williams & Galliher, 2006). Неколку студии сугерираат дека социјалната поврзаност доведува до покачено

ниво на тестостерон и побрзо стабилизирање на крвниот притисок по негативно емоционално возбуждавање (Edwards et al., 2006; Ong & Allaire, 2005).

Поголема е веројатноста луѓето со ниска социјална поврзаност негативно да ги проценат статусот и вредноста на нивните врски, да покажат дисфункционални интерперсонални однесувања, како што се тешкотии со интимност, дружељубивост, ниска самодоверба и покорност да избегнуваат социјални ситуации наместо да се вклучат во соодветно интерперсонално однесување. Овие поединци немаат доволно способности да го потврдат своето чувство на поврзаност и последователно доживуваат поголема општа психолошка вознемиреност. Луѓето со ниска поврзаност развиваат дисфункционални интерперсонални однесувања со цел да се заштитат од понатамошно отфрлање, а не за да бараат чувство на поврзаност или за да ја зајакнат самодовербата (Lee & Robbins, 1995). Ниското чувство на поврзаност само по себе не е психолошки вознемирувачко. Дисфункционалните интерперсонални однесувања кои се асоцираат со ниско чувство на поврзаност се тие кои доведуваат до генерална психолошка вознемиреност (Lee et al., 2001).

Многу автори ја имаат истражувано социјалната поддршка и нејзината заштитна функција кај неформалните негуватели, но социјалната поврзаност помалку е истражувана во оваа популација. Студиите покажуваат дека недостатокот на перципирана социјална поддршка е поврзана со депресија, анксиозност и психичка оптовареност кај неформалните негуватели (Allen et al., 2022; Chappell & Reid, 2002; Leung et al., 2020; Liu et al., 2022; Ong et al., 2018; Rajovic et al., 2021; Tao et al., 2022; Wang et al., 2018).

Самоефикасност

Најчесто самоефикасноста се одредува како специфична за задачата или специфична за доменот (Luszczynska et al., 2005). Во литературата се сретнуваат и концептуализации за генерализирана, општа самоефикасност, која се однесува на пошироко и стабилно чувство на лична компетентност за ефективно справување со разновидни стресни ситуации (Luszczynska et al., 2005; Sherer et al., 1982). Генерализирана е низ различните домени на функционирање во кои луѓето проценуваат колку се ефикасни, со тоа што објаснува поширок спектар на

однесувања и исходи од справување кога контекстот е помалку специфичен. Шварцер и соработниците (Schwarzer et al., 1995) самоефикасноста ја дефинираат како генерално верување во сопствената способност да се одговори на, и да се контролираат барањата и предизвиците од средината.

Верувањата за самоефикасноста влијаат врз исходите од акциите кои ги преземаме. Бидејќи луѓето се грижат за исходите од нивните активности и ги гледаат како зависни од адекватноста на нивните перформанси, тие се потпираат на верувањата за самоефикасноста при донесувањето на одлуката на кој начин ќе дејствуваат и колку долго да ја проследат активноста (Bandura, 1997). За повеќето ситуации, перципираната самоефикасност треба да се концептуализира на начин специфичен за ситуацијата (Bandura, 1997). Меѓутоа, генералната самоефикасност може да објасни поширок опсег на однесувања и исходи од справувањето кога контекстот е помалку специфичен, може да биде корисен кога се фокусира на повеќе однесувања истовремено (Luszczynska et al., 2004) или кога се проучува добросостојбата или однесувањето на пациентите кои треба да го приспособат својот живот на повеќекратни барања поради болест (Bonetti et al., 2001).

Со концептуализирање на генералната самоефикасност, истражувачите имале за цел да ја испитаат личната компетентност во справувањето со различни стресни ситуации ефективно користејќи многу поширока перспектива (Schwarzer et al., 1997; Yudhistira et al., 2021; Zimmerman, 1995). Моделот предложен од Крамер (Kramer, 1997) сугерира поврзаност помеѓу самоефикасноста и позитивните аспекти на грижата при што внатрешните процеси на негувателот се поврзани со способноста на негувателот да одржува позитивно гледиште за процесот на грижа. Според Бандура (Bandura, 2001a, 2001b) самоефикасноста влијае на развојот на афективните филтри кои, пак, влијаат на тоа дали животните настани ќе бидат когнитивно конструирани, претставени и искусени на афективно бениген или вознемирувачки начин.

Самоефикасноста има важен однос и со резилиентноста. Кунзлерер (Kunzlerer et al., 2018, според Sánchez-Teruel et al., 2022) тврди дека самоефикасноста помага во намалувањето на негативните мисли, поттикнувајќи повисок позитивен афект, подобро ментално здравје и истата влијае како

резилиентен фактор кога индивидуата се соочува со различни неволји и стресни настани.

Самоефикасноста има регулаторна функција во различни здравствени домени, како што е придржувањето кон медицинските препораки, справување со болка и справување со стрес (Luszczynska et al., 2005). Според социјално когнитивната теорија, усвојувањето на однесувањето за унапредување на здравјето зависи од верувањата дека одредено однесување може соодветно да се изврши (Bandura, 1997). Како што беше претходно споменато, луѓето со повисоки нивоа на самоефикасност е поверојатно да се вклучат во здрави однесувања, да ги задржат и да закрепнат по неуспесите. Оптимистичките верувања за сопствената компетентност создаваат позитивни афективни состојби наместо негативни. Самоефикасните индивидуи може да доживеат ниски нивоа на негативни емоции во предизвикувачка ситуација и како резултат на тоа, може да се чувствуваат способни да ја совладаат ситуацијата. Поединците кои се оптоварени со сомнежи во себе страдаат од вознемиреност и негативни емоции, како што се анксиозност и депресија (Bandura, 1997). Самоефикасноста води до ефективно решавање на проблеми. Перципираната самоефикасност ја претставува довербата дека може да се користат вештините индивидуата да се спротивстави на искушението, да се справи со стресот и да ги мобилизира ресурсите потребни за да се задоволат ситуацијските барања. Откако ќе се преземе некоја акција, луѓето со висока самоефикасност вложуваат повеќе труд и опстојуваат подолго од оние со ниска самоефикасност. Затоа, може да се очекува дека индивидуите со висока самоефикасност би избрале активни стратегии за справување и користат помалку стратегии кои се пасивни или фокусирани на негативни емоции. Препознаваат дека се способни да ги надминат пречките и се фокусираат на можностите (Bandura, 1997). Покрај тоа, негативните емоции може да генерираат когнитивна конфузија, што доведува до полоши решенија за проблемите (Luszczynska et al., 2005).

Верувањата на пациентите за нивната способност да се справат со и да толерираат болка се предиктори за однесувањето поврзано со болката, интензитетот на болката и толеранцијата на болка (Bandura, 2001a). Оние кои се самоефикасни полесно се вклучуваат во различни активности и покрај болката, со што се намалува интензитетот на болката и инвалидитет. Можат поактивно

да се справуваат со болката, што доведува до намалување на воочениот интензитет на болката.

Според Бонети (Bonetti et al., 2001) самоефикасноста е корисна во истражувањето на добросостојбата или однесувањето на пациенти кои треба да го приспособат својот живот кон повеќекратните задачи како резултат на болеста. Неформалните негуватели треба да се приспособат на промените и затоа во ова истражување е поефективно да се истражи генералната самоефикасност. Од друга страна, освен со промените како резултат на болеста треба да ги избалансираат и другите улоги. Поголема е веројатноста негувателите со повисоко чувство на самоефикасност да ги гледаат негувателските задачи како предизвици што треба да се совладаат, брзо да закрепнат од неуспесите и да бидат истрајни во пронаоѓањето на начини за справување. Спротивно, оние со ниска самоефикасност може да се задржат на личните недостатоци и последиците од неуспесите (Farran et al., 2004; Steffen et al., 2002). Шварцер (Schwarzer, 2015) тврди дека многу опсервациски студии ја специфицираат самоефикасноста како медијатор, илустрирајќи „како“ се случуваат промените. Интервенциите честопати прво влијаат на самоефикасноста, што потоа доведува до промени во однесувањето, што упатува на медијациски ефект. Модерацијата одговара на прашањето „за кого“ е корисен одреден третман. Земајќи предвид дека во ова истражување не интересира каков ефект има самоефикасноста кај неформалните негуватели, посоодветно е да се испита нејзината медијациска улога.

Справување со приближување кон емоциите

Еден од најважните фактори кои влијаат врз исходите од неповолни ситуации е начинот на кој ќе се справиме со нив. Според Кример и Виталиано (Kramer & Vitaliano, 1994) голем број од истражувањата за неформалните негуватели се темелат на моделот за стрес, процена и справување на Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984). Тие сметаат дека за да може да ги разбереме варијациите меѓу поединците кои се изложени на споредливи услови, мора да го земеме предвид когнитивниот процес кој интервенира меѓу настанот и реакцијата и факторите кои влијаат на природата на оваа медијација.

Справувањето со приближување кон емоциите е конструкт што опфаќа намерно обработување и изразување на емоциите при справување со неповолни околности. Конзистентно со концептуализацијата на Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984) справувањето со емоционално приближување претставува намерен обид да се пристапи кон емоциите како одговор на ситуации кои се оценети дека ги надминуваат ресурсите на поединецот (Stanton, Kirk, et al., 2000). Стентон и соработниците конструктот концептуално го дефинираат преку двете димензии: обработување и изразување на емоциите. Обработувањето на емоциите опфаќа активни обиди да се прифатат, истражат и разберат емоциите. Аверил и Томас-Ноулс (Averill & Thomas-Knowles, 1991) обработката на емоциите ја дефинираат како стратегија за емоционално справување која вклучува активни обиди за истражување на значењето и разбирање на сопствените емоции. Изразувањето на емоциите, пак, ги репрезентира активните вербални и невербални (интерперсонални и интраперсонални) обиди да се комуницира или симболизира емоционалното доживување. Оваа стратегија може да има интерперсонални и интраперсонални форми.

Чинот на „емоционално празнење“ може да има смирувачки ефект кој е суштински за менталната и за емоционалната добросостојба на негувателите (Lau & Cheng, 2017). Голем број теории за емоциите ги нагласуваат нивните адаптивни и организациски елементи. На пример, Левенсон (Levensone, 1994 според Stanton et al., 2012) тврди дека емоциите „го менуваат вниманието, поместуваат одредени однесувања нагоре во хиерархиите на одговори и активираат релевантни асоцијативни мрежи во меморијата и генерираат 'телесно милје' кое е оптимално за ефективен одговор“.

Справувањето со приближување кон емоциите се темели на функционалистички теории за емоции, кои сутерираат дека обработката и изразувањето емоции (на пр., страв и среќа) го фацилитува прилагодувањето и успешното саморегулирање (Darabos et al., 2021; Ekman, 1992; Jasinski et al., 2016; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Оваа теорија дополнително ја проширила истражувачката сфера за справување фокусирано на емоциите кое често се асоцира со негативни емоции. Конструктот е развиен во обид да се усогласи несовпаѓањето помеѓу емпириската литература за справување, во која

често е пријавена поврзаност помеѓу употребата на справување фокусирано на емоции и неприлагодување, како и литературата во други области што ги опишува адаптивните улоги на емоционалната обработка и изразување.

Некои теоретичари го карактеризираат доживувањето на интензивните емоции како нефункционално и како пречка за рационалните процеси (Averill & Thomas-Knowles, 1991; Stanton et al., 2009). Во емпириската литература за стресот и справувањето, мерките за проценка на обидите на некој да управува со своите емоции поврзани со стресорите (т.е. справување фокусирано на емоции) покажале поврзаност со маладаптивни исходи (Lazarus & Folkman, 1984; Stanton et al., 2009). Најчесто користен модел кога се мерат механизмите на справување е тој на Лазарус и на Фолкман кои опишале 2 форми на когнитивни и бихевиорални обиди за справување. Справувањето фокусирано на проблемот го сочинуваат директни напори за промена на барањата и вклучува дефинирање на проблемот, генерирање, проценување на алтернативни решенија и проследување на план за акција. Од друга страна, справувањето фокусирано на емоциите претставува напор за регулирање на емоциите поврзани со стресниот настан односно избегнување, барање емоционална поддршка и позитивно преоценување. Лазарус подоцна кажал дека е грешно да ги спротивставуваме двете функции и да се обидуваме да одредиме која е покорисна. Во културата фокусирана на контролата врз животната средина, лесно е да се дојде до погрешен заклучок дека справувањето фокусирано на проблеми е секогаш покорисна стратегија, што често се случува во литературата за истражување на справувањето (Lazarus & Folkman, 1984).

Идентификувани биле големи проблеми во постоечката концептуализација и мерењето на справувањето фокусирано на емоции (Stanton et al., 2012; Stanton, Kirk, et al., 2000). Адаптивните ефекти од обрнувањето внимание на емоциите и нивното изразување се опишани во истражувањата за експресивно себеоткривање преку пишување (Creswell et al., 2007; Frattaroli, 2006; Smyth, 1998) и вградени во клинички пристапи како терапија фокусирана на емоциите (Greenberg, 2017; Greenberg & Watson, 2006). Доказите сугерираат дека обидите за сузбивање и избегнување на емоциите доведуваат до психолошка и физиолошка штета, додека повторното когнитивно проценување на стресорот може да води до адаптивни, афективни, когнитивни и социјални

исходи (John & Gross, 2004). Дополнителните анализи упатуваат на тоа дека справувањето преку приближување кон емоциите може да послужи како успешно средство за разјаснување и стремење кон целта, како што е откриено од значајните медијациски и модераторски врски на емоционално експресивно справување со диспозициската надеж (Snyder et al., 1991, според Stanton, Danoff-burg, et al., 2002). На пример, преку искажувањето на чувството на губење контрола како резултат на новата дијагноза, негувателот може да проценува што е во негова контрола, а што не е, во доживувањето на дијагнозата и погенерално во животот. Со пронаоѓањето на контрола може да ја фокусира енергијата во остварливи цели и да се насочи кон активно прифаќање на неконтролабилните аспекти од доживувањето (Darabos et al., 2021; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000).

Иако се разликуваат од другите стратегии за справување, обработувањето на емоциите и нивното искажување умерено позитивно корелираат со стратегиите ориентирани кон пристапување, вклучувајќи справување фокусирано на проблемот и барање социјална поддршка и не се поврзани (Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000; Stanton, Kirk, et al., 2000) или негативно корелираат со стратегиите за избегнување, како што е менталното повлекување (Smith et al., 2002).

Вообичаено испитувани како засебни конструкти, обработувањето и изразувањето на емоциите честопати корелираат во позитивна насока, но со среден ефект (Moreno et al., 2017). Поради тоа постојат истражувања кои одделно ги истражуваат обработката и изразувањето во однос на разликите во нивото на психолошката вознемиреност и приспособувањето кај популациите со хронични болести (Darabos et al., 2021; Hoyt et al., 2013, 2020; Jasinski et al., 2016; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000; Stanton, Danoff-burg, et al., 2002; Stanton et al., 2012; Stanton, Kirk, et al., 2000; Stanton, Parsa, et al., 2002). Во истражувањето на Стантон и соработниците, справувањето преку емоционално изразување посилно било поврзано со диспозициското (генерално во однос на ситуационото) емоционално изразување отколку со емоционалната обработка (Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000).

Пониските нивоа на справувањето со приближување кон емоциите се асоцираат со дијагнозата анксиозност, панично растројство, социјална анксиозност и генерализирана анксиозност (Marques et al., 2009). Централна

претпоставка на оваа теорија е дека индивидуите се способни да ја прифатат нивната емоционална состојба и да ја концептуализираат да биде соодветна за изразување (на пр., неаверзивна). Имајќи предвид дека индивидуите со анксиозно растројство се претпоставува дека ги толкуваат емоциите како аверзивни (Barlow, 2000), овие лица имаат потешкотии да се вклучат во справување преку приближување кон емоциите. Постојат неколку студии кои ја документаат позитивната поврзаност помеѓу нечија способност да се вклучи во справувањето со приближување кон емоциите и голем број адаптивни здравствени исходи (Austenfeld & Stanton, 2004; Folkman & Moskowitz, 2003). Меѓутоа, некои истражувања ги доведуваат во прашање долгорочните придобивки од справувањето со обработување на емоциите (Smith et al., 2002; Stanton, Kirk, et al., 2000) сугерирајќи дека обработка без изразување може да резултира со руминирање и зголемена вознемиреност со текот на времето (Austenfeld & Stanton, 2004; Hoyt et al., 2020; Marques et al., 2009; Moreno et al., 2017; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Кога е конструктивно, обработувањето на емоциите е намерно, насочено кон целта и го олеснува динамичното решавање на проблемите и појаснувањето на вредностите (Hoyt et al., 2013). Меѓутоа, кога е неконструктивно, може да вклучи повторувачки или продолжен фокус на негативен емоционален материјал, кој може да ги задржи или да ги засили негативните емоционални состојби (Ehring & Watkins, 2008). Тенденциите кон перципирање на секојдневните околности како стресни, поразителни или неконтролирани може да го олеснат таквото неконструктивно обработување.

Зголемениот број на истражувања насочени кон разбирање на корисноста на справувањето преку емоционален пристап сугерира дека обработувањето и изразувањето на емоциите можат да имаат корисно влијание врз здравјето (Hoyt et al., 2020; Moreno et al., 2017; Stanton & Revenson, 2011). Стентон и Лоу (Stanton & Low, 2012) идентификувале наоди за голем број когнитивни, афективни, бихевиорални и физиолошки механизми со кои обработувањето и изразувањето може да влијаат врз здравјето. Процесите на изразување на чувства преку зборови може да го намалат емоционалниот интензитет и да ја намалат активацијата на амигдалата (Burklund et al., 2014). Процесите на справување со приближување кон емоциите споделуваат заеднички нервни механизми со именувањето на афектите (affect labeling)(Burklund et al., 2014), го рефлектираат

когнитивното повторно оценување и давањето значење на стресорите за да ја зајакнат регулацијата на емоциите (Creswell et al., 2007; Pakenham et al., 2007). Обработувањето на емоциите (и изразувањето во помала мера) го подобрува појаснувањето и стремењето кон постигнување на целите, преку насочување на вниманието кон целите кои се од централно значење и ги идентификуваат бариерите и патиштата за постигнување на целта и справување фокусирано на проблемите (Moreno et al., 2017; Pakenham et al., 2007; Stanton, Kirk, et al., 2000).

Во однос на физиолошките механизми, процесите на справување со приближување кон емоциите, исто така, може да влијаат на здравјето преку имунолошкиот систем и воспалителните процеси (Hoyt et al., 2020). Справувањето преку обработка на емоциите е поврзано со пониска хронична болка кај пациенти со миофасцијална болка (Smith et al., 2002), подолга стапка на преживување кај пациенти со рак на дојка (Reynolds et al., 2000) и ефикасност на метаболичката контрола кај адолесценти со дијабетес тип 1 (Hughes et al., 2012). Искажувањето на емоциите е поврзано со поретки посети на лекар и подобро перципирано физичко здравје кај пациентите со карцином на дојка (Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Справувањето преку приближување кон емоциите може да промовира физиолошко навикнување на постојана изложеност на стресни настани и подобро автономно закрепнување од стресно возбудување (Low et al., 2006, 2008; Stanton, Kirk, et al., 2000) како и поголема варијабилност на срцевиот ритам (Seeley et al., 2017). Употребата на искажувањето на емоциите служи за зајакнување на социјалните врски преку подготвеност да се изразат емоциите пред другите и преку помагање на поединците соодветно да ја изберат и максимално да се осврнат на нивната социјална средина (Carstensen, 1998; Manne et al., 2004 според Hoyt et al., 2020).

Некои истражувања сугерираат дека справувањето со приближување кон емоциите игра критична улога во приспособувањето на дијагностицираниот рак (Darabos et al., 2021; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Искажувањето на емоциите може да влијае на прилагодувањето преку активно насочување на вниманието кон сегашните грижи (Darabos et al., 2021; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Репетитивното искажување на емоциите исто така служи за намалување на присуството на негативните емоции. Почестото изразување е постојано поврзано со пониски депресивни симптоми и интрузивни мисли

поврзани со ракот кај луѓето кои преживеале рак (на пр. страв од повторно појавување на рак). Обработувањето на емоциите, кое се асоцира со ставките што се однесуваат на размислувања за чувствата може да го фацилитуира создавањето значење со насочување на вниманието кон активно обработување, признавање и разбирање на емоциите. Овој процес може да обезбеди можности за негувателите да се вратат во првобитната состојба и да ги надминат претходните нивоа на функционирање, што веројатно ќе предизвика резилиентност (Darabos et al., 2021).

Според Морено и соработниците (Moreno et al., 2017) наодите во литературата сугерираат дека справувањето со приближување кон емоциите е најкорисно како одговор на стресори кои се релативно неконтролабилни, кога социјалната средина е приемлива за емоционално изразување и кога постои усогласеност помеѓу диспозициските емоционални тенденции (конструкти за емоционална способност и регулација, пр. емоционалната интелигенција) и справувањето преку приближување кон емоциите.

Се претпоставува дека обработувањето и изразувањето на емоциите се потпираат на различни механизми, односно различно се поврзани со физичкото и менталното здравје (Hoyt et al., 2020). Доказите сугерираат дека обработката и изразувањето на емоциите можат да имаат донекаде различни ефекти. Помеѓу пациентите со рак на дојка, на пример, повисокото емоционално искажување било поврзано со помала вознемиреност, додека поголема емоционална обработка била предиктор за зголемена вознемиреност кога бил контролиран ефектот на искажувањето (Stanton, Kirk, et al., 2000). Слично на тоа, во една лонгитудинална студија на жени со метастатски рак на дојка, зголемувањето на искажувањето на емоциите предвидело подобрувања во депресивните симптоми и задоволството од животот, додека обработката на почетокот на студијата предвидела зголемени депресивни симптоми и опаѓање на задоволството од животот кај високоекспресивните жени (Stanton & Low, 2012). Спротивно на тоа, кај пациентите со рак на простата, намалените нивоа на обработката (но не и на искажувањето) биле поврзани со намалување на физичкото функционирање на простатата по терапија за рак (Hoyt et al., 2013).

Во истражувањето на Дарабос и соработниците (Darabos et al., 2021), справувањето преку обработување на емоциите било позитивно поврзано со

резилиентноста кај лица кои боледуваат од рак. Ова откритие се усогласува со истражувања за регулирање на емоциите (Gross, 1998) кои сугерираат дека поединците кои се соочуваат со стресни фактори можат да имаат корист од користењето стратегии за регулација на емоциите насочени кон обработка и разбирање на емоциите за да се одржи позитивна добросостојба и да се поттикне резилентност. Имајќи ги предвид наодите за поврзаноста на справување преку искажување на емоциите со пониска резилентност, може да се претпостави дека поттикнувањето на резилентност вклучува подлабоко разбирање на емоциите, наместо експлицитно изразување на емоциите. Изразувањето на емоциите не било поврзано со пониски депресивни симптоми и било маргинално поврзано со повисок страв од повторно појавување на рак, што потенцијално сугерира дека способноста да се изразат емоциите може нееднакво да ги ублажи негативните емоции во контекст на ракот. Со оглед на овие наоди, важно е да се земе предвид дека придобивките од изразувањето на емоциите честопати не се појавуваат во вакуум и општествениот контекст игра важна улога во фацилитурањето на прилагодувањето.

Користењето повеќе стратегии за адаптивно справување со емоциите, како што е прифаќањето, е поврзано со пониски нивоа на депресија и анксиозност кај негувателите на луѓе со деменција (Kneebone & Martin, 2003; Li et al., 2012). Многу од проблемите со кои се соочуваат негувателите на лица со деменција изгледаат нерешливи, особено кога се зголемува времето на грижа и затоа луѓето треба емоционално да се прилагодат. Лонгитудиналните истражувања сугерираат дека стратегиите фокусирани на емоции го ублажуваат развивањето на поголема анксиозност и зголемено чувство на оптовареност на негувателот со текот на времето (Cooper et al., 2008; Vitaliano et al., 1991).

Релевантни емпириски истражувања

Историски првиот бран на истражувања за негувателите покажал дека негувателите доживуваат негативни психолошки исходи и влошено физичко здравје. Вториот бран се фокусирал на тоа како објективните, физиолошките (на пр., биомаркерите) показатели за физичкото здравје на негувателите кои се под стрес се компромитирани во однос на популациите кои не се негуватели. Третиот бран на истражувања за негуватели ја истражувале резилентноста и факторите

за справување кои можат да ги заштитат негувателите од физички здравствени ризици (Harmell et al., 2011). На Самитот за приоритети во истражувањата на неформални негуватели од Семејниот институт за негуватели во Остин-САД, дел од дискусиите за приоритетите биле за проценување адаптивни интервенции низ различни ситуации, услови, фази, потреби, преференции и ресурси како и развој на концептуална рамка и типологија на траекторијата на негувателството за нови интервенции и резултати (Herburn & Siegel, 2020).

При прегледот на достапни емпириски истражувања за целите на оваа магистерска работа, не беа најдени истражувања кои беа поставени на овој начин или ги користеа истите инструменти. Главно при истражување на справувањето во литературата се користени моделот на Лазарус со што се дава негативна конотација на користењето емоции во процесот на справување. За самоефикасноста најчесто се истражува ситуационо специфичната самоефикасност како негувател. Многу често се истражува социјалната поддршка наместо социјалната поврзаност иако повеќекратно е докажана релевантноста на поддршката во негувателскиот процес. Во однос на исходите од негувателството менталното здравје најчесто се истражува преку нивото на стрес, депресивност и анксиозност. Исто така не беа пронајдени наоди во кои се истражувале самоефикасноста и справувањето со приближување кон емоциите како медијатори кај неформалните негуватели. Сепак, истражувањата кои беа вклучени во литературниот преглед на овој магистерски труд, претставуваат значајни ресурси и воспоставуваат солидна основа за истражување на претпоставените односи меѓу варијаблите (слика 1).

Корисноста на податоците од истражувањата за исходите од негувателската улога се ограничени поради акцентот на хомогеноста на дијагностичките групи. Многу ретко се спроведуваат истражувања со повеќе дијагностички групи. Поради ова е ограничена генерализацијата на податоците и идентификацијата на карактеристики, кои се исти за неформалните негуватели низ сите дијагностички групи. Спроведувањето на истражувања во однос на хомогена дијагноза има свој придонес во науката, бидејќи во некои истражувања се добиени податоци дека различни дијагнози доведуваат до различен степен на психичка оптовареност на негувателите (Bevans & Sternberg, 2012; Clipp & George, 1993; Krizek-Karlin&Bell, 1992 според Clipp & George, 1993;

Harding et al., 2015; Otobe et al., 2022; Papastavrou et al., 2012) и со тоа може да се предвиди и влијае на предизвиците со кои се соочуваат неформалните негуватели. Со истражувањето на повеќе дијагностички групи се добиваат податоци кои ќе помогнат во развој на поекономични интервенции за подобрување на добросостојбата на неформалните негуватели.

Најчесто истражувањата во кои се прави споредба помеѓу неформалните негуватели на лицата со рак и со деменција се спроведуваат на одредена суб-популација како: негуватели на лица од трето доба (Clipp & George, 1993; Kim & Schulz, 2008), негуватели на лица кои имаат напреднат рак и финален стадиум на деменција (Costa-Requena et al., 2015; Harding et al., 2015). Сепак, има истражувања во кои се споредуваат неформалните негуватели на лица со деменција со тие на лица кои боледуваат од рак. Во однос на тоа која група на негуватели е склона кон посериозни негативни исходи, истражувањата се контрадикторни.

Дел од истражувањата сугерираат дека грижата за лице со деменција е потешка и понапорна од грижата за луѓе со други хронични здравствени состојби (Clipp & George, 1993; Krizek-Karlin & Bell, 1992 според Clipp & George 1993; Harding et al., 2015; Ory et al., 1999; Otobe et al., 2022; Papastavrou et al., 2012). Постојат неколку причини зошто неформалните негуватели на лица со деменција може да бидат изложени на зголемен ризик за овие негативни ефекти. Резултатите од истражувањето на Кризек-Карлин и Бел (Krizek-Karlin & Bell, 1992) сугерираат дека негувателите на лица со деменција и без деменција (рак или емфизем) различно го доживуваат процесот на грижа и дека во просек, деменциите имаат пооптоварувачко емоционално влијание врз негувателот. Во одредени случаи изложени се на дисруптивно однесување, когнитивно оштетување и афективни загуби карактеристични за прогресијата на деменцијата. Исто така, пациентите со деменција бараат поголем надзор, изразуваат помала благодарност за помошта што ја добиваат, поголема е веројатноста да бидат депресивни и понекогаш болеста може да се манифестира со агресивност и промена на личноста (Rabins, 1996; Müller-Spahn et al., 2003; Vázquez et al., 2018).

Клип и Џорџ (Clipp & George, 1993) ги споредиле брачните партнери на лица со деменција и лица со рак во Северна Америка. Примерокот на негуватели

на лица со деменција сочинувал 272 негуватели, од кои 59% биле жени со просечна возраст од 66 години. Додека примерокот на негуватели на лица со рак го сочинувале 30 негуватели, од кои 50% биле жени со просечна возраст од 60 години. На речиси сите мерки за *добросостојба*, негувателите на лица со рак биле значајно поразлични од оние кои се грижеле за лица со деменција, а оние кои се грижат за лица со деменција доживувале понегативни исходи. Резултатите од истражувањето упатуваат на тоа дека негувателите на лица со деменција перципирале значително поистакнат стрес, психичка оптовареност на негувателот и негативен афект во споредба со негувателите на лицата со рак. Исто така имале полошо физичко здравје, загрозен социјален живот, понизок финансиски статус и повеќе користеле психотропни супстанции.

Понатаму, Ори и соработниците (Ory et al., 1999) во нивната студија која сочинувала неформални негуватели од САД, утврдиле дека грижата за лице со деменција ($n=320$) има повеќе негативни ефекти од грижата за лице со друга здравствена состојба ($n=1178$), во смисла на физички и емоционален напор, физички и психички проблеми, помалку слободно време и семејни конфликти. Имало значајна разлика во возраста помеѓу неформалните негуватели на лица со деменција во споредба со негувателите на лица со други заболувања ($M=46.26$ наспроти $M=42.99$), како и во возраста на лицето на кое му е потребна нега ($M=78.39$ наспроти $M=75.65$). Не постоела разлика во родовата дистрибуција помеѓу групите и повеќето негуватели (72.5% и 68.1%) биле жени.

Хардинг и соработниците (Harding et al., 2015) во нивната секундарна анализа на крос-секвенцијални податоци од 4 студии од Обединетото Кралство, ја споредиле *психичката оптовареност* на негувателот во дијагностичките групи: стекната повреда на мозокот ($n=215$), деменција ($n=131$) и рак ($n=105$). Негувателите на лица кои боледуваат од рак ($M=66.1$) биле значително повозрасни од негувателите со деменција ($M=61.9$) и тие со стекната повреда на мозокот ($M=53.8$). Не постоела разлика во родовата дистрибуција помеѓу групите и повеќето негуватели (79%) биле жени. Утврдиле дека неформалните негуватели на лицата со стекната повреда на мозокот имаат највисок степен на оптовареност на негувателот, додека негувателите на лица со рак имаат најнизок степен на оптовареност.

Во својата трансверзална, дескриптивна и корелациска студија за *оптовареноста* на негувателите и *депресијата*, Папаставро и соработниците (Papastavrou et al., 2012) пријавиле високи нивоа на овие состојби кај негувателите на лица со рак ($n=130$), Алцхајмерова болест ($n=172$) или шизофренија ($n=113$) во Кипар. Генерално, учесниците биле на возраст од 50-тина години и поголем дел од нив биле жени, особено негувателите на лица со деменција (77%). Еднонасочната анализа на варијансата покажа значајни разлики помеѓу трите групи во однос на депресијата, при што утврдиле дека неформалните негуватели на лицата со рак се подепресивни отколку негувателите од другите групи. Пријавиле значајни разлики во однос на оптовареноста помеѓу трите групи, со што негувателите на лицата со Алцхајмерова болест имаат највисок степен на оптовареност на негувателот. Истакнале дека задачите што ги преземаат неформалните негуватели при различни дијагнози на болести имаат значителни сличности иако може да се разликува нивото и интензитетот на нивните напори да ги постигнат.

Од друга страна Креспо и соработниците (Crespo et al., 2005), не пронашле докази дека негувателите на лицата со деменција имале полоша *емоционална состојба* (мерена преку симптоми на *депресија* и *анксиозност*) од оние кои се грижеле за роднини кои биле зависни од нив, но немале деменција. Примерокот го сочинувале 108 неформални негуватели од Шпанија (66 со деменција и 42 кои немале когнитивни нарушувања) и поголем дел од учесниците во двете групи биле жени (78% и 88%) кои имале повеќе од 60 години.

Ким и Шулц (Kim & Schulz, 2008) имале за цел да го истражат влијанието на ракот од перспектива на семејните негуватели, врз основа на компаративна анализа на *психичката оптовареност* и *вознемиреноста* од грижата помеѓу четири групи негуватели од САД. Примерокот ($n=606$) го сочинувале негуватели на лица со рак ($n=99$), деменција ($n=271$), дијабетес ($n=101$) и изнемоштени постари лица ($n=135$). Негувателите на лица со деменција ($M=48.19$) биле постари од другите групи негуватели (рак $M=46.10$; дијабетес $M=43.78$ и изнемоштени лица $M=46.23$), додека кај примателите на нега, постари биле изнемоштените лица (рак $M=68.49$; деменција $M=71.12$; дијабетес $M=68.63$ и изнемоштени лица $M=81.69$). Родовата дистрибуција била релативно еднаква во сите групи и примерокот го сочинуваат поголем број жени. Негувателите кои се

грижеле за изнемоштени стари лица пријавиле најниски нивоа на физички напор, емоционален стрес и финансиски тешкотии кои произлегуваат од негувателството. Поголемите нивоа на физички напор биле значително поврзани со постара возраст, женски пол, пониско образование и поголема психичка оптовареност. Физичкиот напор на негувателот бил значајно поврзан со здравствениот статус на негуваното лице. Негувателите на лица со рак и негувателите на лица со деменција пријавиле највисоко ниво на физички напор што произлегува од негувателството. Типот на болеста бил значаен предиктор и за емоционалниот стрес. Негувателите на лица со рак и деменција пријавиле повисоки нивоа на емоционален стрес од оние кои се грижат за лица со дијабетес и за изнемоштени постари лица.

Во истражувањето на Рабинс и соработниците (Rabins et al., 1990) во кое била правена споредба помеѓу неформални негуватели на лица со рак ($n=30$) и со Алцхајмерова деменција ($n=32$), не биле пронајдени истакнати разлики во негативните или *позитивните емоционални состојби* помеѓу двете групи. Учесниците биле од САД и немало разлика помеѓу групите во возраста на негувателите (деменција $M=63.6$ и рак $M=57.8$), како и во родовата дистрибуција која главно сочинувала мажи (66% наспроти 73%). Позитивните емоционални состојби биле мерени преку инструмент за позитивни емоционални искуства, а негативните со инструмент кој идентификува психијатриски нарушувања преку мерење на соматски тегоби, *анксиозност*, социјална изолација и *депресија*. Идентификувани биле корелати на негативни и на позитивни емоционални состојби како исход и истите вклучуваат варијабли на личноста на негувателот, чувството на религиозна поддршка и социјалната поддршка. Исто така пронашле и дека влошеноста на симптомите кај лицата со деменција корелира со емоционалната вознемиреност кај жените негуватели, но не и кај мажите.

Коста-Рекуена и соработниците (Costa-Requena et al., 2015) сакале да ги опишат симптомите на *психичката вознемиреност* и *оптовареност* кај неформалните негуватели на лица со деменција ($n=60$) и лица со рак ($n=67$) во шпанската популација. Учесниците биле главно жени (76.4%) со средна возраст од 57 години. Лицата на кои им била потребна нега почесто биле мажи (57.5%) на возраст од 77 години. Дошле до заклучокот дека нема статистички значајна разлика во психичката вознемиреност и оптовареноста помеѓу двете групи

негуватели. Регресивната анализа покажала дека вознемиреноста кај негувателите на рак објаснувала 28% од варијансата во симптомите на оптовареност, додека вознемиреноста на негувателите на деменција објаснувала 24% од варијансата во симптомите на оптоварување.

Ногалес-Гонзалес и соработниците (Nogales-González et al., 2015) ја истражувале *самоефикасноста* кај неформалните негуватели на лица со деменција во Мадрид, Шпанија. Учесниците ($n=231$) биле на возраст од 29 до 87 години ($M=59.90$) од кои поголем дел биле жени (78.80%). Од лицата на кои им е потребна нега 61% имале Алцхајмерова деменција. Ја процениле фреквенцијата и *вознемиреноста* на негувателите поврзани со три димензии на бихевиоралните и психолошките симптоми кај деменција: депресивни, дисруптивни и проблеми со меморијата. Негувателите кои морале да се справат со висока фреквенција на проблеми во однесувањето и истовремено имале високи нивоа на самоефикасност пријавиле значително пониски нивоа на вознемиреност поврзани со депресивни и дисруптивни проблеми во однесувањето во споредба со оние негуватели со ниски нивоа на самоефикасност. Не биле пронајдени разлики во ефектите на самоефикасноста за нивоата на вознемиреност на негувателите, кои се соочуваат со ниска фреквенција на симптомите. Самоефикасноста не била значаен модератор помеѓу зачестеноста на проблемите со меморијата и вознемиреноста на негувателите. Резултатите од ова истражување сугерираат дека самоефикасноста за управување со симптомите ја модерира врската помеѓу зачестеноста на дисруптивните и депресивните проблеми во однесувањето и вознемиреноста, што тие ја предизвикуваат кај негувателите.

Гонје и соработниците (Gonyea et al., 2005) ја испитувале улогата на *самоефикасноста* и *депресивните симптоми* како предиктори на *психичката оптовареност* на негувателот. Примерокот го сочинувале 80 дијади од негуватели и лица со Алцхајмерова деменција од САД. Поголем дел од учесниците биле жени (64%) со средна возраст од 65 години. И двата предиктора имале значаен независен ефект врз оптовареноста на неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест.

Во истражувањето спроведено на 137 учесници од Кина Жанг и соработниците (Zhang et al., 2014) ја истражувале улогата на самоефикасноста во односот помеѓу бихевиоралните и психолошките симптоми на деменција, како и социјалната поддршка врз психичката оптовареност на негувателите. Средната возраст на негувателите била 70 години, додека на лицата со деменција била 71 година. *Самоефикасноста* делумно го посредувала ефектот на бихевиоралните и на психолошките симптоми на деменцијата врз *психичката оптовареност* на неформалните негуватели.

Грано и соработниците (Grano et al., 2017) спровеле лонгитудинална студија со цел да ја согледаат поврзаноста помеѓу *самоефикасноста* и *депресивните симптоми* на неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест во Италија. Примерокот го сочинувале 170 учесници од кои 57,4% биле жени со средна возраст од 66 години. Резултатите покажуваат дека оптовареноста на негувателот значајно влијае врз депресијата, додека *самоефикасноста* делумно го посредува овој процес.

Ван Ројџ и соработниците (Van Roij et al., 2021) спровеле опсервациска студија за квалитетот на грижата и животот на пациентите со напреднат карцином и нивните негуватели, во кои биле вклучени нивоата на грижа за себе, *резилиентноста* и *оптовареноста* на негувателот. Примерокот се состоел од 746 негуватели од Холандија, од кои 60% биле жени со средна возраст од 61 година. Нивните резултати биле споредени со нормативна популација усогласена по пол и возраст. Била направена мултиваријантна логистичка регресивна анализа за да се процени поврзаноста помеѓу грижата за себе и резилиентноста со оптовареноста на негувателот. Резултатите упатуваат на тоа дека негувателите со високо ниво на оптоварување поретко се ангажираат во активности за грижа за себе и биле помалку резилиентни во споредба со негувателите со ниска или со средна оптовареност.

Рош и соработниците (Roche et al., 2015) сакале да истражат дали *стратегиите за справување* ја посредуваат врската помеѓу оптовареноста на негувателите на лица со деменција и психолошките исходи од негувателството. Примерокот се состоел од 94 неформални негуватели од Германија, на средна возраст од 59 години, од кои поголем дел ($n=68$) биле жени. Резултатите

сугерираат дека дисфункционалното справување е медијатор во врската меѓу оптовареноста и нивото на депресија. Справувањето фокусирано на проблемот е медијатор во врската помеѓу напорот на негувателот и квалитетот на живот.

Во студијата на Морано (Morano, 2003) која била спроведена со 204 неформални негуватели на лица со Алцхајмерова болест во САД, било истражувано справувањето на негувателите. Учесниците биле со средна возраст од 64 години, од кои повеќето биле жени (71%). Лицата со Алцхајмерова болест во просек имале 79 години. Резултатите покажале дека *справувањето* фокусирано на проблемите бил медијатор на ефектот од проблематичното однесување врз *позитивните исходи*. Од друга страна, справувањето фокусирано на емоциите било медијатор на ефектот од проблематичното однесување и негативните психолошки исходи.

Сарија и соработниците (Saria et al., 2016) спровеле трансверзална студија со 56 негуватели на пациенти со мозочни метастази од САД, во која се мереле нивната перцепција за когнитивната дисфункција на пациентот, нивната *резилентност* и нивната употреба на широк опсег *стратегии за справување*. Средната возраст на негувателите била 56 години и поголем дел од учесниците биле жени (69.6%). Нивоата на резилентност биле просечни. Утврдено било дека прифаќањето како стратегија за справување било значајно поврзано со проблемите со помнењето на пациентите и со нарушеното однесување. Исто така, биле пријавени ниски нивоа на обработка и изразување на емоциите.

Хојт и соработниците (Hoyt et al., 2020) го истражувале влијанието на *справувањето со приближување кон емоциите* врз физичкото и менталното здравје кај лица од трета и четврта доба во 4,5-годишна лонгитудинална студија. Примерокот се состоел од 150 учесници од САД, од кои поголем дел биле жени ($n=58$). Средната возраст на негувателите била 75 години. На почетните повисоки нивоа на обработка на емоциите, лошото здравје останало ниско и стабилно, додека на пониски нивоа, лошото здравје се зголемило со текот на времето. Авторите сугерираат дека поединците кои ретко се справуваат преку обработување на емоциите се помалку подготвени или способни намерно и активно да се соочат со тешки емоции. Кога перципираниот стрес бил висок, повисокото ниво на обработка и на изразување било поврзано со пониски депресивни симптоми при влегувањето во студијата, но повисокото

обработување на емоциите било поврзано со зголемување на депресивните симптоми со текот на времето. Наодите од ова истражување сугерираат дека ефектите од првичното ниво на обработка на емоции се намалува со текот на времето во присуство на постојано висок перципиран стрес. Набљудуваниот модел може да сугерира дека ефектите од овие стратегии на справување не опстојуваат под високи нивоа на стрес или дека поединците престануваат со справување преку приближување кон емоциите кога стресот е немилосрден.

Нардела и соработниците (Nardella et al., 2025) истражувале дијади на пациенти со рак на панкреас и нивните негуватели од САД, со цел да го идентификуваат и детерминираат влијанието на *стратегииите за справување*, самопочитта и *резилентноста* врз *психичката вознемиреност* на негувателите. Примерокот го сочинувале 114 дијади. Негувателите во главно биле жени (65%) со просечна возраст од 66 години, додека во групата пациенти главно биле мажи (55%) со просечна возраст од 69 години. Помладата возраст на негувателите, имале повеќе активности за лична нега, а поголемата вознемиреност на пациентот и негата на родител биле поврзани со справување со избегнување. Избегнувачкото справување и ниската резилентност значајно корелирале со психичката вознемиреност, анксиозност, депресија, оптовареност на негувателот и перципиран стрес. Ниската самодоверба била поврзана со висока оптовареност.

Во претходно споменатата студија на Чапл и Рид (Chappell & Reid, 2002) *добростоијбата* на неформалните негуватели на лица со деменција била под влијание на перципирана социјална поддршка, оптовареност, самодоверба и часовите поминати во пружање на нега. Примерокот го сочинувале 243 неформални негуватели од Канада со просечна возраст од 51 година, додека просечната возраст на лицата со деменција била 80 години. Поголемиот дел од негувателите (69.1%) и лицата на кои им е потребна нега (67.9%) биле жени. Речиси половина од лицата со деменција имале Алцхајмерова болест (45.7%).

Во истражувањето на Кви и соработниците (Cui et al., 2024) била истражувана улогата на *психичката вознемиреност* во односот меѓу квалитетот на животот и оптовареноста кај неформалните негуватели на лица во напредна фаза на канцер во Кина. 52.1% од негувателите биле жени, додека 54.8% од пациентите биле мажи. Просечната возраст на лицата кои боледуваат од канцер

била 55 години, додека на негувателите била 44 години. Меѓу пациентите, кај 76.2% бил дијагностициран солиден тумор како примарен рак. Пронашле дека психичката вознемиреност била медијатор меѓу квалитетот на животот и оптовареноста кај неформалните негуватели на лица во напредна фаза на рак. Од друга страна, резилиентноста била значаен модератор меѓу квалитетот на животот и оптовареноста на негувателите.

Направени се и истражувања за да се согледа дали има промена во интензитетот на *оптовареноста* на негувателите пред и по почетокот на пандемијата. Лиу и соработниците (Liu et al., 2022) спровеле трансверзална студија за да го проценат нивото на оптовареност и факторите поврзани со него кај неформалните негуватели на лица со деменција во Шангај, Кина. Поголем дел од негувателите биле жени (58.7%) на просечна возраст од 65 години. Просечната возраст на лицата на кои им била потребна нега била 76 години и поголем дел од нив биле жени (57.8%). Од нив, 33% биле дијагностицирани со Алцхајмерова болест, 13.5% со фронтотемпорална деменција, 19.8% со мешана деменција, 10.8% деменција со Левијеви тела и 20.7% со васкуларна деменција. Тестирањето на модераторниот ефект на социјалната поддршка и поврзаноста меѓу оптовареноста на негувателот и депресивните симптоми на негувателите покажало дека двонасочната интеракција меѓу социјалната поддршка и оптовареноста значајно ги предвидувало депресивните симптоми кај негувателите.

Во студијата на Накамото (Nakamoto et al., 2022), која била спроведена седум месеци по почетокот на пандемијата, зголемената *оптовареност* на негувателите била значајно поврзана со истакната *психичка вознемиреност*. Примерокот го сочинувале 1.920 неформални негуватели од Јапонија, од кои 48.8% биле мажи на просечна возраст од 52 години. Поврзаноста меѓу зголемената оптовареност на негувателите и вознемиреноста била посилна кај негувателите кои биле брачни партнери на лицата кои биле подложени на третман на болеста.

Отобе и соработниците (Otohe et al., 2022) ја истражиле поврзаноста меѓу различни фактори и зголемената *оптовареност* на неформалните негуватели за време на пандемијата на КОВИД-19 во Јапонија. Просечната возраст на неформалните негуватели ($n=700$) била 57 години и примерокот имал еднаква

родова дистрибуција. Просечната возраст на лицата на кои им е потребна нега била 80 години и поголем дел биле жени ($n=407$). Нешто помалку од половина од учесниците (41%) се пожалиле на зголемена оптовареност како резултат на пандемијата. Факторите поврзани со зголемена оптовареност биле депресивни симптоми кај негувателите, присуство на деменција кај лицето за кое се грижат и повисока функционална зависност на примателите на нега, број на денови на нега и часови на нега, како и користење на услуга за домашна нега.

Во студијата на Чен и соработниците (Chen et al., 2023) *оптовареноста* на негувателите, *стигмата*, *депресијата* и *анксиозноста* на негувателите биле значително поврзани со невропсихијатриските симптоми. Примерокот се состоел од 261 дијади од негуватели и лица со деменција од Јужен Тајван. Негувателите биле со просечна возраст од 53 години и повеќето биле жени (52.1%). Лицата на кои им е потребна нега биле со просечна возраст од 79 години и поголем дел од нив биле жени (63%). Психичката оптовареност на негувателот била значаен посредник помеѓу бихевиоралните и психолошките симптоми на пациентот со деменција и нивоата на депресија на неформалниот негувател како и нивоата на анксиозност.

Во лонгитудиналното истражување на Ерлих и соработниците (Ehrlich et al., 2024), во кое била мерена добросостојбата на неформалните негуватели и општата популација пред (во 2017) и за време на пандемијата (2020) пронајдено е дека пандемијата имала негативен ефект на *добросостојбата* на двете популации, со зголемени нивоа на *депресивни симптоми* и *осаменост* во споредба со времето пред пандемијата. Исто така, *осаменоста* била значајно повеќе зголемена кај неформалните негуватели. Примерокот бил балансиран и го сочинувале 3.875 учесници со просечна возраст од 66 години од Германија. Психичката оптовареност на негувателите била ретроспективно мерена во истражувањата на Коен (Cohen et al., 2021) и Накамото (Nakamoto et al., 2022) и во двете била зголемена по почетокот на пандемијата, како и психичката вознемиреност.

Во студијата на Коен и соработниците (Cohen et al., 2021) биле истражувани промените во интензитетот на нега и психичката оптовареност кај неформалните негуватели како резултат на КОВИД-пандемијата во САД. Примерокот ($n=835$) бил составен од поголем број на мажи (68.5%) со просечна

возраст од 34 години. Од нив 53% имале покачени нивоа на оптовареност. Зголемената психичка оптовареност била поврзана со зголемен интензитет во негувателството.

Со цел да ги идентификуваат варијаблите кои предвидуваат висок степен на *добросостојба* кај неформалните негуватели на лица со деменција, Санчез-Теруел и соработниците (Sánchez-Teruel et al., 2022) спровеле истражување во периодот на задолжителен карантин во Шпанија. Примерокот го сочинувале 310 учесници од кои поголем дел биле жени ($n=266$) со просечна возраст од 46 години. Најзначајните позитивни корелации биле меѓу добросостојбата и резилиентноста, добросостојбата и стратегиите за справување, и меѓу резилиентноста и самоефикасноста. Најзначајни негативни корелации имало меѓу тешкотиите во регулација на емоциите и добросостојбата, како и резилиентноста.

Истражувачки хипотези

Согласно претходно дискутираните теоретски и емпириски наоди и дефинираните проблеми на истражувањето, беа формулирани следните хипотези:

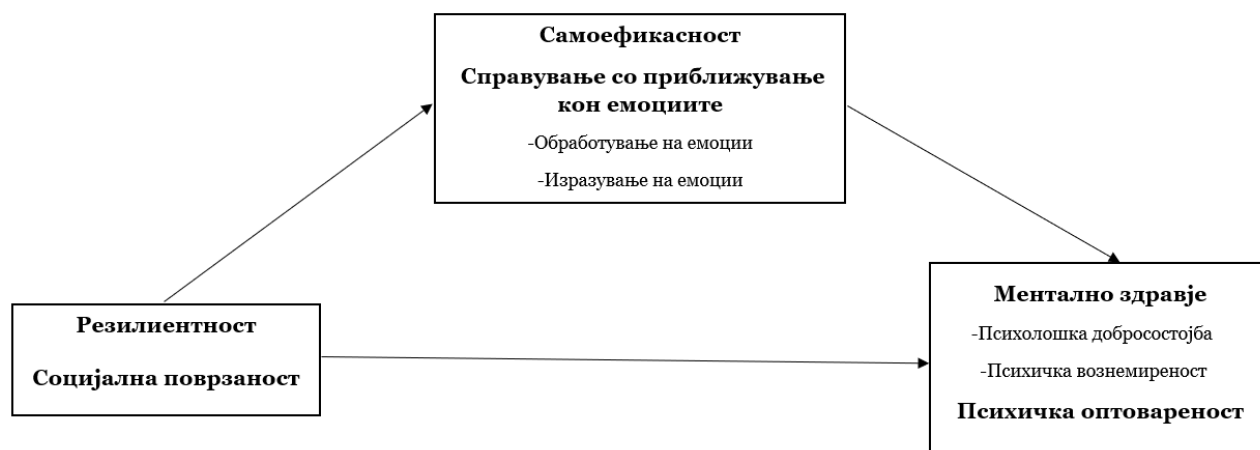
Х1: Повисока резилиентност и повисока социјална поврзаност предвидуваат повисока психолошка добросостојба и пониска психичка вознемиреност и психичка оптовареност кај неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и на лица со деменција.

Х2: Самоефикасноста и справувањето со приближување кон емоциите го посредуваат односот на резилиентноста и на социјалната поврзаност со менталното здравје и психичката оптовареност кај неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и на лица со деменција, така што повисока самоефикасност и поистакнато обработување и изразување на емоциите предвидуваат повисока психолошка добросостојба и пониска психичка вознемиреност и психичка оптовареност.

Х3: Неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак имаат повисока резилиентност, социјална поврзаност, обработка и изразување на емоции, самоефикасност и психолошка добросостојба, како и пониска психичка вознемиреност и оптовареност, отколку неформалните негуватели на лица со деменција.

Слика 1.

Дијаграм на претпоставени односи меѓу варијаблите во ова истражување



Методологија на истражувањето

Примерок

Примерокот користен во ова истражување е пригоден и го сочинуваат 120 учесници, од кои 60 се неформални негуватели на лица со канцер и 60 се неформални негуватели на лица со деменција. Од табела 1 може да се види дека најголем дел од примерокот го сочинуваат учесници кои извршиле тестирање или присуствувале на Комисија за помош и нега од друго лице во ГОБ „8-ми Септември“, потоа следува примерокот од групите за поддршка на неформални негуватели кои пополнија онлајн прашалник и неформалните негуватели на Универзитетската клиника за радиологија и онкологија.

Просечната возраст на неформалните негуватели на целиот примерок е 48 години ($SD=14.6$, опсег: 18-78 години), со што просечната возраст на негувателите на лица со рак е 44 години ($SD=13.6$; опсег: 18-70 години), додека за негувателите на лица со деменција е 52.2 години ($SD=14.4$; опсег: 26-78). Во однос на негувателскиот ангажман, негувателите просечно се грижат за лицето на кое му е потребна нега 32 месеци ($SD=32.8$; опсег: 1-156 месеци), со тоа што негувателите на лица со рак се грижат 29 месеци ($SD=31.8$; опсег: 1-156 месеци), додека тие на лицата со деменција се грижат 35 месеци ($SD=33.8$; опсег: 4-137 месеци). Примерокот го сочинува значајно поголема пропорција на жени неформални негувателки, учесници со минимум завршено средно образование и учесници кои се вработени. Најголем дел од негувателите се деца на лицето на кое му е потребно нега и се примарниот негувател. Најголемиот број дневно поминуваат од 1 до 4 часа извршувајќи негувателски ангажмани, часовите поминати во грижа останале релативно исти по КОВИД, но интензитетот на грижата многу се зголемил. Исто така финансиската состојба на негувателите се влошила во последната година. Нема разлики во примерокот во однос на времето поминато од дијагностицирањето насостојбата, делењето на обврски со други лица, дали живеат во ист стан/куќа со лицето како и дали прележале КОВИД.

Во однос на разликата помеѓу социодемографските податоци на двете групи (неформални негуватели на лица со рак и деменција), има значајна разлика во

возраста на негувателот ($F(1,120)=10.458$; $p<.01$) и возраста на лицето кое прима нега ($F(1,120)=30.130$; $p=.000$; $p<0.01$). Групите не се разликуваат во однос на месеците поминати во грижа за лицето на кое му е потребно нега ($F(1,120)=1.266$; $p=.263$).

Табела 1.

Социодемографски и други релевантни податоци за неформалните негуватели

	Канцер	Деменција	n (%)	χ^2 *	df	p
Примерок				32.6	2	<.001
ЈЗУ ГОБ „8-ми Септември“	30 (50.0)	32 (53.3)	62 (51.7)			
УК „Радиологија и онкологија“	12 (20.0)	-	12 (10.0)			
Онлајн	18 (30.0)	28 (46.7)	46 (38.3)			
Род				94.85	2	<.001
Женски	43 (71.7)	44 (73.3)	87 (72.5)			
Машки	17 (28.3)	15 (25.0)	32 (26.7)			
Друго	-	1 (1.7)	1 (0.8)			
Однос				94	5	<.001
Брачен партнер	21 (35.0)	16 (26.7)	37 (30.8)			
Родител	4 (6.7)	1 (1.7)	5 (4.2)			
Ќерка/син	27 (45.0)	24 (40.0)	51 (42.5)			
Сестра/брат	1 (1.7)	3 (5.0)	4 (3.3)			
Внука/внук	4 (6.7)	6 (10.0)	10 (8.3)			
Пошироко семејство	3 (5.0)	10 (16.7)	13 (10.8)			
Место на живеење				0.833	1	0.361
Во иста куќа/стан	43 (71.7)	22 (36.7)	65 (54.2)			
Во различна куќа/стан	17 (28.3)	38 (63.3)	55 (45.8)			
Едукација				55.3	5	<.001
Основно	3 (5.0)	9 (15.0)	12 (10.0)			
Средно	24 (40.0)	21 (35.0)	45 (37.5)			
Виша школа	15 (25.0)	13 (21.7)	28 (23.3)			
Дипломски студии	13 (21.7)	5 (8.3)	18 (15.0)			
Магистерски студии	4 (6.7)	11 (18.3)	15 (12.5)			
Докторски студии	1 (1.7)	1 (1.7)	2 (1.7)			
Работен статус				88.13	3	<.001
Невработен/а	8 (13.3)	11 (18.3)	19 (15.8)			
Вработен/а	38 (63.3)	35 (58.3)	73 (60.8)			
Пензионер/ка	9 (15.0)	14 (23.3)	23 (19.2)			
Студент/ка	5 (8.3)	-	5 (4.2)			

(продолжува)

Табела 1. (продолжение)

	Канцер	Деменција	n (%)	χ^2*	df	p
Финансиска состојба				36.35	2	<.001
Се влоши	37 (61.7)	21 (35.0)	58 (48.3)			
Остана релативно иста	19 (31.7)	34 (56.7)	53 (44.2)			
Се подобри	4 (6.7)	5 (8.3)	9 (7.5)			
Години по дијагноза				6.2	3	0.102
>1	16 (26.7)	7 (11.7)	23 (19.2)			
2-3	21 (35.0)	20 (33.3)	41 (34.2)			
4-5	13 (21.7)	17 (28.3)	30 (25.0)			
6<	10 (16.7)	16 (26.7)	26 (21.7)			
Примарен негувател				19.2	1	<.001
Да	44 (73.3)	40 (66.7)	84 (70)			
Не	16 (26.7)	20 (33.3)	36 (30)			
Делење обврски со други				7.5	1	0.006
Да	38 (63.3)	37 (61.7)	75 (62.5)			
Не	22 (36.7)	23 (38.3)	45 (37.5)			
Часови грижа дневно				21.67	3	<.001
1-4	23 (38.3)	24 (40.0)	47 (39.2)			
5-8	9 (15.0)	15 (25.0)	24 (20.0)			
9-12	9 (15.0)	4 (6.7)	13 (10.8)			
12<	19 (31.7)	17 (28.3)	36 (30.0)			
Прележал КОВИД				4.033	1	0.045
Да	37 (61.7)	34 (56.7)	71 (59.2)			
Не	23 (38.3)	26 (43.3)	49 (40.8)			
Часови грижа по КОВИД				64.75	4	<.001
Многу се зголемил	18 (30.0)	18 (30.0)	36 (30.0)			
Малку се зголемил	16 (26.7)	23 (38.3)	39 (32.5)			
Останал релативно ист	24 (40.0)	16 (26.7)	40 (33.3)			
Се намалил малку	2 (3.3)	2 (3.3)	4 (3.3)			
Се намалил многу	-	1 (1.7)	1 (0.8)			
Интензитетот на грижа по КОВИД				68.42	4	<.001
Многу се зголемил	23 (38.3)	23 (38.3)	46 (38.3)			
Малку се зголемил	15 (25.0)	17 (28.3)	32 (26.7)			
Останал релативно ист	19 (31.7)	18 (30.0)	37 (30.8)			
Се намалил малку	2 (3.3)	1 (1.7)	3 (2.5)			
Се намалил многу	1 (1.7)	1 (1.7)	2 (1.7)			

*Разлики во однос на дистрибуцијата на примерокот, а не помеѓу групите

Во табела 2 се претставени податоците за лицата на кои им е потребна нега. Поголем број од негувателите се грижат за жени, и за блиски кои не прележале КОВИД. Просечната возраст на лицата на кои им е потребна нега е 66 години ($SD=15$; опсег: 16-91 година), со што просечната возраст на лицата со рак е 60 години ($SD=15.4$; опсег: 16-83 години) додека на лицата со деменција е 73 години ($SD=11.1$; опсег: 40-91 година). Најголем дел од учесниците се грижат за лица со мешана деменција и со гастроинтестинален рак.

Табела 2.

Социодемографски податоци и здравствен статус на лицата на кои им е потребна грижа

	Канцер	Деменција	n (%)	χ^2*	df	p
Род на пациентот				60.65	2	<.001
Женски	29 (48.5)	39 (65.0)	68 (56.7)			
Машки	31 (51.7)	20 (33.3)	51 (42.5)			
Друго	-	1 (1.7)	1 (0.8)			
Прележал КОВИД				12.033	1	<.001
Да	26 (34)	15 (25.0)	41 (34.2)			
Не	34 (56.7)	45 (75.0)	79 (65.8)			
Вид на деменција				21.733	3	<.001
Алцхајмерова болест	-	23 (19.2)	23 (19.2)			
Мешана деменција	-	25 (20.8)	25 (20.8)			
Васкуларна деменција	-	6 (5.0)	6 (5.0)			
Паркинсонова деменција	-	6 (5.0)	6 (5.0)			
Вид на рак				30.933	7	<.001
Глава и врат	12 (10.0)	-	12 (10.0)			
Респираторен	9 (7.5)	-	9 (7.5)			
Кардио	1 (0.8)	-	1 (0.8)			
Гастроинтестинален	15 (12.5)	-	15 (12.5)			
Дојка	5 (4.2)	-	5 (4.2)			
Генитоуринарен	14 (11.7)	-	14 (11.7)			
Кожа	3 (2.5)	-	3 (2.5)			
Леукемија	1 (0.8)	-	1 (0.8)			
Стадиум на рак				3.73	3	0.292
1	9 (7.5)	-	9 (7.5)			
2	19 (15.8)	-	19 (15.8)			
3	17 (14.2)	-	17 (14.2)			
4	15 (12.5)	-	15 (12.5)			

*Разлики во однос на дистрибуцијата на примерокот, а не помеѓу групите

Мерни инструменти

За процена на психолошките исходи беа користени два инструменти.

Интервју за оптовареност на Зарит-кратка верзија (Zarit Burden Interview-12; Zarit et al., 1980) е инструмент кој најчесто се користи за мерење на психичката оптовареност на негувателите. Има повеќе верзии на овој инструмент, но намалувањето на бројот на тврдењата не влијае на карактеристиките на инструментот и полесен е за задавање (Bédard et al., 2001). Во истражувањето на Бедар и соработниците (Bédard et al., 2001) во кое ја развиваат кратката верзија на инструментот, корелацијата меѓу кратката и долгата верзија зададена на негуватели на лица со Алцхајмерова болест била $r=.96$, а за останатите негуватели $r=.97$. Кронбаховиот алфа-коефициент изнесувал 0.88. Кратката верзија се состои од 12 тврдења, наместо 22, кои опишуваат како луѓето може да се чувствуваат кога се грижат за друго лице². Учесниците треба да наведат колку често се чувствуваат како што е наведено во изјавите со примена на четиристепена скала (0 = *никогаш*, 4 = *скоро секогаш*). Скорот се пресметува со собирање на сите тврдења. Опсегот на скорови е 0 – 48. Повисоки скорови упатуваат на поголемо чувство на оптовареност. Во овој примерок интерната конзистентност изнесува $\alpha=.89$. Кронбах алфа-коефициентот за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.92$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.85$. Во однос на авторските права, инструментот е слободен за користење од страна на студенти и беше потпишан договор со Mapi Research Trust за користењето на инструментот.

Инвентарот за ментално здравје (Mental Health Inventory; Veit & Ware, 1983) е составен од две глобални скали: психолошка добросостојба и психичка вознемиреност и шест супскали: анксиозност, депресија, губење на бихевиорална/емоционална контрола, генерален позитивен афект, емоционални врски и задоволство од животот. За целите на истражувањето се користат двете глобални скали. Инвентарот се состои од 38 тврдења од кои 36

² Инструментот е заштитен со авторски права, за примерок од инструментот треба да се исконтактира фондот Мapi. ZBI–Zarit Burden Interview. Author: Zarit SH. Copyright: 1980, 1983, 1990 Steven H Zarit and Judy M Zarit. Permission to Use Special Terms No77393: Mapi Research Trust, Lyon, France, <https://eprovide.mapi-trust.org.>]

имаат шестстепенна скала на одговори, а 2 имаат петстепенна скала, каде одговорот 1 упатува на постојано, а одговорот 6 (5) никогаш/воопшто, соодветно на прашањето (Прилог А6). Учесниците треба да го означат тврдењето кое најдобро опишува како се чувствувале и функционирале изминатиот месец. Скалата за *психолошка добросостојба* се состои од 14 тврдења, додека скалата за *психичка вознемиреност* се состои од 24 тврдења. Скоровите за двете супкали се пресметуваат со промена на инверзните ајтеми и собирање на скоровите од ајтемите кои соодветствуваат на психолошката добросостојба/психичката вознемиреност. Опсегот на скорови за психолошката добросостојба изнесува 14-84, додека за психичката вознемиреност е 24-142. Повисок скор на скалата за психолошка добросостојба индицира позитивни состојби на ментално здравје, а повисок скор на скалата за психичка вознемиреност индицира негативни состојби. Во истражувањето за развојот на инструментот од страна на Вејт и Вер (Veit & Ware, 1983), утврдена е висока внатрешна конзистентност за двете скали ($\alpha=.92$, $\alpha=.94$). Релијабилноста на варијансата во интервал на една година упатува на тоа дека е стабилна ($r=.62-.63$). Во ова истражување, Кронбаховиот алфа-коефициент за целиот примерок на скалата за психолошка добросостојба изнесува $\alpha=.93$. Интерната конзистентност за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.95$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.92$. Од друга страна, конзистентноста за психичката вознемиреност изнесува $\alpha=.95$. Конзистентноста за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.96$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.95$. Во однос на авторските права инструментот е слободен за користење.

За процена на предикторските варијабли беа користени два инструменти.

Кратката скала за резилентност (The Brief Resilience Scale; Smith et al., 2008) се состои од 6 тврдења со кои се проценува способноста на учесниците да се вратат во првобитната психолошка состојба по соочување со стресни настани (Прилог А2). Учесниците одговараат на тврдењата преку петстепенна скала (1 = *воопшто не се согласувам*, 5 = *целосно се согласувам*). Финалниот скор се пресметува по промена на инверзните ајтеми, со собирање на сите ајтеми и делење со бројот на ајтеми (средна вредност). Опсегот на скорови е 1-5, со тоа што повисоките скорови упатуваат на повисока резилентност, а пониските скорови упатуваат на пониска резилентност. Според истражувањето за

развивање на инструментот на Смит и соработниците (Smith et al., 2008) интерната валидност е висока со алфа-коефициент во опсег $\alpha=.80-.91$. Тест-ретест релијабилноста по еден месец е $r=.69$, а по 3 месеци $r=.62$. Во ова истражување, интерната конзистентност за целиот примерок изнесува $\alpha=.79$. Кронбах алфа-коефициентот за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.77$, исто како и за негувателите на лица со рак. Во однос на авторските права инструментот е слободен за користење.

Ревидираната скала за социјална поврзаност (Social connectedness scale-revised; Lee et al., 2001) е инструмент кој ретко се задава на оваа популација поради тоа што истражувачите повеќе се интересираат за социјалната поддршка отколку за психолошкото чувство за поврзаност, како што беше преходно наведено. Мери како индивидуите когнитивно ја конструираат интерперсоналната блискост со другите во социјалното опкружување. Инструментот се состои од 20 тврдења, но во ова истражување се користеа само 15 (Прилог А3). Причината поради која беа отстранети 5 тврдења е тоа што според наоди од факторска анализа спроведена од Ли и соработниците (Lee et al., 2008) пет тврдења се преклопуваат со екстраверзија (екстраверзијата е друга варијабла која е поврзана со добросостојбата и оптовареноста на негувателот). Учесниците одговараат со примена на петстепенa скала (1 = *воопшто не се согласувам*, 6 = *целосно се согласувам*). За пресметување на вкупниот скор, се собираат сите ајтеми по промена на инверзните ајтеми. Опсегот на скорови е 15-90. Повисоки скорови упатуваат на повисоко чувство на социјална поврзаност. Кронбаховиот алфа-коефициент на оваа пократка верзија изнесувал $\alpha=.93$ и е еднаков на коефициентот на подолгата верзија. Интерната конзистентност за целиот примерок во ова истражување изнесува $\alpha=.93$. Конзистентноста кај групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.92$, додека кај негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.94$. За користењето на инструментот беше побарана дозвола од авторот и истата беше одобрена.

За мерење на медијаторските варијабли беа користени два инструменти.

Скалата за справување преку приближување кон емоциите (Emotional Approach Coping Scale; Stanton et al., 2000) е инструмент кој е составен од две супскали кои корелираат меѓусебно, но се дистинктивни: *обработка на емоциите*, која е составена од 8 тврдења и *изразување на емоциите*, која е исто

така составена од 8 тврдења (Прилог А4). Учесниците се упатени да одговорат како размислуваат, реагираат и се чувствуваат кога се наоѓаат во стресни и вознемирувачки ситуации со примена на четиристепена скала (1 = *најчесто воопшто не го правев ова*, 4 = *најчесто многу го правев ова*). Скоровите за двете супскали се пресметуваат со собирање на одговорите од ајтемите кои соодветствуваат на обработка на емоциите/изразување на емоциите. Опсегот на скорови е 8-32, за двете супскали посебно. Повисок скор упатува на поистакната обработка на емоциите, односно на поистакнато изразување на емоциите. Скалата има висока внатрешна конзистентност ($\alpha=.72-.94$) и тест-ретест релијабилност ($r=.72-.78$) (Austenfeld & Stanton, 2004). Во ова истражување, интерната конзистентност за целиот примерок за супскалата изразување емоции изнесува $\alpha=.92$, вредноста е иста за двете групи на учесници. Кронбах алфа-коефициентот на супскалата обработка на емоции изнесува $\alpha=.93$, со тоа што интерната конзистентност за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.93$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.92$. Во однос на авторските права инструментот е слободен за користење.

Скалата за општа самоефикасност (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer & Jerusalem, 1995) е составена од 10 тврдења (Прилог А5), а учесниците треба да го означат степенот до кој тие се однесуваат на нив преку четиристепена скала (1 = *воопшто не е точно*, 5 = *потполно е точно*). Вкупниот скор се добива со сумирање на сите ајтеми. Опсегот на скорови е 10-40, со што повисоки скорови упатуваат на повисока самоефикасност. Според Шварцер и Џерусалем од податоците добиени од 25 земји Кронбах алфа-коефициентот се движи помеѓу 0.76 и 0.90. Во ова истражување, Кронбах алфа-коефициентот изнесува $\alpha=.93$ на ниво на цел примерок. Интерната конзистентност за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.93$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.94$. Во однос на авторските права инструментот е слободен за користење.

За мерење на контролната варијабла функционална независност, беа користени два инструменти.

Индексот на Кац за независност во извршувањето на секојдневните активности (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) - Katz et al., 1970) ја рангира адекватноста при изведувањето на шест основни активности: капење, облекување, одење во тоалет, преместување од една во друга

положба, континенција и хранење (Прилог А7). На тврдењата се одговара со Да/Не во однос на највисокото самостојно функционирање на пациентот. Вкупниот скор се добива со сумирање на сите позитивно одговорени ајтеми. Опсегот на скорови е 0-6 со тоа што скорот 6 упатува на потполна независност, а 0 упатува на тешко функционално оштетување. Според Хамлин и Линдмарк (Hamrin & Lindmark, 1988) индексот има висока интерна конзистентност $\alpha=.94$ и конкурентна валидност $r=.83-.93$ (корелација со три скали кои мерат моторна активност и индекс на активност). Интерната конзистентност на целиот примерок во ова истражување изнесува $\alpha=.88$. Кронбаховиот алфа-коефициент за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.91$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.82$. Во однос на авторските права инструментот е слободен за користење.

Скалата на Латон за инструментални активности во секојдневието (Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) – Lawton & Brody, 1969) е инструмент за процена на вештините за самостојно живеење (Прилог А8). За разлика од Индексот на Кац, мери покомплексни физички функции. Активностите кои се опфатени се: способност да се користи телефон, пазарење, подготовка на храна, одржување на домаќинството, перење, начин на транспортирање, одговорност за сопствените лекаства и способност да се одржуваат финансии. На тврдењата се одговара со означување на највисокото ниво на индивидуално функционирање за секоја активност. Вкупниот скор се добива со сумирање на сите ајтеми. Опсегот на скорови е 0-8, со тоа што скорот 8 упатува на висока функционалност, а 0 упатува на ниска функционалност. Според Латон и Броди (Lawton & Brody, 1969) усогласеноста помеѓу различни оценувачи била $\alpha=.85$, а конкурентната валидност била проценета преку корелација со 4 скали кои мерат домени на функционален статус и сите корелации биле значајни на ниво .01 или 0.5 (во зависност од скалата). Во овој примерок интерната конзистентност изнесува $\alpha=.72$. Конзистентноста за групата негуватели на лица со деменција е $\alpha=.67$, додека за негувателите на лица со рак изнесува $\alpha=.75$. Во однос на авторските права инструментот е слободен за користење.

Пред да се започне со дистрибуција на преведените прашалници беа контактирани авторите (одговорните тела) на инструментите Зарит интервју за

оптовареност-12 и Ревидирана скала за социјална поврзаност. Беше потпишан договор за користење на истите и инструментите беа преведени според дадените упатства и препораки за лингвистичка валидација од страна на авторите. Беа спроведени и когнитивни интервјуа со лица од целната популација за да се процени јасноста и соодветноста на ајтемите.

За потребите на истражувањето беше применет и прашалник (Прилог А1) преку кој се обезбедија социодемографски податоци за негувателите (како пол, возраст итн.); податоци поврзани со негувателскиот ангажман (на пример, колку долго се грижат за лицето и дали се примарниот негувател); демографски податоци и здравствен статус за лицето за кое се грижат (пол, возраст, дијагноза и стадиум на болеста), како и за стресни искуства поврзани со КОВИД (на пример, дали од почетокот на пандемијата бројот на часови на пружање нега или помош се намалил/зголемил). Демографските прашалници се разликуваа во однос на болеста на лицето на кое му е потребна нега со цел да се добијат информации специфични за соодветното заболување.

Постапка

Прибирањето на податоците се спроведе во периодот од крајот на 2022 до средината на 2023. Дел од учесниците беа регрутирани кога извршија психолошко тестирање на лицето на кое му е потребна нега или присуствуваа на „Комисија за помош и нега од друго лице“ во просториите на ГОБ „8ми Септември“. Другиот дел на негуватели беа регрутирани во „Универзитетската клиника за радиологија и онкологија“ додека лицето на кое му пружаат нега прима терапија. Последната група на неформални негуватели беа регрутирани преку социјалните медиуми (онлајн групите за поддршка поврзани со болеста на лицето на кое му е потребна нега и страните на невладини организации).

Учесниците беа информирани за доброволноста на истражувањето, доверливоста и анонимноста на податоците, целта на истражувањето како и времето потребно за одговарање. Најпрвин им беше зададен прашалник за демографските и за другите релевантни податоци, а потоа следуваа инструкциите пред секој инструмент. Инструментите беа задавани по следниот редослед: Кратка скала за резилиентност, Ревидирана скала за социјална поврзаност, Инветар за ментално здравје, Скала за општа самоефикасност,

Справување со приближување кон емоциите, Интервју за оптовареност на Зарит, Скала на Латон за инструментални активности во секојдневието и Индекс на Кац за независност во секојдневни активности. На крајот беше додадено незадолжително отворено прашање со цел да се добие подобар увид во улогата како неформален негувател.

Онлајн прашалникот беше поставен преку платформата Question Pro и учесниците на почетокот требаше да селектираат дали се неформални негуватели на лице кое боледува од рак или од деменција.

Прашалниците кои беа зададени во ГОБ „8ми Септември“ и во „Универзитетската клиника за радиологија и онкологија“ беа физички копии и во однос на тоа дали се работи за негувател на лице со деменција или рак им беше даден соодветниот прашалник.

Мора да се напомене дека на дел од учесниците им беше потребна помош при пополнување на прашалникот и прашањата им беа читани ($n=22$), но поголемиот дел од учесниците сами го пополнија прашалникот ($n=98$). Со цел да се избегне потенцијален биас беа забележани тестовите кои беа задавани од трето лице и беа спроведени статистички анализи за разлика во одговорите. Не беше пронајдена статистички значајна разлика помеѓу групите во ниту еден мерен инструмент.

Статистичка анализа на податоците

При дескриптивната анализа ќе се направи споредба меѓу групите, како и негувател/лице на кое му е потребна нега. За да се овозможи генерализација на резултатите и да се избегне пристрасност при дискутирање на наодите како резултат на преголема застапеност на една од групите (карактеристиките), треба да се земе предвид кој дел од популацијата е опфатен, односно дали примерокот е репрезентативен за целата популација на неформални негуватели на лица со деменција и рак. Дел од овие социодемографски податоци често се релевантни во истражувачката литература, како што беше наведено во теоретскиот дел, бидејќи се теоретизира дека личните ресурси како возраста, нивото на едукација, финансискиот статус влијаат врз психолошките исходи од негувателството. Во дел од горенаведените студии часовите поминати во нега и фамилијарниот однос се поврзани со подобри, односно со полоши исходи. Поради таа причина дел од социодемографските варијабли ќе бидат вклучени како контролни варијабли.

За таа цел, прво ќе бидат тестирани разликите во социодемографските фактори за да се утврди дали пропорциите на категориите се еднакви. Овие податоци ни даваат увид во репрезентативноста на примерокот, односно дали дистрибуцијата е во согласност со пошироката популација. На пример поголем дел од популацијата на неформални негуватели се жени, овој примерок го сочинуваат 72.5% жени, што упатува на репрезентативност. Овозможува и подетален увид во тоа кои поткатегории придонесуваат за севкупната разлика, како и увид во потенцијални неочекувани шеми во податоците. Ни дава информација во кој поглед значајно се разликуваат испитаниците што потоа може да доведе до последователни анализи за да се согледа дали има разлики во дистрибуцијата на мерените варијабли. Истовремено ако дискрепанциите укажуваат на некој социодемографски фактор кој не е опфатен во склоп на ова истражување, овозможува наоди за последователни студии кои ги истражуваат подетално овие фактори. Со цел да се утврди дали постојат значајни разлики помеѓу учесниците во склоп на цел примерок, во однос на социодемографските варијабли ќе бидат применети Хи-квадрат за категоријалните варијабли и

еднонасочен тест на анализа на варијанса (ANOVA) за варијаблите со одговори на Ликертова скала.

Понатаму ќе се спроведат прелиминарни анализи со цел да се процени релацијата на секоја од социодемографските варијабли со предикторите и критериумските варијабли. За таа цел ќе се спроведе Пирсонова корелација за да се види дали има мултиколинеарност. Оваа анализа ќе ни овозможи контрола на ефектот на релевантни социодемографски варијабли. Високата мултиколинеарност ($r > 0,8$), би ја отежнала интерпретацијата на резултатите од регресивната анализа бидејќи доведува до статистички незначајни стандардизирани β -коефициенти дури и кога коефициентот на детерминација (R^2) е висок и статистички значаен (Field, 2018; Tabachnick & Fidell, 2013).

За тестирањето на *Хипотеза 1* ќе биде употребена мултипла линеарна хиерархиска регресија со алатката за статистичка анализа SPSS верзија 25. Најпрво ќе биде проверено дали се задоволени претпоставките дека нема мултиколинеарност помеѓу предикторите (факторите на инфлација на варијанса), критериумската варијабла да е линеарно поврзана со предикторите, независност во опсервациите (Дурбин-Вотсон), да има хомоскедастичност, да нема скорови кои се екстремно високи или ниски (Куковата дистанца) и дали резидуалите се нормално дистрибуирани. Доколку се задоволат претпоставките, во првиот блок ќе бидат внесени социодемографските карактеристики (контролна варијабла), во вториот индикаторите на функционална независност (контролна варијабла), и во третиот блок резилиентноста и социјалната поврзаност. За да се заклучи дека моделот има добра предиктивна моќ треба R^2 да е значајно повисоко од 0. За да се прифати хипотезата F тестот треба да покаже дека моделот значајно ја подобрува способноста да се предвиди критериумската варијабла ($p < .05$).

Со цел да се тестира *Хипотеза 2* ќе бидат пресметани модели за мултипла паралелна медијација со макротото PROCESS за SPSS. Ќе се искористи модел број 4. За да се тестира индиректниот ефект ќе се користат 5000 бутстрединг примероци за да се генерираат 95% интервали на сигурност. Исто така за да се овозможи репликабилност ќе се користат истите примероци за сите пресметки. При тестирањето на едниот предиктор ќе се контролира ефектот на другиот предиктор. Земајќи предвид дека моделот го сочинуваат две предикторски

варијабли ќе се спроведат две пресметки за секоја од критериумските варијабли со цел да се утврдат индиректните ефекти. За поголема прегледност сите модели ќе бидат претставени одделно. Коефициентите на регресија ќе бидат нестандардизирани. Доколку интервалите на сигурност и b не изнесуваат о значи дека вистинската големина на ефектот е различна од „отсуство на ефект“ и дека постои медијација. Односно за да се каже дека е пронајден значаен медијациски ефект треба индиректниот ефект да е значаен на ниво $p < .05$.

За тестирањето на *Хипотеза 3* ќе се употреби *t-тест за независни групи* откако ќе се процени дали се задоволени претпоставките за нормалност и хомогеност на варијансата. Варијаблите психолошка добросостојба, психичка вознемиреност, оптовареност на негувателот, социјална поврзаност, резилиентност, обработка на емоции, изразување на емоции и самоефикасност се мерат на интервално ниво. Доколку аритметичката средина на неформалните негуватели на лица со рак е повисока (пониска) од таа на лицата со деменција и е статистички значајна на ниво $p < .05$, ќе се прифати третата хипотеза.

Резултати

Од табела 3 може да се видат резултатите од спроведената анализа на мерките на централна тенденција. Податоците се прикажани за целосниот примерок како и за двете групи негуватели одделно.

Табела 3.

Дескриптивни показатели за мерените варијабли

Варијабла	Примерок	Min	Max	M	SD	Skewness (SE)	Kurtosis (SE)		
Психолошка добросостојба	Вкупно	14	83	44.23	13.10	0.41	0.22	-0.08	0.44
	Деменција	21	83	45.40	14.13	0.51	0.31	-0.51	0.61
	Канцер	14	71	43.07	11.98	0.14	0.31	0.37	0.61
Психичка вознемиреност	Вкупно	35	138	76.39	22.86	0.48	0.22	-0.32	0.44
	Деменција	35	130	74.32	23.27	0.37	0.31	-0.61	0.61
	Канцер	38	138	78.47	22.44	0.64	0.31	-0.01	0.61
Психичка оптовареност	Вкупно	0	44	18.64	10.52	0.22	0.22	-0.74	0.44
	Деменција	0	40	18.80	11.56	0.09	0.31	-1.03	0.61
	Канцер	1	44	18.48	9.48	0.41	0.31	-0.32	0.61
Резилиентност	Вкупно	1	4.83	2.72	0.81	0.14	0.22	-0.21	0.44
	Деменција	1.33	4.83	2.96	0.79	0.14	0.31	-0.18	0.61
	Канцер	1	4.17	2.49	0.77	0.15	0.31	-0.21	0.61
Социјална поврзаност	Вкупно	28	79	59.93	12.21	-0.66	0.22	-0.21	0.44
	Деменција	32	78	59.97	11.43	-0.38	0.31	-0.64	0.61
	Канцер	28	79	59.88	13.04	-0.86	0.31	0.03	0.61
Изразување на емоции	Вкупно	8	32	18.17	5.86	0.02	0.22	-0.53	0.44
	Деменција	8	32	18.88	6.00	0.18	0.31	-0.40	0.61
	Канцер	8	29	17.45	5.69	-0.22	0.31	-0.92	0.61
Обработка на емоции	Вкупно	8	32	18.78	6.29	-0.07	0.22	-0.76	0.44
	Деменција	8	32	19.07	6.71	0.02	0.31	-1.00	0.61
	Канцер	8	31	18.48	5.89	-0.24	0.31	-0.47	0.61
Самоефикасност	Вкупно	11	40	30.04	6.86	-0.60	0.22	-0.01	0.44
	Деменција	12	40	29.77	6.89	-0.59	0.31	0.10	0.61
	Канцер	11	40	30.32	6.88	-0.64	0.31	0.00	0.61
ОАС	Вкупно	0	6	2.59	2.32	0.27	0.22	-1.48	0.44
	Деменција	0	6	3.13	2.45	0.12	0.31	-1.68	0.61
	Канцер	0	6	2.05	2.05	0.66	0.31	-0.82	0.61
ИАС	Вкупно	0	8	2.92	2.35	0.47	0.22	-0.97	0.44
	Деменција	0	8	2.58	2.11	0.44	0.31	-0.63	0.61
	Канцер	0	8	3.25	2.54	0.38	0.31	-1.35	0.61

Од горенаведената табела може да се забележи дека за целиот примерок има поголема дисперзија на скоровите од критериумските варијабли. Тоа може да се согледа од големината на стандардните отстапувања како и од најнискиот и највисокиот скор за секоја варијабла. Најголемо стандардно отстапување се забележува кај варијаблата психичка вознемиреност кај неформалните негуватели на лица со деменција ($SD=23.27$), а најмало кај варијаблата резилиентност кај негувателите на лица со канцер ($SD=0.77$). Варијациите во скоровите се очекувани поради големиот теоретски опсег (разликите во бројот на тврдења како и во скалите на понудени одговори).

Кај целокупниот примерок може да се согледа умерена асиметрија во позитивна насока кај инструменталните активности во секојдневието (ИАС), психолошка добросостојба, психичка вознемиреност и во негативна насока кај варијаблите социјална поврзаност, самоефикасност и независноста во извршувањето на основните активности во секојдневието (ОАС). Може да се согледа поголема асиметрија кај негувателите на лица со канцер што упатува на тенденција кон повисоки/пониски скорови.

Во однос на вертикалната асиметрија кај примерокот, ИАС се на граница на платокуртичност. Во степенот на ИАС кај неформалните негуватели на лица со канцер има платокуртичност како и кај негувателите на лица со деменција во степенот на користење на обработка на емоциите во справувањето, ОАС и нивото на психичка оптовареност.

Кога станува збор за средните вредности, генерално, неформалните негуватели имаат пониско ниво на позитивни состојби на *ментално здравје*, но и на негативните состојби. Од табела 3 можеме да согледаме дека има разлики во скјунесот и едната од групите има повисок скјунес од другата. Во однос на групите, негувателите на лица со деменција имаат малку повисоки нивоа на позитивни состојби, односно психолошка добросостојба, додека негувателите на лица кои боледуваат од рак имаат повисоки нивоа на негативни состојби, односно психичка вознемиреност. Екстремните случаи не се многу чести ниту пак многу ретки. Нормално се дистрибуирани скоровите во однос на примерокот и има варијации во нивоата. Исто така негувателите на лица со деменција се поуниформни во нивотоа на психичка вознемиреност и психолошка добросостојба.

Овие наоди упатуваат на умерено чувство на *психичка оптовареност* на примерокот со тенденција кон скорови со пониско ниво. Може да се согледа поголема униформност во нивото кај негувателите на лица со деменција, односно има помала фреквенција на отстапувања.

Генерално примерокот има пониска *резилиентност*, со тенденција кон просечно ниво на резилиентност кај неформалните негуватели на лица со деменција, според Смит и соработниците (Smith et al., 2008). Фреквенцијата на отстапувањата не е многу честа, ниту пак многу ретка и скоровите нормално се дистрибуирани.

Наодите укажуваат на средно ниво на чувство на *социјална поврзаност*, со тенденција кон повисоки скорови. Фреквенцијата на отстапувањата не се многу честа, ниту пак многу ретка и скоровите нормално се дистрибуирани.

Во примерокот помалку е истакнато *справувањето со приближување* кон емоциите, на двете супскали изразување и обработка на емоциите. Неформалните негуватели на лица со деменција имаат тенденција помалку да ги обработуваат и изразат емоциите, додека негувателите на лица со канцер повеќе. Исто така негувателите на лица со деменција се поуниформни во нивото на обработка на емоциите, односно има помала фреквенција на отстапувања, а негувателите на лица кои боледуваат од рак се поуниформни во нивоата на изразување на емоции.

Генерално примерокот има повисоко ниво на *самоефикасност* и двете групи на негуватели имаат тенденција на повисоки скорови на оваа скала. Фреквенцијата на отстапувањата не е многу честа ниту пак многу ретка. Нормално се дистрибуирани скоровите и има варијации во нивото на самоефикасност во примерокот.

Во однос на *инструменталните активности во секојдневието* и *независноста во извршувањето на основните активности во секојдневието*, може да се согледа поголема униформност, односно има помала фреквенција на отстапувања. Лицата на кои им е потребна нега имаат среден скор во однос на независноста и функционалноста. Лицата кои боледуваат од канцер имаат повисок степен на зависност (ОАС), додека лицата со деменција имаат малку поголема тенденција кон пониска функционалност (ИАС).

Од табела 4 може да согледаме дека нема мултиколинеарност помеѓу предикторите мерени на интервално ниво и критериумските варијабли.

Варијаблиите часови грижа, фамилијарен однос со лицето на кое му е потребна нега, припаѓањето на групата примарен негувател (примарното негувателство) и делењето обврски со друго лице корелираат (со опсег 0.18-0.28) со критериумските варијабли и предикторите на ниво на значајност $p < 0.01$ (табела 5). За подетално да се проценат часовите поминати во грижа и фамилијарниот однос беа спроведени и постхок тестови.³ Варијаблиите часови поминати во грижа и фамилијарниот однос беа додадени како релевантни варијабли во тестирањето на првата и на втората хипотеза.⁴ За таа цел беа рекодирани во бинарни варијабли. Категориите повеќе од 12 часа грижа, не дели обврски со некој друг, не е примарен негувател и припадник на пошироко семејство претставуваат референтни групи.

³ Беше спроведен Хокберговиот GT2 (Hochberg's GT2 (Field, 2018)) постхок тест бидејќи постојат поголеми разлики во бројот на учесници кои припаѓаат во супкатегиите (табела 1). Резултатите се достапни на следниот линк: <https://github.com/eleonora6/EDA-Informal-caregivers/blob/d460d2d8cadce9a84301f5b6fc038de3b3fbb8/Hochbergs%20GT2.spv>

⁴ Утврдени се статистички значајни разлики во средната вредност на дистрибуцијата на предикторите и критериумските варијабли помеѓу категориите: брачен партнер и пошироко семејство; ќерка/син и пошироко семејство; како и помеѓу групите 1-4 часа и повеќе од 12 часа; 1-4 и 5-8 часа.

Табела 4. Матрица на корелации меѓу предикторите мерени на интервално ниво и критериумските варијабли

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Резилиентност													
2	Социјална поврзаност	.47**												
3	Самоефикасност	.49**	.57**											
4	Изразување на емоции	.31**	.35**	.52**										
5	Обработка на емоции	.35**	.36**	.55**	.78**									
6	Психолошка добросостојба	.50**	.68**	.61**	.45**	.47**								
7	Психичка вознемиреност	-.52**	-.70**	-.62**	-.38**	-.39**	-.81**							
8	Психичка оптовареност	-.35**	-.41**	-.36**	-.23*	-.19*	-.50**	.49**						
9	Стадиум на болеста	.12	.09	.1	0	-.06	-.05	-.05	-.18					
10	ИАС	.03	.14	.16	.11	.04	.06	-.04	-.28**	.21				
11	ОАС	.23*	.32**	.23*	.21*	.12	.26**	-.25**	-.1	-.2	.38**			
12	Возраст на негувателот	-.05	-.04	-.22*	-.16	-.21*	-.12	.04	.19*	-.12	-.35**	.07		
13	Месеци грижа	-.15	-.11	-.29**	-.16	-.13	-.12	.11	.21*	-.18	-.14	-.15	.25**	
14	Возраст на пациентот	.04	.02	-.14	0	.05	.13	-.12	-.02	-.03	-.13	.02	.32**	.24**

Забелешка. $N=120$ (Освен за стадиум на рак- $N=60$).

* $p < .05$; ** $p < .01$

Табела 5.

Поинт-бисериска корелација меѓу дихотомните варијабли и критериумските варијабли

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Несамостојно одговарање на инструментите												
2	Онлајн/физички прашалник	-.37**											
3	Деменција/Канцер	-.30**	.17										
4	Место на живеење	.22*	-.38**	-.35**									
5	Примарен негувател	.08	-.12	-.07	.27**								
6	Дели обврски	-.03	.12	-.02	-.30**	-.43**							
7	Негувател прележал КОВИД	.04	.06	-.05	-.05	-.14	.16						
8	Пациент прележал КОВИД	.11	-.1	-.19*	.17	.01	.01	.49**					
9	Резилиентност	.09	-.08	-.29**	.28**	.18*	-.18*	-.08	.12				
10	Социјална поврзаност	-.07	-.03	0	.15	.08	-.16	-.20*	-.07	.47**			
11	Психолошка добросостојба	.12	-.07	-.09	.22*	.24**	-.24**	-.15	.12	.50**	.68**		
12	Психичка вознемиреност	.01	.05	.09	-.18	-.20*	.18*	.04	-.19*	-.52**	-.70**	-.81**	
13	Психичка оптовареност	-.09	.23*	-.02	-.20*	-.28**	.23*	.07	-.05	-.35**	-.40**	-.50**	.48**

Забелешка. Несамостојно одговарање на инструментите, Примарен негувател, Дели обврски, Негувател прележал КОВИД, Пациент прележал КОВИД, 1= да и 0= не; Онлајн/физички прашалник, 1=физички и 0=онлајн; Деменција/Канцер, 1= деменција и 0 = канцер; Место на живеење, 1 = во истата куќа/стан како и примателот на неа и 0 = во различна куќа/стан како и примателот на неа.

*N=120. *p < .05; **p < .01.*

Тестирање на Хипотеза 1

Во овој дел се прикажани добиените резултати по направената статистичка анализа во функција на тестирање на хипотеза 1. Врз основа на анализа на претпоставките, беа задоволени критериумите за спроведување на мултипла линеарна хиерархиска регресија. Препоставките беа тестирани посебно за секоја критериумска варијабла. Најпрво беше спроведена мултипла линеарна хиерархиска регресија за критериумската варијабла психолошка добросостојба (табела 6). Во првиот блок беа внесени демографските корелати часови грижа, однос со лицето на кое му е потребна нега, дали се примарен негувател и дали делат негувателски обврски со некој друг.

Првиот модел е статистички значаен ($F(10, 109) = 4.148, p < .001$) и објаснува 28% од варијансата во добросостојбата. Контролните варијабли: часови грижа, статус на примарен негувател и делењето обврски не се значајни предиктори за нивото на добросостојба, додека фамилијарниот однос на негувателот претставува значаен предиктор. Со додавањето на варијаблите основни активности на секојдневно живеење и инструментални активности во вториот блок, предиктивната моќ на моделот се зголеми за 4% ($F(2, 107) = 3.431, p < .05$). Инструменталните активности на секојдневно живеење не се статистички значајни предиктори, додека основните активностите на секојдневно живеење имаат значаен придонес за добросостојбата.

Во третиот блок беа внесени предикторите резилентност и социјална поврзаност, со што овој модел е статистички значаен ($F(2, 105) = 34.714, p < .001$) и самостојно објаснува 27% од варијансата во нивото на добросостојба, при контрола на варијаблите од претходните два блока. Социјалната поврзаност ($\beta = 0.52, p < .001$) има повисок придонес од резилентноста ($\beta = 0.16, p < .05$). Треба да се спомене дека во последниот блок активностите на секојдневно живеење ја изгубија статистичката значајност, што не значи дека не се важен предиктор во крајниот модел. Резилентноста и социјалната поврзаност може да ја објаснат варијансата што претходно ѝ се припишуваше на ОАС намалувајќи го нивниот единствен придонес во моделот. Статусот брачен партнер, родител, ќерка/син имаат статистички значајни придонеси во последниот блок.

Табела 6.

Наоди од спроведената мултипла линеарна хиерархиска регресивна анализа за критериумската варијабла психолошка добросостојба

		B	SE B	β	95% CI		R ²	ΔR ²
					LL	UL		
Блок 1							0.28	0.28***
	Константа	52.87	4.76		43.44	62.3		
	1-4 грижа	4.71	2.88	0.18	-0.99	10.41		
	5-8 грижа	-1.95	3.24	-0.06	-8.36	4.47		
	9-12 грижа	4.69	3.94	0.11	-3.12	12.49		
	брачен партнер	-17.15	4.14	-0.61***	-25.35	-8.94		
	родител	-15.52	6.37	-0.24**	-28.14	-2.9		
	ќерка/син	-13.08	3.66	-0.50**	-20.34	-5.82		
	сестра/брат	-13.05	6.73	-0.18	-26.39	0.3		
	внук/а	-8.18	4.92	-0.17	-17.94	1.57		
	Примарен негувател	-0.52	2.73	-0.02	-5.93	4.9		
	Дели обврски	3.8	2.59	0.14	-1.33	8.94		
Блок 2							0.32	0.04*
	Константа	50.89	4.77		41.44	60.33		
	1-4 грижа	3.6	3.12	0.14	-2.56	9.76		
	5-8 грижа	-3.44	3.25	-0.11	-9.88	3		
	9-12 грижа	3.33	3.91	0.08	-4.42	11.08		
	брачен партнер	-16.51	4.06	-0.58***	-24.55	-8.46		
	родител	-12.44	6.35	-0.19	-25.03	0.16		
	ќерка/син	-11.11	3.66	-0.42**	-18.37	-3.85		
	сестра/брат	-12.06	6.6	-0.17*	-25.16	1.03		
	внук/а	-6.56	4.86	-0.14	-16.2	3.08		
	Примарен негувател	-0.46	2.69	-0.02	-5.78	4.87		
	Дели обврски	4.08	2.54	0.15	-0.96	9.11		
	ОАС	1.32	0.52	0.23*	0.29	2.36		
	ИАС	-0.72	0.52	-0.13	-1.75	0.3		
Блок 3							0.59	0.27***
	Константа	12.3	5.98		0.44	24.16		
	1-4 грижа	0.33	2.52	0.01	-4.68	5.33		
	5-8 грижа	-1.67	2.55	-0.05	-6.73	3.4		
	9-12 грижа	1.15	3.11	0.03	-5.01	7.32		
	брачен партнер	-10.73	3.28	-0.38**	-17.22	-4.24		
	родител	-12.42	4.99	-0.19*	-22.31	-2.53		
	ќерка/син	-7.21	2.93	-0.27*	-13.02	-1.4		
	сестра/брат	-10.01	5.19	-0.14	-20.3	0.28		
	внук/а	-4.39	3.82	-0.09	-11.96	3.18		
	Примарен негувател	-1.46	2.13	-0.05	-5.67	2.75		
	Дели обврски	1.58	2.01	0.06	-2.41	5.57		
	ОАС	0.26	0.43	0.05	-0.59	1.11		
	ИАС	-0.39	0.41	-0.07	-1.19	0.42		
	Резилиентност	2.55	1.23	0.16*	0.11	4.99		
	Социјална поврзаност	0.55	0.09	0.52***	0.38	0.72		

Забелешка. CI= интервали на сигурност; LL= долна граница; UL= горна граница;

*p < .05; **p < .01; ***p < .001.

Следно беше спроведена мултипла хиерархиска регресија за критериумската варијабла психичка вознемиреност (табела 7). Во првиот блок беа внесени демографските корелати часови грижа, однос со лицето на кое му е потребна нега, статусот примарен негувател и делењето негувателски обврски со некој друг. Првиот модел е статистички значаен ($F(10, 109) = 2.739, p < .01$) и објаснува 20% од варијансата во вознемиреноста. Контролните варијабли: 5-8, и 9-12 часови грижа, врската родител, сестра/брат, внук/а, статус на примарен негувател, делењето обврски со друго лице не се значајни предиктори за нивото на вознемиреност, додека 1-4 часови грижа, фамилијарниот статус брачен партнер и ќерка/син на негувателот претставуваат значајни предиктори.

Со додавањето на варијаблите основни активности во секојдневно живеење и инструментални активности во вториот блок, предиктивната моќ на моделот се зголеми за 5% ($F(2, 107) = 3.319, p < .05$). Инструменталните активности на секојдневно живеење не се статистички значајни предиктори, додека основните активностите во секојдневно живеење имаат значаен придонес за вознемиреноста.

Во третиот блок беа внесени предикторите резилентност и социјална поврзаност, со што овој модел е статистички значаен ($F(2, 105) = 40.869, p < .001$) и самостојно објаснува 33% од варијансата во нивото на вознемиреност, при контрола на останатите варијабли. Социјалната поврзаност ($\beta = -0.55, p < .001$) има повисок придонес од резилентноста ($\beta = -0.20, p < .01$). Треба да се спомене дека во последниот блок активностите на секојдневно живеење и фамилијарниот статус ја изгубија статистичката значајност.

Табела 7.

Наоди од спроведената мултипла линеарна хиерархиска регресивна анализа за критериумската варијабла психичка вознемиреност

		B	SE B	β	95 % CI		R²	ΔR²
					LL	UL		
Блок 1							0.20	0.20**
	Константа	67.11	8.72		49.83	84.4		
	1-4 грижа	-12.59	5.27	-0.27*	-23.04	-2.14		
	5-8 грижа	-1.31	5.93	-0.02	-13.06	10.45		
	9-12 грижа	-4.72	7.22	-0.06	-19.02	9.58		
	брачен партнер	20.69	7.59	0.42**	5.66	35.73		
	родител	10.64	11.67	0.09	-12.5	33.78		
	ќерка/син	18.13	6.71	0.39**	4.82	31.43		
	сестра/брат	8.16	12.34	0.06	-16.3	32.62		
	внук/а	15.13	9.02	0.18	-2.76	33.01		
	Примарен негувател	1.85	5.01	0.04	-8.08	11.77		
	Дели обврски	-3.79	4.75	-0.08	-13.2	5.63		
Блок 2							0.25	0.05*
	Константа	70.12	8.74		52.79	87.46		
	1-4 грижа	-11.56	5.7	-0.25*	-22.87	-0.25		
	5-8 грижа	1.01	5.96	0.02	-10.81	12.83		
	9-12 грижа	-2.64	7.17	-0.04	-16.86	11.58		
	брачен партнер	19.45	7.45	0.4**	4.69	34.22		
	родител	5.43	11.66	0.05	-17.67	28.54		
	ќерка/син	14.64	6.72	0.32*	1.32	27.96		
	сестра/брат	6.21	12.12	0.05	-17.81	30.23		
	внук/а	12.03	8.92	0.15	-5.66	29.72		
	Примарен негувател	1.54	4.93	0.03	-8.24	11.31		
	Дели обврски	-4.34	4.66	-0.09	-13.57	4.89		
	ОАС	-2.26	0.96	-0.23**	-4.16	-0.36		
	ИАС	1.62	0.94	0.17	-0.26	3.49		
Блок 3							0.58	0.33***
	Константа	144.73	10.61		123.701	165.76		
	1-4 грижа	-5.64	4.48	-0.12	-14.51	3.24		
	5-8 грижа	-2.41	4.53	-0.04	-11.39	6.57		
	9-12 грижа	1.23	5.51	0.02	-9.7	12.15		
	брачен партнер	8.08	5.81	0.16	-3.44	19.6		
	родител	5.17	8.84	0.05	-12.36	22.71		
	ќерка/син	6.89	5.19	0.15	-3.41	17.18		
	сестра/брат	2.52	9.21	0.02	-15.73	20.77		
	внук/а	7.87	6.77	0.1	-5.54	21.3		
	Примарен негувател	3.28	3.77	0.07	-4.19	10.75		
	Дели обврски	0.48	3.57	0.01	-6.59	7.55		
	ОАС	-0.2	0.76	-0.02	-1.7	1.31		
	ИАС	0.97	0.72	0.1	-0.46	2.39		
	Резилиентност	-5.74	2.18	-0.20**	-10.07	-1.41		
	Социјална поврзаност	-1.03	0.15	-0.55***	-1.33	-0.72		

Забелешка. CI = интервали на сигурност; LL = долна граница; UL = горна граница;

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Со цел да се истражи последниот сет односи беше спроведена мултипла хиерархиска регресија за критериумската варијабла психичка оптовареност (табела 8).

Во првиот блок беа внесени демографските корелати часови грижа, однос со лицето на кое му е потребна нега, статусот примарен негувател и делењето негувателски обврски со некој друг. Првиот модел е статистички значаен ($F(10, 109) = 4.036, p < .001$) и објаснува 27% од варијансата во оптовареноста. Контролните варијабли: 5-8 и 9-12 часови грижа, врската сестра/брат, внук/а, статус на примарен негувател, делењето обврски со друго лице не се значајни предиктори за нивото на вознемиреност, додека 1-4 часови грижа (во однос на повеќе од 12 часа), фамилијарниот однос родител (во однос на пошироко семејство) и ќерка/син (во однос на пошироко семејство) претставуваат значаен предиктор.

Со додавањето на варијаблите основни активности во секојдневно живеење и инструментални активности во вториот блок, предиктивната моќ на моделот се зголеми за 3% ($F(2, 107) = 2.122, p > .05$). Во овој блок моделот не е статистички значаен. Активностите во секојдневно живеење и инструменталните активности на секојдневно живеење не се статистички значајни предиктори за психичката оптовареност. Исто така во овој блок придонесот на 1-4 часови грижа останува значаен, како и на статусот родител и ќерка/син.

Во третиот блок беа внесени предикторите резилентност и социјална поврзаност, со што овој модел е статистички значаен ($F(2, 105) = 9.202, p < .001$) и самостојно објаснува 11% од варијансата во нивото на оптовареноста, при контрола на останатите варијабли. Во последниот блок фамилијарниот статус ќерка/син ја изгуби статистичката значајност. Притоа 1-4 грижа, статусот родител, инструменталните активности во секојдневно живеење имаат значајни придонеси, како и активностите на секојдневно живеење. Покрај тоа, придонесот на предикторот резилентност ($\beta = -0.21, p < .05$) е поголем во однос на психичката оптовареност наспроти психолошката добросостојба ($\beta = 0.16, p < .05$) и психичката вознемиреност ($\beta = -0.20, p < .01$). Од друга страна, придонесот на социјалната поврзаност ($\beta = 0.23, p < .05$) е помал во однос на психичката оптовареност наспроти психолошката добросостојба ($\beta = 0.52, p < .001$) и психичката вознемиреност ($\beta = -0.55, p < .001$).

Резилиентноста и социјалната поврзаност објаснуваат тројно помала варијанса кај овој исход наспроти другите два. Исто така, може да се согледа дека резилиентноста наспроти социјалната поврзаност е конзистентно послаб предиктор на мерените исходи.

Табела 8.

Наоди од спроведената мултипла линеарна хиерархиска регресивна анализа за критериумската варијабла психичка оптовареност

	B	SE B	β	95 % CI		R ²	ΔR^2
				LL	UL		
Блок 1						0.27	0.27***
Константа	16.9	3.84		9.3	24.51		
1-4 грижа	-8.23	2.32	-0.38***	-12.82	-3.63		
5-8 грижа	-1.89	2.61	-0.07	-7.06	3.28		
9-12 грижа	-3.52	3.18	-0.1	-9.81	2.78		
брачен партнер	6.53	3.34	0.29	-0.09	13.144		
родител	10.69	5.14	0.20*	0.51	20.87		
ќерка/син	6.69	2.95	0.32*	0.84	12.55		
сестра/брат	3.87	5.43	0.07	-6.89	14.64		
внук/а	2.54	3.97	0.07	-5.33	10.41		
Примарен негувател	2.02	2.2	0.09	-2.35	6.38		
Дели обврски	-2.13	2.09	-0.1	-6.28	2.01		
Блок 2						0.30	0.03
Константа	16.64	3.89		8.93	24.35		
1-4 грижа	-7.46	2.54	-0.35**	-12.48	-2.43		
5-8 грижа	-2.15	2.65	-0.08	-7.4	3.11		
9-12 грижа	-3.73	3.19	-0.11	-10.06	2.59		
брачен партнер	6.99	3.31	0.31*	0.42	13.56		
родител	11.83	5.18	0.23*	1.55	22.1		
ќерка/син	7.65	2.99	0.36*	1.72	13.57		
сестра/брат	4.64	5.39	0.08	-6.04	15.33		
внук/а	3.64	3.97	0.1	-4.22	11.51		
Примарен негувател	2.33	2.19	0.1	-2.02	6.68		
Дели обврски	-1.91	2.07	-0.09	-6.01	2.2		
ОАС	0.52	0.43	0.11	-0.32	1.38		
ИАС	-0.82	0.42	-0.18	-1.65	0.01		
Блок 3						0.40	0.11***
Константа	35.81	5.8		24.31	47.31		
1-4 грижа	-6.56	2.45	-0.31**	-11.42	-1.71		
5-8 грижа	-3.02	2.48	-0.12	-7.93	1.89		
9-12 грижа	-3.27	3.01	-0.1	-9.24	2.71		
брачен партнер	3.77	3.18	0.17	-2.53	10.07		
родител	11.42	4.84	0.22*	1.83	21.01		
ќерка/син	5.34	2.84	0.25	-0.3	10.97		
сестра/брат	4.12	5.04	0.07	-5.87	14.11		
внук/а	2.63	3.7	0.07	-4.71	9.98		
Примарен негувател	2.48	2.06	0.11	-1.61	6.57		

(продолжува)

Табела 8. (продолжение)

	B	SE B	β	95 % CI		R ²	ΔR^2
				LL	UL		
Дели обврски	-0.67	1.95	-0.03	-4.54	3.2		
ОАС	1.06	0.42	0.23*	0.23	1.88		
ИАС	-0.99	0.39	-0.22*	-1.77	-0.21		
Резилиентност	-2.7	1.2	-0.21*	-5.07	-0.33		
Социјална поврзаност	-0.2	0.08	-0.23*	-0.36	-0.03		

Забелешка. CI = интервали на сигурност; LL = долна граница; UL = горна граница;

* $p < .05$, ** $p < .01$; *** $p < .001$.

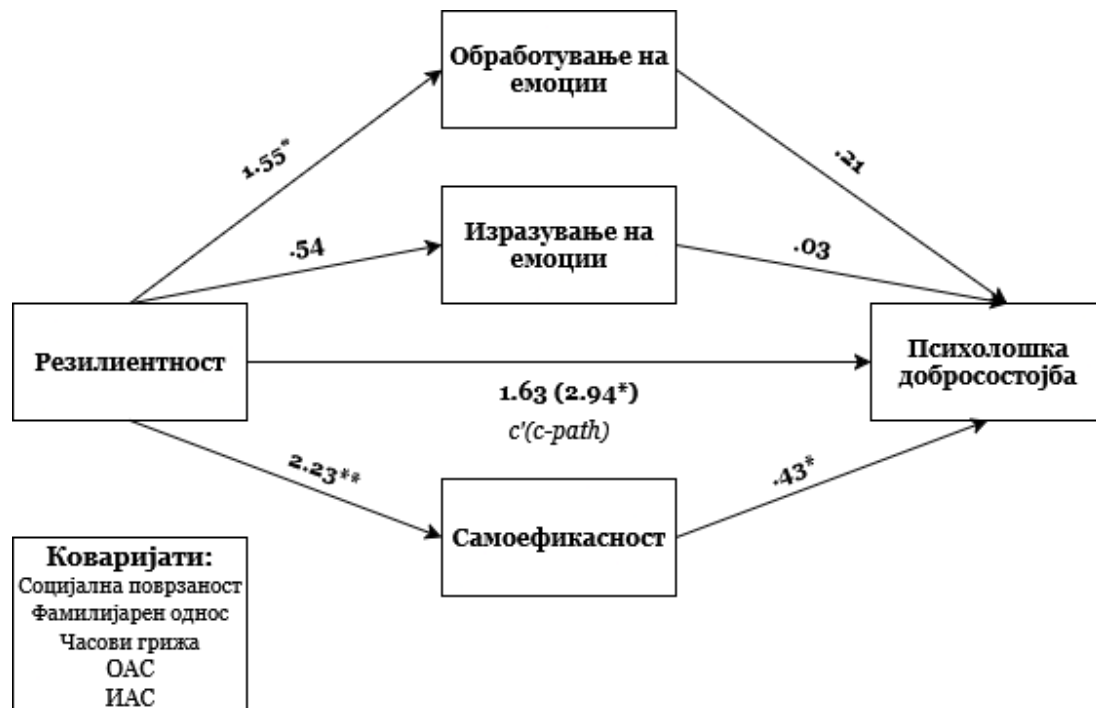
Тестирање на Хипотеза 2

Со цел да се тестира втората хипотеза беа пресметани модели за мултипла паралелна медијација. Поради тоа што фамилијарниот однос, часовите грижа, ОАС, ИАС се покажаа како статистички значајни предиктори на исходите при тестирањето на првата хипотеза, нивниот ефект беше контролиран и во медијациските модели.

При тестирање на првиот модел се појави сингуларност поради разликите во бројот на учесници во групите (откако ќе се подели на подгрупите, на пр.брачен партнер, родител...) и заедно со бутстрепинг програмата не ги пресмета сите исходи. Препорака на авторот Хејс⁵ е да се исклучат од моделот варијаблите кои имаат мал број на случаи во некоја од категориите. Поради таа причина од предиктивниот модел беа исклучени коваријатите внук/а, сестра/брат и родител.

Во мултиплата паралелна медијација резилиентноста индиректно е поврзана со психолошката добросостојба на негувателите преку самоефикасноста контролирајќи го притоа ефектот на коваријатите. Како што може да се види од слика 2 и Прилог Б1 негувателите кои имале повисоки нивоа на резилиентност пријавиле повисоки нивоа на самоефикасност ($a_3=2.23$), а негувателите кои имале повисоки нивоа на самоефикасност пријавиле повисоки нивоа на психолошка добросостојба ($b_3=0.43$). Бутстреп интервалот на сигурност за индиректниот ефект ($a_3b_3=0.965$) базиран на 5000 бутстреп примероци е целосно над 0 (0.023 до 2.243).

⁵ <http://processmacro.org/faq.html>



Слика 2. Статистички дијаграм за мултипла паралелна медијација за резилиентност и психолошка добросостојба

Бидејќи индиректниот ефект на резилиентноста преку обработувањето на емоциите ($a1b1=0.324$) и преку изразувањето на емоциите ($a2b2=0.016$) содржи 0 во бутстреп интервалите на сигурност (-0.346 до 1.313; -0.392 до 0.594), не можеме дефинитивно да заклучиме дека справувањето со приближување кон емоциите има улога на медијатор.

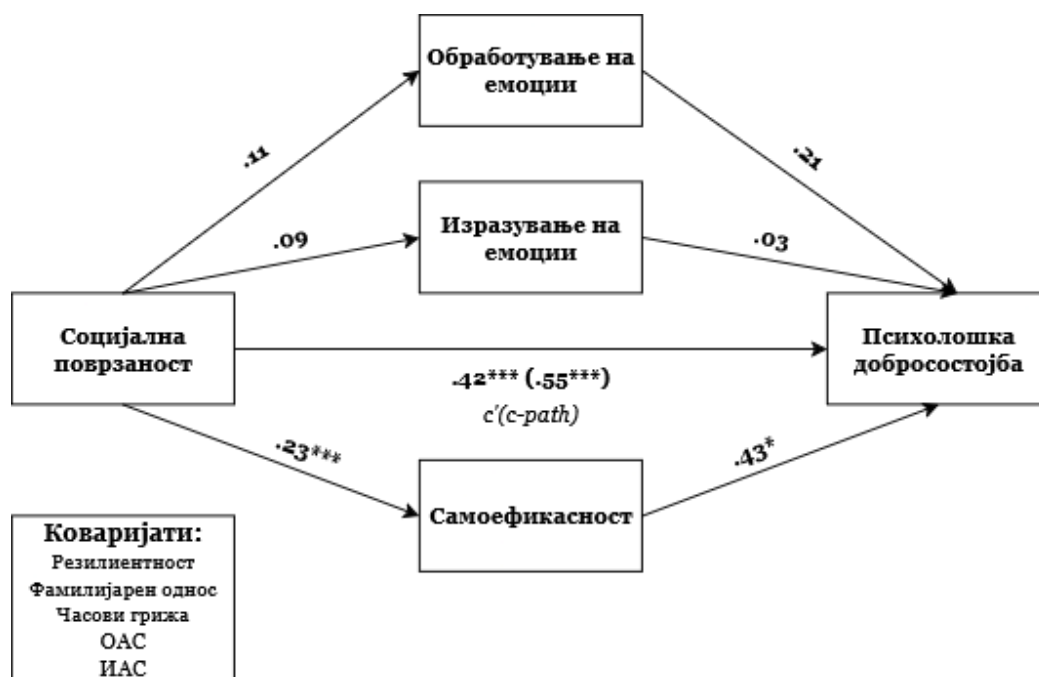
Овој модел објаснува 60% од варијансата во психолошката добросостојба.

Фамилијарниот однос партнер се покажа како статистички значаен коваријат на добросостојбата и справувањето со приближување кон емоциите, но не беше значаен за самоефикасноста. Исто така грижата 5-8 и 9-12 часа, како и фамилијарните односи ќерка/син и партнер беа значајни коваријати на изразувањето на емоциите, односно негувателите кои припаѓаат на овие групи помалку ги изразуваат нивните емоции во однос на негувателите од поширокото семејство како и тие што се грижат повеќе од 12 часа дневно.

Во мултиплата паралелна медијација социјалната поврзаност индиректно е поврзана со психолошката добросостојба на негувателите преку самоефикасноста контролирајќи го ефектот на коваријатите. Како што може да се види од слика 3 и Прилог Б2 негувателите кои имале повисоки нивоа на социјална поврзаност пријавиле повисоки нивоа на самоефикасност ($a_3=0.233$), а негувателите кои имале повисоки нивоа на самоефикасност пријавиле повисоки нивоа на психолошка добросостојба ($b_3=0.433$). Бутстреп интервалот на сигурност за индиректниот ефект ($a_3b_3=0.101$) базиран на 5000 бутстреп примероци е целосно над 0 (0.02 до 0.202).

Бидејќи индиректниот ефект на социјалната поврзаност преку обработувањето на емоциите ($a_1b_1=0.022$) и изразувањето на емоциите ($a_2b_2=0.003$) содржи 0 во бутстреп интервалите на сигурност (-0.022 до 0.92; -0.056 до 0.057), не можеме дефинитивно да заклучиме дека справувањето со приближување кон емоциите има улога на медијатор.

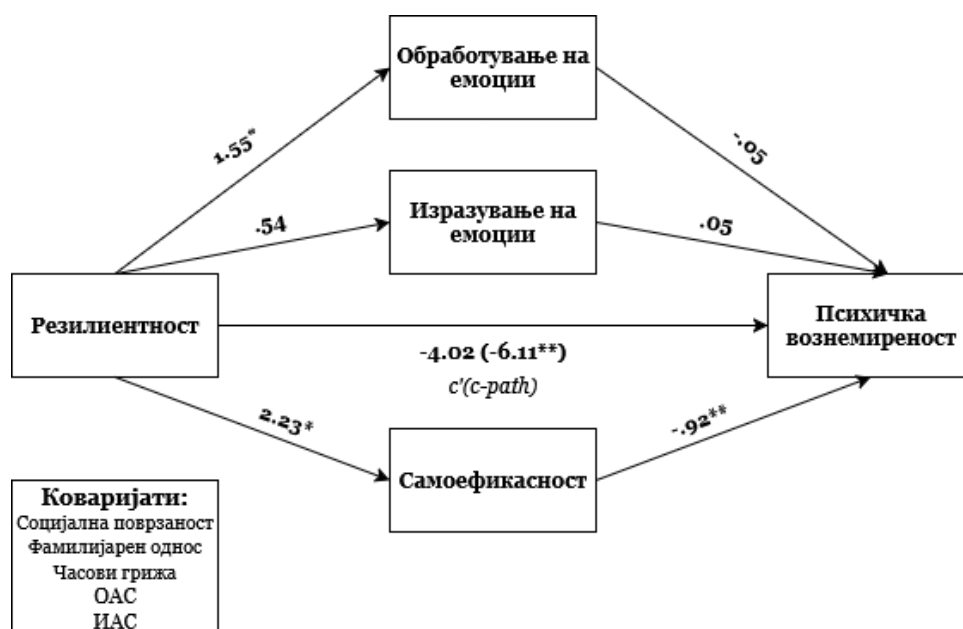
Овој модел објаснува 60% од варијансата во психолошката добросостојба.



Слика 3. Статистички дијаграм за мултипла паралелна медијација за социјална поврзаност и психолошка добросостојба

Фамилијарниот однос партнер се покажа како статистички значаен коваријат на справувањето со приближување кон емоциите. Повторно не беше значаен за самоефикасноста и е на граница на значајност за добросостојбата ($p=0.05$). Исто така грижата 5-8 и 9-12 часа, како и фамилијарните односи ќерка/син и партнер беа значајни коваријати на изразувањето на емоциите.

Резилиентноста е поврзана со психичката вознемиреност на негувателите преку самоефикасноста. Како што може да се види од слика 4 и Прилог Б3 негувателите кои имале повисоки нивоа на резилиентност пријавиле повисоки нивоа на самоефикасност ($a3=2.23$) и негувателите кои имале повисоки нивоа на самоефикасност пријавиле пониски нивоа на психичка вознемиреност ($b3=-0.917$). Бутстреп интервалот на сигурност за индиректниот ефект ($a3b3=-2.046$) базиран на 5000 бутстреп примероци е целосно под 0 (-4.152 до -0.172). Од друга страна, бидејќи индиректниот ефект на резилиентноста преку обработувањето на емоциите ($a1b1=-0.074$) и изразувањето на емоциите ($a2b2=0.025$) содржи 0 во бутстреп интервалите на сигурност (-1.509 до 1.629; -0.805 до 0.868), не можеме дефинитивно да заклучиме дека справувањето со приближување кон емоциите има значаен медијациски ефект. Овој модел објаснува 61% од варијансата во психичката вознемиреност.

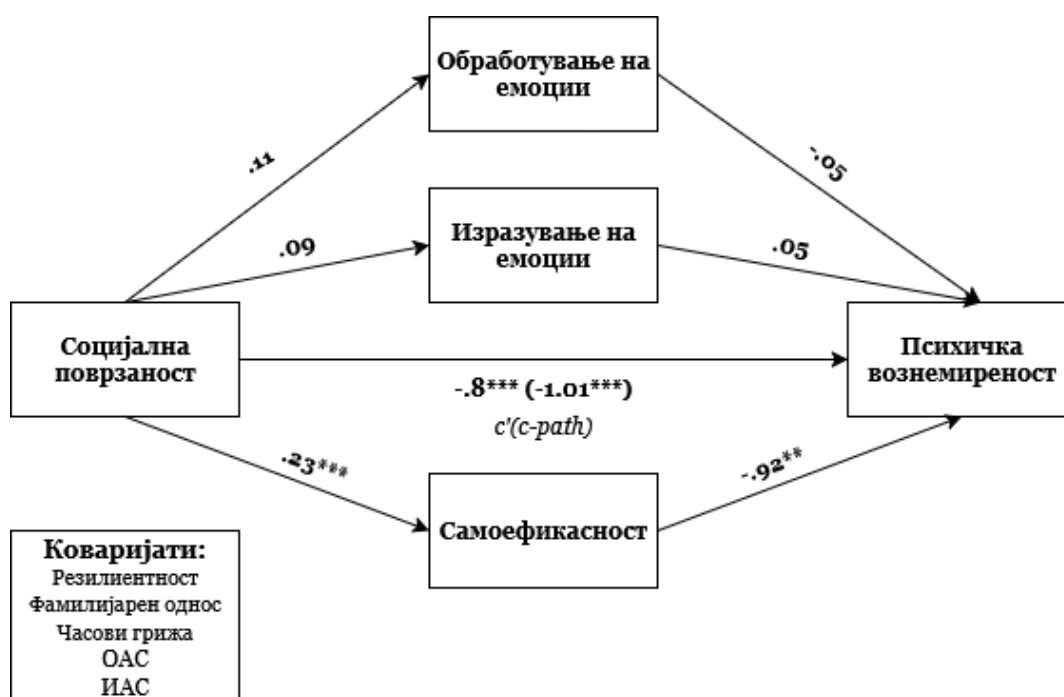


Слика 4. Статистички дијаграм за мултипла паралелна медијација за резилиентност и психичка вознемиреност.

Во однос на коваријатите поврзани со критериумската варијабла, независноста на пациентот во инструменталните активности на секојдневно живеење има статистички значаен ефект врз психичката вознемиреност.

Социјалната поврзаност ја предвидува психичката вознемиреност на негувателите преку самоефикасноста. Како што може да се види од слика 5 и Прилог Б4 негувателите кои имале повисоки нивоа на социјална поврзаност пријавиле повисоки нивоа на самоефикасност ($a_3=0.233$) и негувателите кои имале повисоки нивоа на самоефикасност пријавиле пониски нивоа на психичка вознемиреност ($b_3=-0.917$).

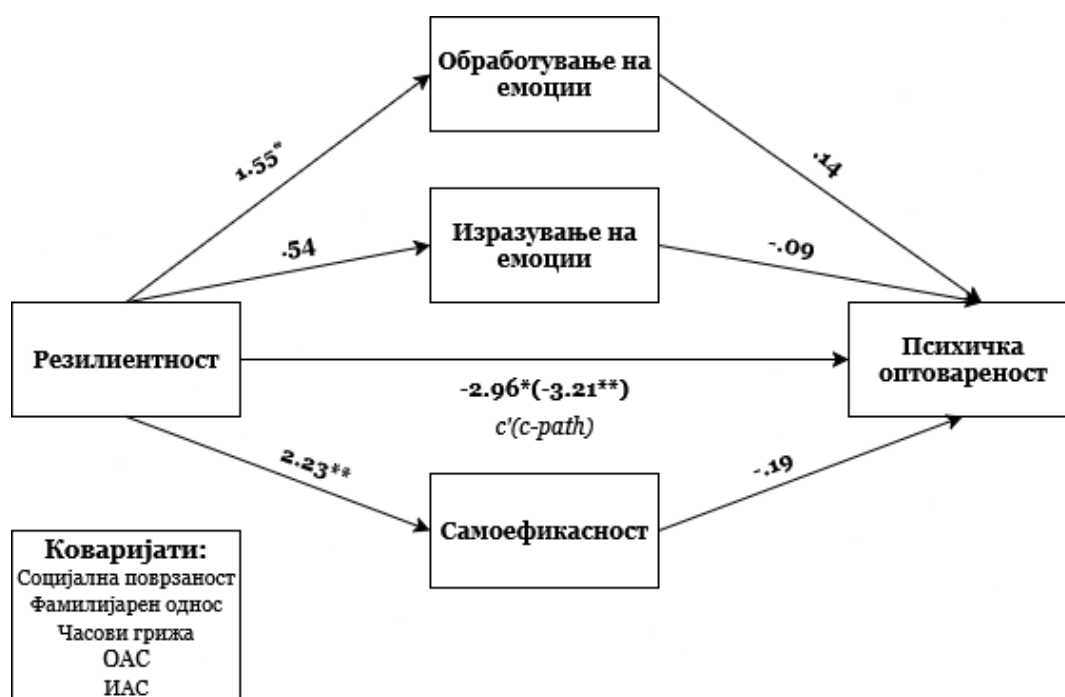
Бутстреп интервалот на сигурност за индиректниот ефект ($a_3b_3=-0.213$) базиран на 5000 бутстреп примероци е целосно под 0 (-0.46 до -0.058). Бидејќи индиректните ефекти на обработувањето на емоциите ($a_1b_1=-0.005$) и изразувањето на емоциите ($a_2b_2=0.004$) содржат 0 во бутстреп интервалите на сигурност (-0.111 до 0.096; -0.096 до 0.107), не можеме дефинитивно да заклучиме дека нивниот медијациски ефект е статистички значаен. Моделот објаснува 61% од варијансата во психичката вознемиреност.



Слика 5. Статистички дијаграм за мултипла паралелна медијација за социјална поврзаност и психичка вознемиреност

Коваријатот независност во инструменталните активности на секојдневно живеење има статистички значаен ефект во однос на психичката вознемиреност.

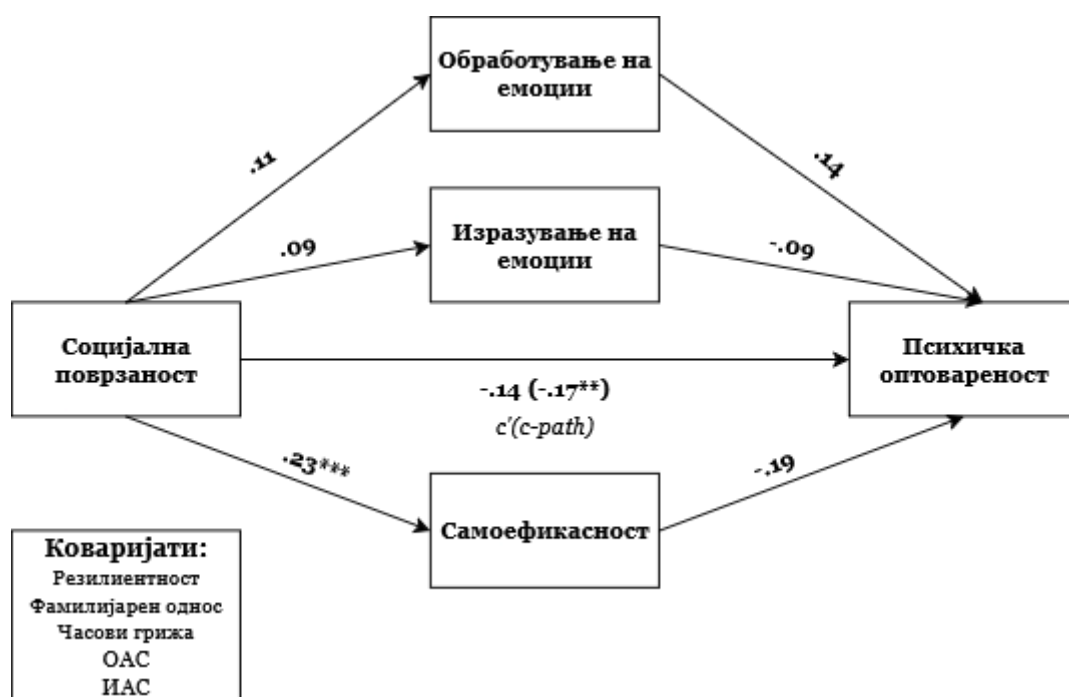
Во однос на психичката оптовареност не може да заклучиме дека обработувањето на емоциите ($a1b1=0.22$), изразувањето на емоциите ($a2b2=-0.051$) и самоефикасноста ($a3b3=-0.417$) го посредуваат односот на резилиентноста со психичката оптовареност бидејќи содржат 0 во бутстреп интервалите на сигурност (слика 6 и Прилог Б5). Моделот објаснува 36% од варијансата во психичката оптовареност.



Слика 6. Статистички дијаграм за мултипла паралелна медијација за резилиентност и психичка оптовареност

Инструменталните активности на секојдневно живеење, основните активности во секојдневно живеење, како и грижата на 1-4 часа дневно имаа статистички значаен ефект врз психичката оптовареност.

Во однос на психичката оптовареност не може да заклучиме дека обработувањето на емоциите ($a1b1=0.037$), изразувањето на емоциите ($a2b2=-0.01$) и самоефикасноста ($a3b3=-0.07$) го посредуваат односот на социјалната поврзаност со психичката оптовареност бидејќи содржат 0 во бутрстреп интервалите на сигурност (слика 7 и Прилог Б6). Моделот објаснува 36% од варијансата во психичката оптовареност.



Слика 7. Статистички дијаграм за мултипла паралелна медијација за социјална поврзаност и психичка оптовареност

Инструменталните и основните активности на секојдневно живеење, како и грижата на 1-4 часа дневно имаа статистички значаен ефект врз психичката оптовареност.

Тестирање на Хипотеза 3

Во овој дел се прикажани добиените резултати по направената статистичка анализа во функција на тестирање на хипотезата 3. Од табела 9 може да се согледа дека за сите варијабли Левеновиот статистик не е статистички значаен со што претпоставуваме дека варијансите се хомогени. Кога беше пресметан Шапиро-Вилк тестот за нормалност на дистрибуцијата, беше статистички значаен за некои од подгрупите, кај сите варијабли освен кај резилиентноста и оптовареноста. Од симулациите во статистичката литература (Bradley, 1982; Posten, 1978; Schmider et al., 2010) т-тестот за независни групи е робусен покрај отстапувањето од нормална дистрибуција доколку (скјунесот е помал од $|2.0|$ и куртозисот е помал од $|9.0|$ (Schmider et al., 2010)), големината на примерокот е поголема од 7 и скјунесот е во истата насока за двете групи (Gignas, 2023). Дистрибуциите на двете групи ги задоволуваат првите две барања, но за варијаблите обработување и изразување на емоции иако не е статистички значаен, сепак скјунесот е во различна насока (позитивна/негативна).

Табела 9. Левенов тест и t-тест за независни примероци за двете групи учесници за критериумските варијабли

	Левенов тест за еднаквост на варијансите		t-тест						
	F	p	t	df	p	М разлики	SE разлики	95 % CI LL	UL
Резилиентност	0.04	0.83	3.29	118.00	<.01	2.82	0.86	1.12	4.51
Социјална поврзаност	0.94	0.33	0.04	118.00	0.97	0.08	2.24	-4.35	4.52
Самоефикасност	0.07	0.79	-0.44	118.00	0.66	-0.55	1.26	-3.04	1.94
Обработување на емоции	2.27	0.13	0.51	118.00	0.61	0.58	1.15	-1.70	2.87
Изразување на емоции	0.04	0.85	1.34	118.00	0.18	1.43	1.07	-0.68	3.55
Психолошка добросостојба	3.27	0.07	0.98	118.00	0.33	2.33	2.39	-2.40	7.07
Психичка вознемиреност	0.58	0.45	-0.99	118.00	0.32	-4.15	4.17	-12.41	4.11
Психичка оптовареност	3.02	0.09	0.16	118.00	0.87	0.32	1.93	-3.50	4.14

Наодите од t -тестот за независни примероци за варијаблата резилиентност упатуваат на статистички значаен ефект $t(118)=3.293$, $p<0.1$. Неформалното негувателство на лица со деменција е поврзано со повисоки скорови на резилиентност.

Следно беше пресметан Коеновиот d -статистик за да се процени големината на ефектот. Беше утврден $d=-0.599$ што упатува на среден ефект според Коен. Овој наод упатува на тоа дека аритметичката средина на нивото на резилиентност кај негувателите на лица со канцер е пониска за 0,60 стандардни отстапувања од аритметичката средина на негувателите на лица со деменција.

Нема статистички значајни разлики помеѓу вредностите на останатите варијабли ($p>.05$). Од горенаведените резултати можеме да заклучиме дека освен во резилиентноста, неформалните негуватели не се разликуваат во социјалната поврзаност, обработувањето и изразувањето на емоции, самоефикасноста, психолошката добросостојба, психичката вознемиреност и оптовареноста.

Дискусија

Ова истражување беше спроведено со цел да се открие ефектот на заштитните фактори - резилиентност и социјална поврзаност - врз менталното здравје и психичката оптовареност кај неформалните негуватели на лица со деменција и лица кои боледуваат од рак и да се разбере улогата на справувањето со приближување кон емоциите и самоефикасноста. Друга цел беше да се испита дали постојат разлики помеѓу двете групи на негуватели.

Резултатите од истражувањето укажуваат дека хипотеза 1 е потврдена, односно дека повисоката резилиентност и социјална поврзаност предвидуваат повисока психолошка добросостојба и пониска психичка вознемиреност и оптовареност кај неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и на лица со деменција. Иако нема истражувања кои ги опфатиле овие варијабли истовремено, резултатите се согласни со достапната истражувачка литература. Санчез-Теруел и соработниците (Sánchez-Teruel et al., 2022) пронашле позитивна поврзаност помеѓу добросостојбата и резилиентноста кај неформалните негуватели на лица со деменција. Во истражувањето на Ван Ројџ и соработниците (Van Roij et al., 2021) негувателите на лица со канцер кои имале високо ниво на оптоварување биле помалку резилиентни во споредба со тие со ниска или со средна оптовареност. Влијанието на резилиентноста врз психичката оптовареност, добросостојбата, анксиозноста и депресијата кај негувателите на деца со канцер се потврдила и во студијата на Толедано и соработниците (Toledano-Toledano et al., 2021). Ова е согласно и со резултатите до кои дошле Тао и соработниците (Tao et al., 2022), кои ги истражувале факторите кои влијаат врз оптовареноста кај негувателите на лица со канцер. Исто така Јуен и Вилсон (Yuen & Wilson, 2021) пронашле дека нивото на психичка оптовареност и нивото на депресија се под влијание на социјалната поврзаност кај негувателите на лица со рак.

Фамилијарниот статус е релевантен за психолошката добросостојба, психичката вознемиреност и оптовареност. Ова е согласно со претходни истражувања кои тврдат дека припаѓањето на потесното семејство влијае врз негувателските исходи (Chan et al., 2021, p. 202; Cheng et al., 2013; Chiao et al., 2015; Conde-Sala et al., 2010; Kostýál et al., 2022). Со тоа што децата негуватели

поминуваат поголемо време во домот на родителот, им се намалува времето за активности кои не се поврзани со негувателството. Скоро 100% од брачните партнери во примерокот живеат со лицето на кое му треба нега што би можело да стави поголем товар на грижата за пациентите врз нив. Од децата се очекува да ја преземат негувателската улога доколку брачниот партнер не е во можност без разлика на квалитетот на нивната врска. Лошото функционирање на семејството (Heru & Ryan, 2006) е идентификувано како фактор на оптоварување кај негувателите. Како резултат на тоа, децата кои се негуватели може да претрпат високо ниво на оптовареност од негувателството. Без оглед на односот помеѓу негувателот и пациентот, поблиските роднински врски се поврзани со зголемен товар на негувателот (Etters et al., 2008).

Друга релевантна варијабла се часовите поминати во активности поврзани со негувателството. Поголем број часови поминати во негувателство се поврзани со пониско ниво на негативни исходи од негувателството и повисоко ниво на позитивни исходи. Овие резултати се согласни со претходните истражувања во кои часовите се релевантна варијабла (Chan et al., 2021; Gilsenan et al., 2023; Kostyál et al., 2022; Liu et al., 2012; Loi et al., 2015; Nakamoto et al., 2022; Otobe et al., 2022; Tao et al., 2022; Yuen & Wilson, 2021) . Негувателите кои поминуваат поголем дел од времето во негувателски активности имаат помалку време за социјализација и за одмор. Исто така големиот број на часови поминати во нега упатува на тоа дека функционалната независност на лицето на кое му е потребна нега е ниска и со тоа поголеми се и физичките барања од негувателите. Функционалната независност исто така беше релевантна варијабла. Високата инструментална функционалност е поврзана со пониско ниво на оптовареност, додека основната независност на лицето на кое му е потребна нега е поврзано со пониско ниво на психичка вознемиреност и повисоко ниво на психолошка добросостојба, што е во согласност со претходните истражувања (Chan et al., 2021; Doorenbos et al., 2007; Germain et al., 2009; Kim et al., 2021; Kim et al., 2012; Liu & Huang, 2016; Mohamed et al., 2010; Rajovic et al., 2021; Vitaliano et al., 1991).

Резилиентноста наспроти социјалната поврзаност е конзистентно послаб предиктор на мерените исходи, додека придонесот на резилиентноста во објаснување на варијациите во психолошките исходи не варира. Од друга страна, резилиентноста и социјалната поврзаност објаснуваат тројно помалку од

варијациите кај психичката оптовареност наспроти глобалните индикатори. Исто така социјалната поврзаност е помокен предиктор на индикаторите за ментално здравје. Наодите упатуваат на тоа дека дека негувателите на лица со деменција и на лица со рак кај глобалните индикатори за ментално здравје (психолошка добросостојба и психичка вознемиреност) функционираат исто како и пошироката популација (лица кои не се негуватели) во однос на тоа колку е важна социјалната поврзаност. Инструментот кој го мери менталното здравје опфаќа општи искуства кои се исти за сите луѓе, а не искуства кои се специфични за негувателите, како кај психичката оптовареност. Кога станува збор за поспецифични искуства моќноста на заштитниот фактор социјална поврзаност се намалува. Во следниот сегмент ќе бидат дискутирани практичните импликации за овие два заштитни фактори и како истите да се развијат и подигнат.

Понатаму, хипотеза 2 е делумно потврдена, при што единствено самоефикасноста го посредува односот меѓу резилентноста и социјалната поврзаност со психолошката добросостојба и психичката вознемиреност кај неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак и на лица со деменција. Потенцијално објаснување за непотврдената медијациска улога на справувањето преку приближување кон емоциите е негативната конотација, односно стигмата поврзана со искажувањето на емоциите. Ова може да се согледа во резултатите од прашалникот. Во овој примерок помалку е истакнато справувањето преку приближување кон емоциите.

Резултатите од истражувањето не ја потврдија хипотеза 3. Утврдена е статистички значајна разлика помеѓу групите само во нивото на резилентност, меѓутоа, спротивно од претпоставката негувателите на лица со деменција имаат статистички значајно повисоки скорови на резилентноста од негувателите на лица кои боледуваат од рак. Спроведена беше дополнителна експлораторна анализа со цел да се добие појасен увид во релациите. Највисоки скорови на резилентност имале негувателите кои се грижеле повеќе од шест години за лицето со деменција, додека пак негувателите кои се грижеле за лице со рак повеќе од шест години имале најниска резилентност. Овој наод е во согласност со временската линија на болестите. Едно објаснување за причината поради која негувателите на лица со деменција имаат повисока резилентност е тоа што со текот на времето некои од проблемите ќе се влошат како што ќе прогредира

болеста, но некои ќе се подобрат. На пример во текот на болеста пациентот може да инсистира на правење храна индивидуално и покрај очигледната потреба за помош, но понатаму може ќе бидат поподготвени да прифатат помош. Дополнително, параноидните реакции и талкањето може да се намалат со текот на времето.

Во однос на варијаблите социјална поврзаност, обработка и изразување на емоции, самоефикасност, психолошка добросостојба, психичка вознемиреност и оптовареност нема значајни разлики помеѓу групите. Спротивно од повеќето претходни наоди во кои е утврдена значајна разлика помеѓу негувателите на лица со деменција и рак/отсуство на деменција (Clipp & George, 1993; Harding et al., 2015; Loi et al., 2015; Ory et al., 1999; Otobe et al., 2022; Papastavrou et al., 2012) во ова истражување не е потврдена хипотеза 3.

Од друга страна Коста-Рекуена и соработниците (Costa-Requena et al., 2015) не пронашле статистички значајна разлика во нивото на психичка вознемиреност и психолошка оптовареност помеѓу двете групи негуватели. Ким и Шулц (Kim & Schulz, 2008) не пронашле статистички значајни разлики помеѓу негувателите на лица со рак и на тие со деменција во нивото на оптовареност и вознемиреност, но двете групи имале повисоки скорови од негувателите на лица со дијабетес и на изнемоштени постари лица. Креспо и соработниците (Crespo et al., 2005) исто така не пронашле докази дека негувателите на луѓето со деменција имале полоша емоционална состојба (мерена преку симптоми на депресија и анксиозност) од оние кои се грижеле за роднини кои биле зависни од нив, но немале деменција. Истото го забележале и Рабинс и соработниците (Rabins et al., 1990) при споредба помеѓу неформални негуватели на лица со рак и со деменција - не биле пронајдени истакнати разлики во негативните (соматски тегоби, анксиозност, социјална изолација и депресија) или позитивните (позитивни емоционални искуства) емоционални состојби помеѓу двете групи.

Причината за еквивалентните нивоа може да е резултат на сличностите во функционалната помош што се бара од страна на двете заболувања како и фаталната природа на овие болести. И двете се карактеризираат со психолошко и со физичко страдање кое е значаен поттикнувач на негувателската вознемиреност (Schulz et al., 2007). Сепак важна разлика помеѓу деменцијата и

канцерот е когнитивниот пад кај деменцијата кој доведува до посебни негувателски потешкотии, од друга страна канцерот доведува до акутни медицински состојби како резултат од операција, хемотерапија или терапија со радијација кои бараат комплексна медицинска нега (Kim & Schulz, 2008).

Друга потенцијална причина може да биде тоа што нема разлика во часовите на грижа помеѓу двете групи, како и тоа што пациентите имаат генерално слични нивоа на функционална независност.

Со тоа што не се статистички значајни разликите помеѓу двете групи се зголемува можноста за генерализација на резултатите од претходните две хипотези.

На крајот од онлајн прашалникот на учесниците им беше зададено отворено прашање кое 4 учесници го одговорија. Иако бројот на одговори е мал и не може да се изведе трансферабилен заклучок, илустративно ќе ги наведам темите. Главни теми беа негативното влијание од негувателството врз нивното здравје, стресот, недостатокот на поддршка и помош од надворешната средина, финансиското влијание, барањето помош и изборот во станување негувател. Овие теми се појавуваат често како фактори кои значајно влијаат врз негувателството во истражувачката литература (Adelman et al., 2014; Allen et al., 2022; Chappell & Reid, 2002; Durán-Gómez et al., 2020; Harding et al., 2015; Zarit et al., 1986).

Практични импликации

Резултатите од ова истражување упатуваат на значајноста на резилиентноста, социјалната поврзаност и самоефикасноста како протективни фактори на негативните исходи од негувателството. Наодите упатуваат на тоа дека нема значајни разлики во нивоата на социјална поврзаност, обработка и изразување на емоции, самоефикасност, психолошка добросостојба, психичка вознемиреност и оптовареност помеѓу неформалните негуватели на лица со деменција и неформалните негуватели на лица кои боледуваат од рак. Ова овозможува основа за формирање на ефикасни и поекономични интервенции за подобрување на менталното здравје на неформалните негуватели, како и обезбедување на поддржувачка средина која е потребна за зајакнување и развој на протективните фактори.

Преминувањето во улога на негувател не се случува во вакуум и негативните последици доведуваат до согорување и во другите сфери на животот. Неформалните негувателите треба да го приспособат својот живот кон повеќекратните задачи како резултат на болеста, бидејќи негувателството често се протега низ повеќегодишен период.

Како што беше претходно споменато, некои негуватели се принудени да се откажат од својата кариера за да обезбедат константна домашна нега, со што нивната загуба на приходи и идентитет може да придонесе за целокупниот стрес што го доживуваат (Zarit, 2008). Важно е да им се овозможи лесен пристап до бенефити од работното место како флексибилни работни часови и слободни денови.

Идентификувањето на потребата за помош треба да биде првиот чекор во помагањето на неформалните негуватели да добијат информации и ресурси со цел подобро и поефикасно да се справат со барањата од негувателскиот процес. Земајќи предвид дека негувателите ги придружуваат пациентите при посетите на лекар, здравствените установи претставуваат оптимално место за проценка на способноста на справување со новата ситуација и нивно поврзување со соодветни услуги и интервенции.

Со цел да се олесни транзицијата во оваа улога треба да се информираат за текот на болеста за да можат соодветно да се подготват и навремено да ги дискутираат промените во улогите, финансиските импликации и неизбежните настани. Откако ќе бидат информирани треба да се обучат со вештини за справување со проблемите кои ќе се појават со текот на болеста. Од голема значајност е професионалната поддршка која сочинува обучување и мониторирање за успешно управување со комплексни режими на фармаколошка терапија, препознавање на несакани дејства од лековите, како и обезбедување нега на рани и промена на кеси за катетер. Битно е да бидат информирани да ги проценат знаците на повторни враќања на ракот или брз напредок во пад на когнитивно-бихевиорално поле кај лицата со деменција. Со ова може да се зајакне самоефикасноста која е значаен посредник во односот меѓу резилентноста и социјалната поврзаност со психолошката добросостојба и психичката вознемиреност.

Понатаму, негувателите би имале корист од интервенции кои се фокусираат на управувањето со промените во однесувањето на примателот на нега (кај лицата со деменција) и невропсихијатриските симптоми или како да управуваат со сопствените емоционални одговори на проблемите од негувателството. Еден начин е да се промовира справувањето преку приближување кон емоциите. Треба да се стави акцент на важноста на одвојувањето време за да се обработат и изразат сопствените емоции.

Генерално нивото на обработување и изразување на емоции во овој примерок е ниско. Во нашето општество постои имплицитна негативна конотација со изразувањето на емоциите и потребни се повеќе дискусии за позитивните ефекти од разработувањето и споделувањето на емоциите. Придобивките од изразувањето на емоциите не се појавуваат во вакуум и општествениот контекст игра важна улога во фацилитурањето на прилагодувањето. На негувателите треба да им се обезбедат услови и повеќе време и енергија кои може да ги поминат во позитивни активности за грижа за себе и позитивни ангажмани за да може да ги прошират и изградат дополнителните ресурси за подобрување на справувањето.

Негувателите го одолговлекуваат барањето помош од професионалци поради бариери во пристапувањето до нив. Ова може да биде поради недостаток на доволно време и енергија, немање на некој кој може да се грижи за лицето додека одат на лекар, немање на транспорт или стигмата поврзана со менталното здравје. За овие поединци треба да се овозможат телефонски интервенции кои ќе им овозможат да добијат помош без да мора да го напуштат својот дом. Има студии кои докажуваат дека телефонските интервенции се ефективни и ефикасни во подобрување на справувањето со негувателството и намалување на негативните симптоми (Lopez et al., 2020; Vázquez et al., 2017, 2023).

Резилиентноста, самоефикасноста и ефективното справување се сметаат за протективни фактори бидејќи се смета дека ги штитат поединците од стрес или од траума. Зајакнувањето на нивото на резилиентност на една личност може да биде ефикасен начин за спречување здравствени проблеми и подобрување на добросостојбата (Walsh et al., 2018).

Во примерокот социјалната поврзаност беше помокен предиктор на психолошката добросостојба, психичката вознемиреност и психичката оптовареност, во споредба со резилиентноста. Ова упатува на тоа дека треба да се развие чувството на социјална поврзаност кај негувателите.

Претходно беше споменато дека социјалната поврзаност се однесува на субјективното чувство на меѓучовечка блискост со социјалниот свет, а не на големината на постоечката мрежа на пријатели. Негувателите може да одржуваат многу блиски пријателства, но сепак да се чувствуваат осамени и отуѓени. Во други случаи, може да имаат тешкотии да признаат недостаток на поврзаност, делумно поради социјалната стигма поврзана со неа. Ова може да се смени со интервенции во кои советниците ќе вложат напор да го нормализираат искуството на негувателите, а истовремено да ги проценат начините на кои тие се чувствуваат поврзано или исклучено од заедницата, со што ќе им помогнат да ја идентификуваат причината на нивната вознемиреност. Врз основа на резултатите од ова истражување, негувателите може да продолжат да го чувствуваат недостатокот на поврзаност и да ги вложат чувствата на вознемиреност. Затоа, советниците може да ги оспорат овие негативни проценки, преку промовирање групи за поддршка како пријателски настроени и отворени, со што ќе ја ослабнат тенденцијата за одвојување од другите. Ќе ја промовираат социјализацијата со цел да увидат дека не се сами и да се чувствуваат како дел од поширока група на негуватели. Вилијамсон и соработниците (Williamson et al., 2007) сугерираат советодавни интервенции фокусирани на подобрување на аспектите на релациското јас (т.е. социјална поврзаност и диференцијацијата на селфот).

Некои студии предлагаат користење на теоријата на еколошки систем за да ја проценат резилиентноста (Piel et al., 2017; Teahan et al., 2018). Оваа социоеколошка рамка овозможува увид на повеќе нивоа преку испитување на микросистемот, мезосистемот, егзосистемот и макросистемот (Bronfenbrenner, 1979). Спорет Смит и соработниците (Smith et al.; 2010) доколку сакаме да ја зголемиме перципираната способност за враќање кон првобитната состојба кај негувателите, би требало да се воведат широк спектар на интервенции слични на тие од Бандура (Bandura, 1994 според Smith et al.; 2010) кои се фокусираат на самоефикасноста, со што кај испитаниците ќе го поттикне и вториот ресурс. Од

друга страна, доколку сакаме да ја подигнеме самата способност за враќање кон првобитната состојба, треба за негувателите да се создадат интервенции кои се фокусираат на специфична подготовка за вистински ситуации од секојдневниот живот (Meichenbaum, 1985 според Smith et al.; 2010) како стекнување на нови вештини корисни за негувателството и вежбање на новите техники во ситуација која предизвикува ниско ниво на стрес (когнитивно бихевиорална техника за имунизирање на стрес – Stress inoculation training).

Предности, ограничувања и препораки за идни истражувања

Најголема предност на ова истражување е тоа што се опфатени повеќе од една дијагностичка група на неформални негуватели. Генерализацијата на податоците и утврдувањето на карактеристики кои се споделени од неформалните негуватели низ повеќе дијагностички групи овозможува формирање на интервенции за подобрување на добросостојбата на неформалните негуватели, нивниот квалитет на живот и одржување на способноста и квалитетот на грижата на лицето на кое му е потребна нега. Ова е прво истражување во РС Македонија во кое се истражува менталното здравје на неформалните негуватели на лица со канцер.

Друга предност е тоа што покрај онлајн прашалникот беа зададени и физички копии со што се овозможи доаѓање до учесници кои не припаѓаат во онлајн групи на поддршка и учесници кои можеби имаат потешкотии во користење на технологија. Со тоа што примерокот беше зададен на 4 различни места се зголемува неговата хетерогеност.

Голема предност е користењето на медијатиска анализа со коваријати која овозможи подетално да се разгледа поврзаноста на резилентноста и социјалната поврзаност со менталното здравје и психичката оптовареност која беше потврдена во мултиплата хиерархиска анализа. Исто така предност е тоа што по преведување и приспособување на дел од инструментите беа спроведени и когнитивни интервјуа во целната популацијата за да се процени јасноста и соодветноста на ајтемите.

Спроведеното истражување и резултатите имаат и ограничувања. Најголемо ограничување е тоа што беше користен пригоден примерок со што се ограничува можноста за генерализација вон границите на примерокот. Исто така големината на примерокот е мала кога ќе се подели на подгрупи, со што се ограничува интерпретацијата на варијаблата фамилијарен однос која е значаен коваријат во односот помеѓу истражувачките варијабли.

Второ ограничување е тоа што не беа прибирани податоци за степенот на когнитивен пад и бихевиоралните проблеми на лицата со деменција. Иако временскиот тек на прогресија на болеста е влошувачки и може да се направат претпоставки во однос на годините од поставување на дијагнозата и функционалната независност, сепак оваа информација ќе ни дадеше подобар увид во популацијата.

И покрај тоа што нема статистички значајни разлики помеѓу делот од примерокот кој сам го пополнувал прашалникот и делот на кој му требаше помош при пополнување поради природата на истражувачкиот проблем не би можела да се исклучи веројатноста дека дел од учесниците давале социјално пожелни одговори како и поради можната незапознаеност со потполната анонимност (иако беше потенцирана во инструкциите). Истото може да е резултат и на онлајн прашалникот.

Земајќи предвид дека ова е првото истражување во кое се опфатени повеќе од една група на неформални негуватели во РС Македонија, во иднина потребно е да се опфатат повеќе групи на заболувања. Исто така треба да се земе информација за когнитивниот статус како и за бихевиоралните промени на лицето на кое му е потребна нега бидејќи е една од причините за исходите од негувателскиот ангажман со што би се овозможило подобро да се разбере врската со заштитните фактори.

Во идни истражувања би било од голема корист да се истражи влијанието на повеќе заштитни фактори кои не беа опфатени во рамките на ова истражување. Постои можност одредени скорови на инструментите за ментално здравје и психичка оптовареност да се резултат на релевантни варијабли кои не беа контролирани бидејќи не се опфатени во истражувачкиот ефект. Исто така може да се стави поголем фокус на одредени варијабли кои се специфични за

негувателите, како на пример самоефикасноста специфична за негувателството. Би било подобро доколку се земе информација и за квалитетот на врската помеѓу негувателот и лицето на кое му е потребна нега пред да се разболи како и потоа, бидејќи има големо влијание врз тоа како лицата ќе влезат во новиот негувателски однос.

Друга препорака е да се опфатат поголем број на негуватели. Во истражувањето на втората хипотеза поради тоа што беше мал бројот на испитаници чиј фамилијарен однос со лицето на кое му е потребна нега е внук/а, сестра/брат и родител овие испитаници мораа да бидат исклучени од таа анализа. Исто така ди било препорачливо да не се користи пригоден примерок за да се зголеми можноста за генерализација вон границите на примерокот.

Во иднина потребни се истражувања кои ќе се фокусираат на позитивните исходи бидејќи некои негуватели пријавуваат и позитивни придобивки како станување посилна личност, промена во приоритетите, нова цел во животот, чувство на исполнетост и подобрување на односот со лицето на кое му е потребна нега.

Резиме

Истражувањата за психолошките исходи од неформалното негувателство укажуваат на различни заштитни фактори. Многу мал дел од овие истражувања вклучуваат повеќе од една група на негуватели. Оттука, целта на овој магистерски труд е да го истражи односот на резилиентноста и социјалната поврзаност со менталното здравје и психичката оптовареност, како и улогата на справувањето со приближување кон емоциите и самоефикасноста како медијатори за подобро разбирање на нивната поврзаност и пронаоѓање на заштитните фактори кај неформалните негуватели на лица со деменција и лица кои боледуваат од рак. Примерокот го сочинуваат 120 учесници, од кои 60 беа неформални негуватели на лица кои боледуваат од рак и 60 неформални негуватели на лица со деменција. Од нив 62 беа негуватели кои извршија тестирање или присуствуваа на Комисија за помош и нега од друго лице во ГОБ „8ми Септември“, 12 беа негуватели на лице кое примало терапија во „Универзитетската клиника за радиологија и онкологија“ и 46 беа неформални негуватели од онлајн групите за поддршка. За собирање на податоците беа зададени следните мерни инструменти: Инвентар за ментално здравје (Mental Health Inventory; Veit & Ware, 1983), Интервју за оптовареност на Зарит-кратка верзија (Zarit Burden Interview-12; Zarit et al., 1980), Ревидирана скала за социјална поврзаност (Social connectedness scale-revised; Lee et al., 2001), Скала за справување преку приближување кон емоциите (Emotional Approach Coping Scale; Stanton et al., 2000), Скала за општа самоефикасност (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer & Jerusalem, 1995) и Кратка скала за резилиентност (The Brief Resilience Scale; Smith et al., 2008). За тестирање на хипотезите беа користени мултипла линеарна хиерархиска регресија, мултипла паралелна медијација и t-тест за независни групи. Спроведените анализи потврдија дека повисоката резилиентност и повисоката социјална поврзаност предвидуваат повисока психолошка добросостојба, пониска психичка вознемиреност и пониска психичка оптовареност кај неформалните негуватели. Добиените резултати ја потврдуваат и хипотезата дека самоефикасноста го посредува односот на резилиентноста и на социјалната поврзаност со добросостојбата и психичката вознемиреност, но не ја потврдија хипотезата дека справувањето преку приближување кон емоциите го посредува овој однос. Справувањето и самоефикасноста, покрај тоа, не го посредуваат ниту односот на резилиентноста и социјалната поврзаност со психичката оптовареност. Резултатите укажуваат дека нема значајни разлики во нивоата на социјална поврзаност, обработка и изразување на емоции, самоефикасност, психолошка добросостојба, психичка вознемиреност и оптовареност помеѓу двете групи негуватели. Единствена утврдена разлика постои во однос на резилиентноста, која е значајно повисока кај неформалните негуватели на лица со деменција. Наодите се дискутирани во контекст на примерокот. Во иднина потребно е да се преземат практични мерки за поддршка на неформалните негуватели и лицата кои ја примаат негата за подобро секојдневно функционирање.

Клучни зборови: *неформални негуватели, резилиентност, социјална поврзаност, справување, самоефикасност*

Abstract

Research on the psychological outcomes of informal caregiving indicates various protective factors. Only a small number of these studies include more than one group of caregivers. Therefore, the goal of this masters thesis is to explore the relationship between resilience and social connectedness with mental health and caregiver burden, but also the role of emotional approach coping and self-efficacy as mediators in order to get a better understanding of the relationship and finding(to determine) the protective factors in informal caregivers of people with dementia and cancer. The sample includes 120 participants, of which 60 were cancer informal caregiver and 60 were dementia informal caregivers. Of those, 62 were caregivers that came to an assessment or to the Committee for help and caring for another person in CGH „8th September“, 12 were caregivers of a person that underwent therapy in „University clinic for Radiology and oncology“ and 46 were informal caregivers from online support groups. The following measures were used in order to collect the data: Mental Health Inventory (Veit & Ware, 1983), Zarit Burden Interview-12 (Zarit et al., 1980), Social connectedness scale-revised (Lee et al., 2001), Emotional Approach Coping Scale (Stanton et al., 2000), General Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995) and The Brief Resilience Scale (Smith et al., 2008). For hypothesis testing multiple hierarchal linear regression, multiple parallel mediation and *t*-test for independent groups were used. The conducted analyses confirmed that higher resilience and higher social connectedness predict higher psychological well-being, lower psychological distress and lower caregiver burden in informal caregivers. The given results confirmed the hypothesis that self-efficacy mediates the relationship between resilience and social connectedness with psychological well-being and psychological distress, however failed to confirm the hypothesis that emotional approach coping mediated this relationship. Moreover, coping and self-efficacy don't mediate the relationship between resilience and social connectedness with caregiver burden. The results indicate that there aren't differences in the levels of social connectedness, emotional processing and expression, self-efficacy, psychological well-being and distress and caregiver burden between the two caregiver groups. The only confirmed difference is in the resilience levels, that are significantly higher in dementia informal caregivers. The findings are discussed in the sample context. In the future, practical measures to support informal caregivers and the care recipients are required for better everyday functioning.

Keywords: informal caregivers, resilience, social connectedness, coping, self-efficacy

Литература

- AARP and National Alliance for Caregiving. Caregiving in the United States 2020. Washington, DC: AARP. May 2020. <https://doi.org/10.26419/ppi.00103.001>
- Adams, K. B., Smyth, K. A., & McClendon, M. J. (2005). Psychosocial Resources as Moderators of the Impact of Spousal Dementia Caregiving on Depression. *Journal of Applied Gerontology*, 24(5), 475–489. <https://doi.org/10.1177/0733464805278812>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, 311(10), 1052. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Allen, J., Uekusa, S., & Alpass, F. M. (2022). Longitudinal Cohort Study of Depression and Anxiety Among Older Informal Caregivers Following the Initial COVID-19 Pandemic Response in Aotearoa New Zealand. *Journal of Aging and Health*, 34(4–5), 653–665. <https://doi.org/10.1177/08982643211052713>
- Alzheimer's Association. (2025). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 21(4), e70235. <https://doi.org/10.1002/alz.70235>
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21(5), 719–725. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00118-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00118-3)
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career*. Elsevier.
- Arslan, G. (2018). Psychological Maltreatment, Social Acceptance, Social Connectedness, and Subjective Well-Being in Adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 19(4), 983–1001. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9856-z>
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping Through Emotional Approach: A New Look at Emotion, Coping, and Health-Related Outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335–1364. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00299.x>
- Averill, J. R., & Thomas-Knowles, C. (1991). Emotional creativity. In K. T. Strongman (Ed.), *International review of studies on emotion* (Vol. 1, pp. 269–299). Wiley.
- Baker, H. S., & Baker, M. N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 144(1), 1–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.1.1>
- Banai, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). “Selfobject” Needs in Kohut's Self Psychology: Links With Attachment, Self-Cohesion, Affect Regulation, and Adjustment. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 224–260. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.2.224>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. (pp. ix, 604). W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bandura, A. (2001a). *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective*.
- Bandura, A. (2001b). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology*, 3(3), 265–299. https://doi.org/10.1207/S1532785XMEP0303_03
- Barg, F. K., Pasacrete, J. V., Nuamah, I. F., Robinson, K. D., Angeletti, K., Yasko, J. M., & McCorkle, R. (1998). A Description of a Psychoeducational Intervention for Family Caregivers of Cancer Patients. *Journal of Family Nursing*, 4(4), 394–413. <https://doi.org/10.1177/107484079800400406>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *The American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.11.1247>

- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713–724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Bertrand, R. M., Fredman, L., & Saczynski, J. (2006). Are All Caregivers Created Equal? Stress in Caregivers to Adults With and Without Dementia. *Journal of Aging and Health*, 18(4), 534–551. <https://doi.org/10.1177/0898264306289620>
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, 307(4). <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29>
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonebright, C. A., Clay, D. L., & Ankenmann, R. D. (2000). The relationship of workaholism with work–life conflict, life satisfaction, and purpose in life. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 469–477. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.469>
- Bonetti, D., Johnston, M., Rodriguez-marin, J., Pastor, M., Martin-aragon, M., Doherty, E., & Sheehan, K. (2001). Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychology&Health*, 16(6), 655–674. <https://doi.org/10.1080/08870440108405865>
- Bradley, J. V. (1978). Robustness? *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 31(2), 144–152. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1978.tb00581.x>
- Bradley, J. V. (1982). The insidious L-shaped distribution. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 20(2), 85–88. <https://doi.org/10.3758/BF03330089>
- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden Morbidity in Cancer: Spouse Caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 25(30), 4829–4834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.0909>
- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrody>
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Harvard University Press.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Burklund, L. J., Creswell, J. D., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2014). The common and distinct neural bases of affect labeling and reappraisal in healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00221>
- Bussè, C., Barnini, T., Zucca, M., Rainero, I., Mozzetta, S., Zangrossi, A., & Cagnin, A. (2022). Depression, Anxiety and Sleep Alterations in Caregivers of Persons With Dementia After 1-Year of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 826371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.826371>
- Carstensen, L. L. (1998). A life-span approach to social motivation. In *Motivation and self-regulation across the life span*. (pp.341–364). CambridgeUniversityPress. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527869.015>
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245–266. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.641998064>

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In *Handbook of positive psychology*. (pp. 231–243). Oxford University Press.
- Castle, S., Wilkins, S., Heck, E., Tanzy, K., & Fahey, J. (1995). Depression in caregivers of demented patients is associated with altered immunity: Impaired proliferative capacity, increased CD8+, and a decline in lymphocytes with surface signal transduction molecules (CD38+) and a cytotoxicity marker (CD56+ CD8+). *Clinical and Experimental Immunology*, 101(3), 487–493. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2249.1995.tb03139.x>
- Chan, C. Y., Cheung, G., Martinez-Ruiz, A., Chau, P. Y. K., Wang, K., Yeoh, E. K., & Wong, E. L. Y. (2021). Caregiving burnout of community-dwelling people with dementia in Hong Kong and New Zealand: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 261. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02153-6>
- Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and Well-Being Among Caregivers: Examining the Distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772–780. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.772>
- Charalambous, A. (2023). Informal caregivers in care efficiency. In *Informal caregivers: From hidden heroes to integral part of care*. (pp. 69–79). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16745-4_4
- Chen, Y.-J., Su, J.-A., Chen, J.-S., Liu, C.-H., Griffiths, M. D., Tsai, H.-C., Chang, C.-C., & Lin, C.-Y. (2023). Examining the association between neuropsychiatric symptoms among people with dementia and caregiver mental health: Are caregiver burden and affiliate stigma mediators? *BMC Geriatrics*, 23(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03735-2>
- Cheng, S.-T., Lam, L. C. W., Kwok, T., Ng, N. S. S., & Fung, A. W. T. (2013). Self-efficacy Is Associated With Less Burden and More Gains From Behavioral Problems of Alzheimer's Disease in Hong Kong Chinese Caregivers. *The Gerontologist*, 53(1), 71–80. <https://doi.org/10.1093/geront/gns062>
- Cherry, M., Salmon, P., Dickson, J., Powell, D., Sikdar, S., & Ablett, J. (2013). Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 23(4), 251–266. <https://doi.org/10.1017/S0959259813000130>
- Chiao, C. -Y., Wu, H. -S., & Hsiao, C. -Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Chou, K.-R., Chu, H., Tseng, C.-L., & Lu, R.-B. (2003). The Measurement of Caregiver Burden. *Journal of Medical Sciences(Taiwan)*, 23(2), 73-82. <http://www.AiritiLibrary.com/Publication/Index/10114564-200304-201305090002-201305090002-73-82>
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1993). Dementia and cancer: A comparison of spouse caregivers. *The Gerontologist*, 33(4), 534–541. <https://doi.org/10.1093/geront/33.4.534>
- Clogg, C. C., Petkova, E., & Haritou, A. (1995). Statistical methods for comparing regression coefficients between models. *American Journal of Sociology*, 100(5), 1261–1293. <https://doi.org/10.1086/230638>
- Cohen, S. A., Kunicki, Z. J., Drohan, M. M., & Greaney, M. L. (2021). Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 2333721421999279. <https://doi.org/10.1177/2333721421999279>
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>

- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1262–1273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001>
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 929–936. <https://doi.org/10.1002/gps.2007>
- Costa-Requena, G., Espinosa Val, M., & Cristòfol, R. (2015). Caregiver burden in end-of-life care: Advanced cancer and final stage of dementia. *Palliative and Supportive Care*, 13(3), 583–589. <https://doi.org/10.1017/S1478951513001259>
- Crespo, M., López, J., & Zarit, S. H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: A comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 591–592. <https://doi.org/10.1002/gps.1321>
- Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). Does Self-Affirmation, Cognitive Processing, or Discovery of Meaning Explain Cancer-Related Health Benefits of Expressive Writing? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 238–250. <https://doi.org/10.1177/0146167206294412>
- Cui, P., Yang, M., Hu, H., Cheng, C., Chen, X., Shi, J., Li, S., Chen, C., & Zhang, H. (2024). The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: A moderated mediation analysis of the role of psychological distress and family resilience. *BMC Public Health*, 24(1), 817. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18321-3>
- Darabos, K., Renna, M. E., Wang, A. W., Zimmermann, C. F., & Hoyt, M. A. (2021). Emotional approach coping among young adults with cancer: Relationships with psychological distress, posttraumatic growth, and resilience. *Psycho-Oncology*, 30(5), 728–735. <https://doi.org/10.1002/pon.5621>
- Davis, L. L., Gilliss, C. L., Deshefy-Longhi, T., Chestnutt, D. H., & Molloy, M. (2011). The nature and scope of stressful spousal caregiving relationships. *Journal of Family Nursing*, 17(2), 224–240. <https://doi.org/10.1177/1074840711405666>
- del-Pino-Casado, R., Pérez-Cruz, M., & Frías-Osuna, A. (2014). Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3335–3344. <https://doi.org/10.1111/jocn.12561>
- Doorenbos, A. Z., Given, B., Given, C. W., Wyatt, G., Gift, A., Rahbar, M., & Jeon, S. (2007). The influence of end-of-life cancer care on caregivers. *Research in Nursing & Health*, 30(3), 270–281. <https://doi.org/10.1002/nur.20217>
- Duangjina, T., Hershberger, P. E., Gruss, V., & Fritschi, C. (2025). Resilience in family caregivers of Asian older people with dementia: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(1), 156–170. <https://doi.org/10.1111/jan.16272>
- Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., Pérez-Civantos, D., López Jurado, C. F., Palomo-López, P., & Cáceres, M. C. (2020). Understanding Resilience Factors Among Caregivers of People with Alzheimer's Disease in Spain. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 13, 1011–1025. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274758>
- Edwards, A. B., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., & Townsend, A. (2002). Employed family caregivers of cognitively impaired elderly: An examination of role strain and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 6(1), 55–61. <https://doi.org/10.1080/13607860120101149>

- Edwards, D. A., Wetzel, K., & Wyner, D. R. (2006). Intercollegiate soccer: Saliva cortisol and testosterone are elevated during competition, and testosterone is related to status and social connectedness with team mates. *Physiology & Behavior*, 87(1), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.09.007>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Ehrlich, U., Kelle, N., Klaus, D., & Möhring, K. (2024). How did the COVID-19 pandemic impact the wellbeing of family care-givers? A longitudinal study of older adults in Germany. *Ageing and Society*, 44(7), 1533–1550. <https://doi.org/10.1017/S0144686X22000873>
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550–553. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.550>
- Ellis, J. (2012). The impact of lung cancer on patients and carers. *Chronic Respiratory Disease*, 9(1), 39–47. <https://doi.org/10.1177/1479972311433577>
- Ernst, A. F., & Albers, C. J. (2017). Regression assumptions in clinical psychology research practice—A systematic review of common misconceptions. *PeerJ*, 5, e3323. <https://doi.org/10.7717/peerj.3323>
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423–428. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x>
- Farran, C. J., Loukissa, D., Perraud, S., & Paun, O. (2004). Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part II: Family caregiver issues and concerns. *Research in Nursing & Health*, 27(1), 40–51. <https://doi.org/10.1002/nur.20006>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Dyba, T., Randi, G., Bettio, M., Gavin, A., Visser, O., & Bray, F. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 103, 356–387. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005>
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Доступно на: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Доступно на: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/807-north-macedonia-fact-sheet.pdf>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2003). Positive Psychology from a Coping Perspective. *Psychological Inquiry*, 14(2), 121–125.
- Fortinsky, R. H., Tennen, H., & Steffens, D. C. (2013). Resilience in the face of chronic illness and family caregiving in middle and later life. *Psychiatric Annals*, 43(12), 549–554. <https://doi.org/10.3928/00485713-20131206-07>
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Washington Square Press.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823–865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>
- Fujinami, R., Otis-Green, S., Klein, L., Sidhu, R., & Ferrell, B. (2012). Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), E210–220. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.E210-E220>
- Gallagher, D., Ni Mhaolain, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R. F., Walsh, C., Coakley, D., Walsh, J. B., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 663–670. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562179>
- Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlin, L. I., & Zarit, S. H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psychology and Aging*, 15(3), 437–450. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.3.437>
- Gaugler, J. E., Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. (1999). Caregiving and institutionization: Perceptions of family conflict and socioemotional support. *The International Journal of Aging & Human Development*, 49(1), 1–25. <https://doi.org/10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7>
- Germain, S., Adam, S., Olivier, C., Cash, H., Ousset, P. J., Andrieu, S., Vellas, B., Meulemans, T., Reynish, E., Salmon, E., & Network, the I.-E. (2009). Does Cognitive Impairment Influence Burden in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease? *Journal of Alzheimer's Disease*, 17(1), 105–114. <https://doi.org/10.3233/JAD-2009-1016>
- Gignac, G. E. (2023). How2statsbook (Online Edition 2). Perth, Australia: Author.
- Gilsenan, J., Gorman, C., & Shevlin, M. (2023). Explaining caregiver burden in a large sample of UK dementia caregivers: The role of contextual factors, behavioural problems, psychological resilience, and anticipatory grief. *Aging & Mental Health*, 27(7), 1274–1281. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2102138>
- Gonyea, J. G., O'Connor, M., Carruth, A., & Boyle, P. A. (2005). Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: The role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 20(5), 273–280. <https://doi.org/10.1177/153331750502000505>
- Gort, A. M., Mingot, M., Gomez, X., Soler, T., Torres, G., Sacristán, O., Miguelsanz, S., Nicolas, F., Perez, A., De Miguel, M., & Cabau, J. (2007). Use of the Zarit scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 957–962. <https://doi.org/10.1002/gps.1770>
- Gottlieb, B. H., & Rooney, J. A. (2004). Coping effectiveness: Determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 8(4), 364–373. <https://doi.org/10.1080/13607860410001709719>
- Grad J, Sainsbury P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet (London, England)*, 1(7280), 544–547. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(63\)91339-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(63)91339-4)
- Grano, C., Lucidi, F., & Violani, C. (2017). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in family caregivers of patients with Alzheimer disease: A longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1095–1103. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000059>
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106–117. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. (pp. viii, 353). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-000>

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Harding, R., Gao, W., Jackson, D., Pearson, C., Murray, J., & Higginson, I. J. (2015). Comparative Analysis of Informal Caregiver Burden in Advanced Cancer, Dementia, and Acquired Brain Injury. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 445–452. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.005>
- Harmell, A. L., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., & Mausbach, B. T. (2011). A Review of the Psychobiology of Dementia Caregiving: A Focus on Resilience Factors. *Current Psychiatry Reports*, 13(3), 219–224. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0187-1>
- Harwood, R. H., Sayer, A. A., & Hirschfeld, M. (2004). Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Hepburn, K., & Siegel, E. O. (2020). New Directions to Advance Family Caregiving Research. *The Gerontologist*, 60(Suppl 1), S1–S4. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz182>
- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2006). Family functioning in the caregivers of patients with dementia: One-year follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(3), 222–231. <https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.3.222>
- Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *The International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165–176. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>
- Hoyt, M. A., Stanton, A. L., Irwin, M. R., & Thomas, K. S. (2013). Cancer-related masculine threat, emotional approach coping, and physical functioning following treatment for prostate cancer. *Health Psychology*, 32(1), 66–74. <https://doi.org/10.1037/a0030020>
- Hoyt, M. A., Wang, A. W.-T., Boggero, I. A., Eisenlohr-Moul, T. A., Stanton, A. L., & Segerstrom, S. C. (2020). Emotional approach coping in older adults as predictor of physical and mental health. *Psychology and Aging*, 35(4), 591–603. <https://doi.org/10.1037/pag0000463>
- Hughes, A. E., Berg, C. A., & Wiebe, D. J. (2012). Emotional Processing and Self-Control in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 925–934. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss062>
- Hulvat, M. C. (2020). Cancer Incidence and Trends. *Surgical Oncology for the General Surgeon*, 100(3), 469–481. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2020.01.002>
- Informal Caregivers in Cancer (PDQ®): Patient Version. (2019). In PDQ Cancer Information Summaries. National Cancer Institute (US).
- Jasinski, M. J., Lumley, M. A., Latsch, D. V., Schuster, E., Kinner, E., & Burns, J. W. (2016). Assessing Anger Expression: Construct Validity of Three Emotion Expression-Related Measures. *Journal of Personality Assessment*, 98(6), 640–648. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1178650>
- Jeste, D. V., Mausbach, B., & Lee, E. E. (2021). Caring for caregivers/care partners of persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 33(4), 307–310. <https://doi.org/10.1017/S1041610221000557>
- Ji, J., Zöller, B., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2012). Increased Risks of Coronary Heart Disease and Stroke Among Spousal Caregivers of Cancer Patients. *Circulation*, 125(14), 1742–1747. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.057018>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

- Joling, K. J., Windle, G., Dröes, R.-M., Meiland, F., Van Hout, H. P. J., MacNeil Vroomen, J., Van De Ven, P. M., Moniz-Cook, E., & Woods, B. (2016). Factors of Resilience in Informal Caregivers of People with Dementia from Integrative International Data Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 42(3–4), 198–214. <https://doi.org/10.1159/000449131>
- Jose, P. E., Ryan, N., & Pryor, J. (2012). Does Social Connectedness Promote a Greater Sense of Well-Being in Adolescence Over Time? *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 235–251. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00783.x>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*.
- Kahn, R. L., & Miller, N. E. (1978). Assessment of Altered Brain Function in the Aged. In M. Storandt, I. C. Siegler, & M. F. Elias (Eds.), *The Clinical Psychology of Aging* (pp. 43–69). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3342-5_2
- Kershaw, T., Ellis, K. R., Yoon, H., Schafenacker, A., Katapodi, M., & Northouse, L. (2015). The Interdependence of Advanced Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Mental Health, Physical Health, and Self-Efficacy over Time. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(6), 901–911. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9743-y>
- Kim, B., Noh, G. O., & Kim, K. (2021). Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: A path analysis. *BMC Geriatrics*, 21(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>
- Kim, T., Nguyen, E. T., Yuen, E. J., Nguyen, T., Sorn, R., & Nguyen, G. T. (2015). Differential Role of Social Connectedness in Geriatric Depression Among Southeast Asian Ethnic Groups. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 9(4), 483–493. <https://doi.org/10.1353/cpr.2015.0075>
- Kim, Y., Duberstein, P. R., Sörensen, S., & Larson, M. R. (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics*, 46(2), 123–130. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.2.123>
- Kim, Y., & Schulz, R. (2008). Family Caregivers' Strains: Comparative Analysis of Cancer Caregiving With Dementia, Diabetes, and Frail Elderly Caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483–503. <https://doi.org/10.1177/0898264308317533>
- Kneebone, I. I., & Martin, P. R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 1–17. <https://doi.org/10.1348/135910703762879174>
- Kobiske, K. R., & Bekhet, A. K. (2018). Resilience in Caregivers of Partners With Young Onset Dementia: A Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(5), 411–419. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1400625>
- Kohut, H., Goldberg, A. I., & Stepansky, P. E. (1984). *How does analysis cure*.
- Kosberg, J. I., & Cairl, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers. *The Gerontologist*, 26(3), 273–278. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.273>
- Kostyál, L. Á., Széman, Z., Almási, V. E., Fabbietti, P., Quattrini, S., Socci, M., & Gagliardi, C. (2022). The Impact of COVID-19 on the Health and Experience of the Carers of Older Family Members Living with Dementia: An Italian–Hungarian Comparative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095329>

- Kramer, B. J. (1993). Expanding the Conceptualization of Caregiver Coping: The Importance of Relationship-Focused Coping Strategies. *Family Relations*, 42(4), 383. <https://doi.org/10.2307/585338>
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37(2), 218–232. <https://doi.org/10.1093/geront/37.2.218>
- Kramer, B. J., & Vitaliano, P. P. (1994). Coping: A review of the theoretical frameworks and the measures used among caregivers of individuals with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 23(1–2), 151–174. https://doi.org/10.1300/J083V23N01_09
- Lai, C., Luciani, M., Di Mario, C., Galli, F., Morelli, E., Ginobbi, P., Aceto, P., & Lombardo, L. (2018). Psychological impairments burden and spirituality in caregivers of terminally ill cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12674. <https://doi.org/10.1111/ecc.12674>
- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95–100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Lau, B. H.-P., & Cheng, C. (2017). Gratitude and coping among familial caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 21(4), 445–453. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1114588>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, K., Puga, F., Pickering, C. E. Z., Masoud, S. S., & White, C. L. (2019). Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 119–131. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.007>
- Lee, R. M., Dean, B. L., & Jung, K.-R. (2008). Social connectedness, extraversion, and subjective well-being: Testing a mediation model. *Personality and Individual Differences*, 45(5), 414–419. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.017>
- Lee, R. M., Draper, M., & Lee, S. (2001). Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 310–318. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.310>
- Lee, R., & Robbins, S. (1995). Measuring Belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 232–241. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.2.232>
- Lee, R., & Robbins, S. (1998). The Relationship Between Social Connectedness and Anxiety, Self-Esteem, and Social Identity. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 338–345. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.338>
- Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2006). Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration. In *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. (pp. 24–46). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of Social Support and Caregiving Self-Efficacy on Caregiver Burden and Patient's Quality of Life: A Path Analysis on Patients with Palliative Care Needs and Their Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5457. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155457>

- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A., & Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.055>
- Litzelman, K., Tesauro, G., & Ferrer, R. (2017). Internal resources among informal caregivers: Trajectories and associations with well-being. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 26(12), 3239–3250. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1647-9>
- Liu, H.-Y., & Huang, L.-H. (2016). The relationship between family functioning and caregiving appraisal of dementia family caregivers: Caregiving self-efficacy as a mediator. *Aging & Mental Health*, 22(4), 558–567. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1269148>
- Liu, J., Wang, L., Tan, J., Ji, P., Gauthier, S., Zhang, Y., Ma, T., & Liu, S. (2012). Burden, anxiety and depression in caregivers of veterans with dementia in Beijing. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 560–563. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.05.014>
- Liu, Z., Sun, W., Chen, H., Zhuang, J., Wu, B., Xu, H., Li, P., Chen, X., Li, J., & Yin, Y. (2022). Caregiver burden and its associated factors among family caregivers of persons with dementia in Shanghai, China: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(5), e057817. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057817>
- Loi, S. M., Dow, B., Moore, K., Hill, K., Russell, M., Cyarto, E., Malta, S., Ames, D., & Lautenschlager, N. T. (2015). The adverse mental health of carers: Does the patient diagnosis play a role? *Maturitas*, 82(1), 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.034>
- Lopez, L., Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O., & Páramo, M. (2020). Long-Term Effects of a Cognitive Behavioral Conference Call Intervention on Depression in Non-Professional Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228329>
- Low, C. A., Stanton, A. L., & Bower, J. E. (2008). Effects of acceptance-oriented versus evaluative emotional processing on heart rate recovery and habituation. *Emotion (Washington, D.C.)*, 8(3), 419–424. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.419>
- Low, C. A., Stanton, A. L., Thompson, N., Kwan, L., & Ganz, P. A. (2006). Contextual life stress and coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer survivorship. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(3), 235–244. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3203_10
- Luszczynska, A., Gibbons, F. X., Piko, B. F., & Tekozel, M. (2004). Self-Regulatory Cognitions, Social Comparison, and Perceived Peers' Behaviors as Predictors of Nutrition and Physical Activity: A Comparison Among Adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology & Health*, 19(5), 577–593. <https://doi.org/10.1080/0887044042000205844>
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Ma, M., Dorstyn, D., Ward, L., & Prentice, S. (2018). Alzheimers' disease and caregiving: A meta-analytic review comparing the mental health of primary carers to controls. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1395–1405. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1370689>

- Marino, V., Haley, W., & Roth, D. (2017). Beyond Hedonia: A Theoretical Reframing of Caregiver Well-Being. *Translational Issues in Psychological Science*, 3, 400–409. <https://doi.org/10.1037/tps0000134>
- Marques, L., Kaufman, R. E., LeBeau, R. T., Moshier, S. J., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2009). A Comparison of Emotional Approach Coping (EAC) between Individuals with Anxiety Disorders and Nonanxious Controls. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15(2), 100–106. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00080.x>
- Mashek, D., Stuewig, J., Furukawa, E., & Tangney, J. (2006). Psychological and behavioral implications of connectedness to communities with opposing values and beliefs. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(4), 404–428. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.4.404>
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., Patterson, T. L., & Grant, I. (2013). A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.001>
- Mayo, A. M., Siegle, K., Savell, E., Bullock, B., Preston, G. J., & Peavy, G. M. (2020). Lay Caregivers' Experiences With Caring for Persons With Dementia: A Phenomenological Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(8), 17–27. <https://doi.org/10.3928/00989134-20200527-02>
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- McLennon, S. M., Habermann, B., & Rice, M. (2011). Finding meaning as a mediator of burden on the health of caregivers of spouses with dementia. *Aging & Mental Health*, 15(4), 522–530. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543656>
- McMullen, C. K., Schneider, J., Altschuler, A., Grant, M., Hornbrook, M. C., Liljestrand, P., & Krouse, R. S. (2014). Caregivers as healthcare managers: Health management activities, needs, and caregiving relationships for colorectal cancer survivors with ostomies. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2401–2408. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2194-3>
- Milbury, K., Badr, H., Fossella, F., Pisters, K. M., & Carmack, C. L. (2013). Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2371–2379. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1795-6>
- Miller, K. D., Nogueira, L., Devasia, T., Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Jemal, A., Kramer, J., & Siegel, R. L. (2022). Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(5), 409–436. <https://doi.org/10.3322/caac.21731>
- Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketsos, C. G., & Schneider, L. S. (2010). Caregiver Burden in Alzheimer Disease: Cross-Sectional and Longitudinal Patient Correlates. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 917–927. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d5745d>
- Moller, N. P., Fouladi, R. T., McCarthy, C. J., & Hatch, K. D. (2003). Relationship of attachment and social support to college students' adjustment following a relationship breakup. *Journal of Counseling & Development*, 81(3), 354–369. <https://doi.org/10.1002/j.15566678.2003.tb00262.x>
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19–26. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/583753>

- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387–1403. <https://doi.org/10.1002/jclp.10229>
- Morano, C. L. (2003). Appraisal and coping: Moderators or mediators of stress in Alzheimer's disease caregivers? *Social Work Research*, 27(2), 116–128. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.116>
- Moreno, P. I., Wiley, J. F., & Stanton, A. L. (2017). Coping through Emotional Approach: The Utility of Processing and Expressing Emotions in Response to Stress. In C. R. Snyder, S. J. Lopez, L. M. Edwards, & S. C. Marques (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, 3rd Edition. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199396511.013.19>
- Nakamoto, I., Murayama, H., Takase, M., Muto, Y., Saito, T., & Tabuchi, T. (2022). Association between increased caregiver burden and severe psychological distress for informal caregivers during the COVID-19 pandemic in Japan: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104756. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104756>
- Nardella, N., Xia, B. T., Allenson, K., Oraiqat, A., Fan, W., Mo, Q., Permuth, J., Kim, D. W., & Hodul, P. (2025). Influence of Coping, Esteem, and Resilience on Caregiver Distress in Pancreatic Cancer Patient–Caregiver Dyads. *Healthcare*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare13020114>
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & van den Bos, G. A. M. (1999). Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Social Science & Medicine*, 48(9), 1259–1269. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00426-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00426-2)
- Nogales-González, C., Romero-Moreno, R., Losada, A., Márquez-González, M., & Zarit, S. H. (2015). Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1022–1030. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.995593>
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29(6), 798–803. <https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798>
- Ong, A. D., & Allaire, J. C. (2005). Cardiovascular intraindividual variability in later life: The influence of social connectedness and positive emotions. *Psychology and Aging*, 20(3), 476–485. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.3.476>
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M.-E., Chong, S. A., Goveas, R. R., Chiam, P. C., & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: Moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- O'Rourke, H. M., Collins, L., & Sidani, S. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x>
- O'Rourke, H. M., & Sidani, S. (2017). Definition, Determinants, and Outcomes of Social Connectedness for Older Adults: A Scoping Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(7), 43–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170223-03>
- Ory, M. G., Hoffman, R. R. 3rd, Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177–185. <https://doi.org/10.1093/geront/39.2.177>

- Otobe, Y., Kimura, Y., Suzuki, M., Koyama, S., Kojima, I., & Yamada, M. (2022). Factors Associated with Increased Caregiver Burden of Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic in Japan. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 26(2), 157–160. <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1730-y>
- Pakenham, K. I., Smith, A., & Rattan, S. L. (2007). Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 266–277. <https://doi.org/10.1080/13548500600871702>
- Pankong, O., Pothiban, L., Sucamvang, K., & Khampolsiri, T. (2018). A randomized controlled trial of enhancing positive aspects of caregiving in Thai dementia caregivers for dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22, 131–143.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., & Karayiannis, G. (2012). The Burdensome and Depressive Experience of Caring: What Cancer, Schizophrenia, and Alzheimer's Disease Caregivers Have in Common. *Cancer Nursing*, 35(3), 187–194. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822cb4a0>
- Paredes, M. R., Apaolaza, V., Fernandez-Robin, C., Hartmann, P., & Yañez-Martinez, D. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on subjective mental well-being: The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience. *Personality and Individual Differences*, 170, 110455. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110455>
- Paternoster, R., Brame, R., Mazerolle, P., & Piquero, A. (1998). Using the correct statistical test for equality of regression coefficients. *Criminology*, 36(4), 859–866. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1998.tb01268.x>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Piel, M. H., Geiger, J. M., Julien-Chinn, F. J., & Lietz, C. A. (2017). An ecological systems approach to understanding social support in foster family resilience. *Child & Family Social Work*, 22(2), 1034–1043. <https://doi.org/10.1111/cfs.12323>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003a). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112–P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P112>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003b). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Posten, H. O. (1978). The robustness of the two—Sample t—Test over the Pearson system. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 6, 295–311.
- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39(2), 230–239. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.2.230>
- Powers, D. V., Gallagher-Thompson, D., & Kraemer, H. C. (2002). Coping and depression in Alzheimer's caregivers: Longitudinal evidence of stability. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(3), P205–211. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.p205>
- Queluz, F. N. F. R., Kervin, E., Wozney, L., Fancey, P., McGrath, P. J., & Keefe, J. (2020). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: A scoping review. *International Psychogeriatrics*, 32(1), 35–52. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000243>
- Quinn, C., & Toms, G. (2019). Influence of Positive Aspects of Dementia Caregiving on Caregivers' Well-Being: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e584–e596. <https://doi.org/10.1093/geront/gny168>

- Rabins, P. V. (1996). Behavioral disturbances of dementia: Practical and conceptual issues. *International Psychogeriatrics*, 8 Suppl 3, 281–283; discussion 289–291. <https://doi.org/10.1017/S1041610297003487>
- Rabins, P. V., Fitting, M. D., Eastham, J., & Fetting, J. (1990). The Emotional Impact of Caring for the Chronically Ill. *Psychosomatics*, 31(3), 331–336. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72171-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72171-8)
- Rajovic, T., Todorovic, N., Vracevic, M., Rajovic, N., Pavlovic, A., Pavlovic, V., Grbic, I., Sapic, R., Krsmanovic, S., Vukmirovic, M., Stanisavljevic, T., Markovic, K., Mostic, T., Stanisavljevic, D., & Milic, N. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9577. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189577>
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., & Chen, V. W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 940–949. <https://doi.org/10.1093/aje/152.10.940>
- Robles-Bello, M. A., Sánchez-Teruel, D., & Valencia Naranjo, N. (2022a). Variables protecting mental health in the Spanish population affected by the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 41(8), 5640–5651. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01132-1>
- Robles-Bello, M. A., Sánchez-Teruel, D., & Valencia Naranjo, N. (2022b). Variables protecting mental health in the Spanish population affected by the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 41(8), 5640–5651. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01132-1>
- Roche, L., Croot, K., MacCann, C., Cramer, B., & Diehl-Schmid, J. (2015). The Role of Coping Strategies in Psychological Outcomes for Frontotemporal Dementia Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(3), 218–228. <https://doi.org/10.1177/0891988715588830>
- Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttitan, A., & Chun-Man Ho, R. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In *Emotion, disclosure, & health*. (pp. 125–154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., Sarhani-Robles, M., & Sarhani-Robles, A. (2022). Exploring resilience and well-being of family caregivers of people with dementia exposed to mandatory social isolation by COVID-19. *Dementia*, 21(2), 410–425. <https://doi.org/10.1177/14713012211042187>
- Santini, S., Socci, M., Fabbietti, P., Lamura, G., & Teti, A. (2022). Factors Worsening and Mitigating the Consequences of the COVID-19 Outbreak on the Overall Health of Informal Caregivers of Older People with Long-Term Care Needs Living in Germany and in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1694. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031694>
- Saria, M. G., Courchesne, N., Evangelista, L., Carter, J., MacManus, D. A., Gorman, M. K., Nyamathi, A. M., Phillips, L. R., Piccioni, D., Kesari, S., & Maliski, S. (2016). Cognitive dysfunction in patients with brain metastases: Influences on caregiver resilience and coping. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1247–1256. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3517-3>

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2001). Adapting to cancer: The importance of hope and purpose. In *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 15–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10402-002>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2003). Self-regulatory processes and responses to health threats: Effects of optimism on well-being. In *Social psychological foundations of health and illness*. (pp. 395–428). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470753552.ch15>
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., Magovern, G. J., & Carver, C. S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159(8), 829–835. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.8.829>
- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C. E., Cummings, J., & van der Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 397(10284), 1577–1590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)
- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Buehner, M. (2010). Is It Really Robust? *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 6, 147–151. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000016>
- Schnoll, R. A., Knowles, J. C., & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37–60. https://doi.org/10.1300/J077v20n01_03
- Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., Coon, D., Langa, K. M., Gitlin, L. N., Stevens, A. B., & Nichols, L. (2007). Patient suffering and caregiver compassion: New opportunities for research, practice, and policy. *The Gerontologist*, 47(1), 4–13. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.4>
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771–791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>
- Schulz, R., Visintainer, P., & Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Caregiving. *Journal of Gerontology*, 45(5), P181–P191. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.5.P181>
- Schwarzer, R. (2015). Self-efficacy: Mediator or moderator? Summary evidence from 7 studies. *European Health Psychologist*, 444–444.
- Schwarzer, R., Born, A., Iwawaki, S., & Lee, Y.-M. (1997). The Assessment of Optimistic Self-Beliefs: Comparison of the Chinese, Indonesian, Japanese, and Korean Versions of the General Self-Efficacy Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 40, 1–13.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weinman, J., Wright, S., & Johnston, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs Windsor*.
- Seeley, S. H., Yanez, B., Stanton, A. L., & Hoyt, M. A. (2017). An emotional processing writing intervention and heart rate variability: The role of emotional approach. *Cognition and Emotion*, 31(5), 988–994. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1170667>
- Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32(5), 648–655. <https://doi.org/10.1093/geront/32.5.648>
- Sheldon, K., Elliot, A., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What Is Satisfying About Satisfying Events? Testing 10 Candidate Psychological Needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 325–339. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.325>

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671. <https://doi.org/10.2466/pro.1982.51.2.663>
- Siminoff, L. A., Wilson-Genderson, M., & Baker, S. J. (2010). Depressive symptoms in lung cancer patients and their family caregivers and the influence of family environment. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1285–1293. <https://doi.org/10.1002/pon.1696>
- Smith, B. W. (2020). The Hero's Journey to Resilience and Thriving in the Context of Disaster. In S. E. Schulenberg (Ed.), *Positive Psychological Approaches to Disaster: Meaning, Resilience, and Posttraumatic Growth* (pp. 81–98). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-32007-2_6
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Smith, B. W., Epstein, E. M., Ortiz, J. A., Christopher, P. J., & Tooley, E. M. (2013). The Foundations of Resilience: What Are the Critical Resources for Bouncing Back from Stress? In S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Eds.), *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice* (pp. 167–187). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_13
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J., & Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 166–176. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.482186>
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2004). The role of purpose in life in recovery from knee surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(4), 197–202. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1104_2
- Smith, J. A., Lumley, M. A., & Longo, D. J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 326–335. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2404_09
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174–184. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.66.1.174>
- Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing and Society*, 34(3), 495–517. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875–882. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.875>
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150–1169. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1150>
- Stanton, A. L., & Low, C. A. (2012). Expressing emotions in stressful contexts: Benefits, moderators, and mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 124–128. <https://doi.org/10.1177/0963721411434978>
- Stanton, A. L., Parsa, A., & Austenfeld, J. L. (2002). The adaptive potential of coping through emotional approach. In *Handbook of positive psychology* (pp. 148–158). Oxford University Press.

- Stanton, A. L., & Revenson, T. A. (2011). Adjustment to chronic disease: Progress and promise in research. In *The Oxford handbook of health psychology*. (pp. 241–268). Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Sullivan, S. J., & Austenfeld, J. L. (2009). Coping Through Emotional Approach: Emerging Evidence for the Utility of Processing and Expressing Emotions in Responding to Stressors. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 224–236). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0021>
- Stanton, A. L., Sullivan, S. J., & Austenfeld, J. L. (2012). Coping Through Emotional Approach: Emerging Evidence for the Utility of Processing and Expressing Emotions in Responding to Stressors. *The Oxford Handbook of Positive Psychology, (2 Ed.)*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0021>
- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), P74–P86. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.P74>
- Stephens, M. A., Townsend, A. L., Martire, L. M., & Druley, J. A. (2001). Balancing parent care with other roles: Interrole conflict of adult daughter caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(1), P24–34. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.1.p24>
- Stevens, J. P. S., James P. (2001). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (4th ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410604491>
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71: 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson Education.
- Tao, L., Hu, X., Chen, H., Xiao, S., & Zhang, X. (2022). Factors influencing the burden on spousal caregivers of breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30(9), 7789–7799. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07130-2>
- Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O’Sullivan, L., O’Shea, D., & Fealy, G. (2018). Resilience in family caregiving for people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1582–1595. <https://doi.org/10.1002/gps.4972>
- Thomas Hebdon, M. C., Coombs, L. A., Reed, P., Crane, T. E., & Badger, T. A. (2021). Self-efficacy in caregivers of adults diagnosed with cancer: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101933. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101933>
- Toledano-Toledano, F., Luna, D., Moral De La Rubia, J., Martínez Valverde, S., Bermúdez Morón, C. A., Salazar García, M., & Vasquez Pauca, M. J. (2021). Psychosocial Factors Predicting Resilience in Family Caregivers of Children with Cancer: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 748. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020748>
- Trevino, K. M., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2018). Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psycho-Oncology*, 27(1), 243–249. <https://doi.org/10.1002/pon.4441>
- Truskinovsky, Y., Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C. (2022). Caregiving in a Pandemic: COVID-19 and the Well-Being of Family Caregivers 55+ in the United States. *Medical Care Research and Review*, 79(5), 663–675. <https://doi.org/10.1177/10775587211062405>

- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3–8; quiz 9–10. <https://doi.org/10.1097/00004650-200401000-00002>
- Van Roij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Van De Poll-Franse, L., Raijmakers, N., & on behalf of the eQuiPe study group. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: Results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7975–7984. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9>
- Vázquez, F. L., Blanco, V., Hita, I., Torres, Á. J., Otero, P., Páramo, M., & Salmerón, M. (2023). Efficacy of a Cognitive Behavioral Intervention for the Prevention of Depression in Nonprofessional Caregivers Administered through a Smartphone App: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 12(18). <https://doi.org/10.3390/jcm12185872>
- Vázquez, F. L., Otero, P., Blanco, V., López, L., & Torres, Á. (2018). Psychopathological Symptoms in Caregivers of Demented and Nondemented Patients. In M. Mollaoglu (Ed.), *Caregiving and Home Care*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.69432>
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O., & Estévez, L. E. (2017). Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention administered via conference call for preventing depression among non-professional caregivers: A pilot study. *Aging & Mental Health*, 21(9), 938–946. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1181714>
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Ochs, H., & Russo, J. (1989). A model of burden in caregivers of DAT patients. In *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research*. (pp. 267–291). US Department of Health & Human Services.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L., & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6(3), 392–402. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.6.3.392>
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dicker, D., Duan, L., Erskine, H., Feigin, V. L., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Graetz, N., Guinovart, C., Haagsma, J., ... Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743–800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Wadhwa, D., Burman, D., Swami, N., Rodin, G., Lo, C., & Zimmermann, C. (2013). Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 22(2), 403–410. <https://doi.org/10.1002/pon.2104>
- Walsh, D. M. J., Morrison, T. G., Conway, R. J., Rogers, E., Sullivan, F. J., & Groarke, A. (2018). A Model to Predict Psychological- and Health-Related Adjustment in Men with Prostate Cancer: The Role of Post Traumatic Growth, Physical Post Traumatic Growth, Resilience and Mindfulness. *Frontiers in Psychology*, Volume 9-2018. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00136>
- Wang, Z., Ma, C., Han, H., He, R., Zhou, L., Liang, R., & Yu, H. (2018). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(9), 1198–1206. <https://doi.org/10.1002/gps.4910>

- Watson, B., Tatangelo, G., & McCabe, M. (2019). Depression and Anxiety Among Partner and Offspring Carers of People With Dementia: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e597–e610. <https://doi.org/10.1093/geront/gny049>
- Whitlatch, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S58–S73. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx162>
- Williams, K. L., & Galliher, R. V. (2006). Predicting depression and self-esteem from social connectedness, support, and competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 855–874. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.855>
- Williamson, Ian & Sandage, Steven & Lee, Richard. (2007). How social connectedness affects guilt and shame: Mediation by hope and differentiation of self. *Personality and Individual Differences*. 43. 2159–2170. [10.1016/j.paid.2007.06.026](https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.06.026).
- Wister, A., Li, L., Mitchell, B., Wolfson, C., McMillan, J., Griffith, L. E., Kirkland, S., Raina, P., Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Team, Costa, A., Anderson, L., Balion, C., Yukiko, A., Basta, N., Cossette, B., Levasseur, M., Hofer, S., Paterson, T., Hogan, D., ... Cosco, T. (2022). Levels of Depression and Anxiety Among Informal Caregivers During the COVID-19 Pandemic: A Study Based on the Canadian Longitudinal Study on Aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(9), 1740–1757. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac035>
- Wong, P. T. P., & Fry, P. S. (Eds.). (1998). *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- World Alzheimer Report. (2024). *Global changes in attitudes to dementia*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
- Wu, Q., Yamaguchi, Y., & Greiner, C. (2022). Factors associated with the well-being of family caregivers of people with dementia. *Psychogeriatrics : The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 22(2), 218–226. <https://doi.org/10.1111/psyg.12805>
- Xue, H., Zhai, J., He, R., Zhou, L., Liang, R., & Yu, H. (2018). Moderating role of positive aspects of caregiving in the relationship between depression in persons with Alzheimer's disease and caregiver burden. *Psychiatry Research*, 261, 400–405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.088>
- Yang, F., Ran, M., & Luo, W. (2019). Depression of persons with dementia and family caregiver burden: Finding positives in caregiving as a moderator. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(5), 414–418. <https://doi.org/10.1111/ggi.13632>
- Yeager, C. A., Hyer, L. A., Hobbs, B., & and, A. C. C. (2010). Alzheimer's Disease and Vascular Dementia: The Complex Relationship between Diagnosis and Caregiver Burden. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 376–384. <https://doi.org/10.3109/01612840903434589>
- Ying, J., Yap, P., Gandhi, M., & Liew, T. M. (2019). Validity and Utility of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Detecting Depression in Family Caregivers of Persons with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 47(4–6), 323–334. <https://doi.org/10.1159/000500940>
- Yu, D. S. F., Cheng, S.-T., & Wang, J. (2018). Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 1–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.008>

- Yu, DT., Li, RX., Sun, JR. Rong, XW., Guo, XG., & Zhu, GD. (2025) Global mortality, prevalence and disability-adjusted life years of Alzheimer's disease and other dementias in adults aged 60 years or older, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive analysis for the global burden of disease 2021. *BMC Psychiatry* 25(1), 503. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06661-2>
- Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the Caregiver Burden of Caring for Community-Residing People with Alzheimer's Disease. *PloS One*, 10(7), e0132168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132168>
- Yudhistira, S., Deasyanti, D., & Muzdalifah, F. (2021). Construct Validity of Unidimensional General Self-Efficacy Using Confirmatory Factor Analysis. *Jurnal Pengukuran Psikologi Dan Pendidikan Indonesia (JP3I)*, 10(1), 60–66. <https://doi.org/10.15408/jp3i.v10i1.17150>
- Yuen, E. Y. N., & Wilson, C. J. (2021). The Relationship between Cancer Caregiver Burden and Psychological Outcomes: The Moderating Role of Social Connectedness. *Current Oncology*, 29(1), 14–26. <https://doi.org/10.3390/curroncol29010002>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19–28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6)
- Zarit, S. (2006). Assessment of family caregivers: A research perspective. *Caregiver Assessment: Voices and Views From the Field*, 2, 12–37.
- Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 89, pp. 101–106). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0072-9752\(07\)01209-2](https://doi.org/10.1016/S0072-9752(07)01209-2)
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families Under Stress*. NYU Press.
- Zarit, S. H., & Polenick, C. (2019). *Caregivers' Outcomes*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_8-1
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 26(3), 260–266. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- Zhang, S., Guo, Q., Edwards, H., Yates, P., & Li, C. (2014). Self-efficacy moderation and mediation roles on BPSD and social support influences on subjective caregiver burden in Chinese spouse caregivers of dementia patients. *International Psychogeriatrics*, 26(9), 1465–1473. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000994>
- Zimmerman, B. J. (1995). Self-efficacy and educational development. In A. Bandura (Ed.), *Self-Efficacy in Changing Societies* (pp. 202–231). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- Танеска, М. (2020). *Психичка оптовареност, социјална поддршка, справување и депресивност како предиктори на квалитетот на живот кај неформални негуватели на лица со деменција*. Необјавен дипломски труд, Универзитет "Св. Кирил и Методиј"

Прилози

Прилог A1. Прашалник за социодемографски и други податоци

1. Род на негувателот:
 - Женски
 - Машки
 - Друго
2. Возраст на негувателот:

3. Однос со лицето на кое му е потребна неџа:
 - брачен партнер
 - родител
 - сестра/брат
 - ќерка/син
 - внука/внук
 - пошироко семејство
4. Место на престојување:
 - во истата куќа/стан како и примателот на неџа
 - во различна куќа/стан од примателот на неџа
5. Највисоко завршено образование на негувателот:
 - основно
 - средно
 - виша школа
 - дипломски студии
 - магистерски студии
 - докторски студии
6. Работен статус
 - вработен/а
 - невработен/а
 - студент
 - пензионер/ка
7. Во последната година вашата финансиска состојба
 - се влоши
 - остана релативно иста
 - се подобри
8. Пред колку време беше дијагностицирано лицето со рак/деменција?
 - помалку од 1 година
 - 1-2 години
 - 3-5 години
 - 6 години или повеќе
9. Дали Вие сте примарниот негувател?
 - Да
 - Не
10. Дали ги делите негувателските обврски со некој друг?
 - Да
 - Не
11. Колку долго се грижите за лицето со рак/деменција?
број на месеци _____

12. Колку часови од денот поминувате во негувателски активности?

- 1-4 часа
- 5-8 часа
- 9-12 часа
- повеќе од 12 часа

13. Дали сте прележале Ковид?

- Да
- Не

14. Дали сметате дека од почетокот на пандемијата бројот на часови на пружање нега или помош :

- многу се зголемил
- малку се зголемил
- останал релативно ист
- се намалил малку
- се намалил многу

15. Дали сметате дека од почетокот на пандемијата интензитетот на негата се :

- зголемил многу
- малку се зголемил
- останал релативно ист
- се намалил малку
- се намалил многу

16. Возраст на лицето со рак/деменција

17. Род на лицето со рак/деменција

- Женски
- Машки
- Друго

18. Дали лицето со рак/деменција има прележано Ковид

- Да
- Не

19. Каков тип на рак има примателот на нега?

- Гастроинтестинален
- Респираторен
- Глава и врат
- Генитоуринарен
- Друго, наведете тип:

или

Каков тип на деменција има примателот на нега?

- Алцхајмерова болест
- Васкуларна деменција
- Мешана деменција
- Паркинсонова деменција
- Друго, наведете тип:

20. Во кој стадиум на болеста е вашиот роднина?

- 1 стадиум -ран стадиум или локализиран рак(карциномот е мал и се уште се наоѓа во органот во кој започнал)
- 2 стадиум-рано локално напреднат рак(карциномот е поголем од првиот стадиум но се уште не почнал да се проширува во околните ткива)
- 3 стадиум-напредна фаза или локално напреднат рак(карциномот е поголем, се проширил во околните ткива и има туморски клетки во околните лимфни јазли)
- 4 стадиум-метастатски или напреднат рак(карциномот се проширил кон друг орган/и)

Прилог A2. Кратка скала за резилентност (The Brief Resilience Scale; Smith et al., 2008)

Насоки: Ве молам означете го степенот до кој се согласувате со секоја од следните изјави

1 = воопшто не се согласувам, 2 = не се согласувам, 3 = неутрално 4=се согласувам 5=целосно се согласувам.

1. Брзо се враќам во првобитната состојба по неповолни животни околности
2. Тешко ги надминувам стресните искуства.
3. Брзо закрепнувам по доживување на стресен настан
4. Кога ќе се случи нешто лошо, тешко успевам да се вратам во првобитната состојба.
5. Најчесто, лесно ги надминувам неповолните искуства
6. Потребен ми е подолг временски период за да ги преболам назадувањата и потешкотиите во мојот живот.

Прилог А3. Ревидирана скала за социјална поврзаност (Social connectedness scale-revised; Lee, R.M., et al., 2001)

Насоки: Следуваат изјави кои ги одразуваат различни начини на доживување на себеси. Оценете го степенот до кој се согласувате или не се согласувате со секоја изјава користејќи ја следната скала (1 = Воопшто не се согласувам и 6 = Целосно се согласувам). Нема точен или погрешен одговор. Не размислувајте долго пред да одговорите на секоја од изјавите и не оставајте ниту една неодговорена.

1. Воопшто не се согласувам

2. Не се согласувам

3. Делумно не се согласувам

4. Делумно се согласувам

5. Се согласувам

6. Целосно се согласувам

1. Се чувствувам близок/блиска со луѓето
2. Се чувствувам исклучено од светот околу мене
3. Дури и покрај луѓето што ги познавам, не се чувствувам како навистина да припаѓам
4. Се чувствувам како аутсајдер (странец)
5. Се чувствувам разбрано од луѓето што ги познавам
6. Се чувствувам оддалечено од луѓето
7. Можам да се поврзам со луѓето на моја возраст
8. Не чувствувам доволно заедништво со луѓето на моја возраст
9. Сметам дека сум активно вклучен/а во животот на другите луѓе
10. Се чувствувам како да губам чувство на поврзаност со општеството
11. Се сметам себеси за осаменик
12. Не се чувствувам поврзано со повеќето луѓе
13. Моите пријатели ги чувствувам како семејство
14. Сметам дека не можам да соработувам со никого.
15. Дури и помеѓу моите пријатели нема чувство за сплотеност

Прилог А4. Справување со приближување кон емоциите (Emotional Approach Coping; Stanton et al., 1994)

Упатство: Заинтересирана сум за тоа како луѓето реагираат кога се соочуваат со стресни искуства. Под „стресни“ се мисли на ситуации кои Ви се тешки или вознемирувачки, или затоа што Ве вознемируваат или затоа што е потребен значителен напор за да се справите со нив. Постојат многу начини за справување со стресот. Овој прашалник бара од Вас да наведете што генерално правите, чувствувате и размислувате кога доживувате стресни ситуации. Се разбира, различните доживувања можат да донесат различни одговори, но размислете што обично правите кога сте под голем стрес.

Скала

1. Најчесто, воопшто не го правев ова
 2. Повремено го правев ова
 3. Често го правев ова
 4. Најчесто, многу го правев ова
-
1. Ги ослободувам моите чувства.
 2. Наоѓам начин да ги изразам моите емоции.
 3. Сфаќам дека моите чувства се валидни и важни.
 4. Одвојувам време за да сфатам што навистина чувствувам.
 5. Навлегувам во моите чувства за да ги разберам темелно.
 6. Си дозволувам себеси да ги изразам моите емоции.
 7. Ги прифаќам моите емоции.
 8. Наоѓам начин подобро да ги разберам моите емоции.
 9. Ги истражувам моите емоции.
 10. Го изразувам тоа што го чувствувам.
 11. Внимателно ги разгледувам причините за моите чувства.
 12. Слободно ги искажувам своите чувства
 13. Ги изнесувам моите чувства на виделина.
 14. Одвојувам време да ги изразам моите емоции.
 15. Работам на разбирање на моите чувства.
 16. Се чувствувам слободно да ги изразам моите емоции.

Прилог А5. Скала за општа самоефикасност (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer & Jerusalem, 1995)

Упатство: Следува список на изјави. Ве молам означете го степенот до кој секоја изјава се однесува на вас. За секоја изјава има 4 опции за одговор од 'Воопшто не е точно' до 'Потполно е точно'.

1. Воопшто не е точно
 2. Многу малку е точно
 3. Делумно е точно
 4. Потполно е точно
-
1. Секогаш можам да успеам да ги решам тешките проблеми ако доволно упорно се потрудам.
 2. Ако некој ми се спротивстави, можам да најдам средства и начини да го добијам тоа што го сакам.
 3. Лесно се придржуваам до моите намери и ги остварувам поставените цели.
 4. Уверен/а сум дека можам успешно да се справам со неочекувани настани.
 5. Благодарение на мојата снаодливост, знам како да се справам со непредвидливи ситуации.
 6. Можам да ги решам повеќето проблеми ако го вложам потребниот напор.
 7. Можам да останам смирен/а кога се соочувам со потешкотии бидејќи може да се потпрам на моите способности за справување.
 8. Кога се соочувам со проблем, најчесто можам да пронајдам повеќе решенија.
 9. Кога се наоѓам во неповолна ситуација, обично можам да смислам решение.
 10. Најчесто можам да се справам со се што ми се случува.

Прилог А6. Инвентар за ментално здравје (Mental Health Inventory; Veit & Ware, 1983)

Насоки: Прочитајте го секое прашање и селектирајте/заокружете го тврдењето кое најдобро опишува како се чувствувате и функциониравте изминатиов месец.

1. Колку се чувствувате среќно и задоволно од својот живот во изминатиов месец?
 - Исклучително среќно, позадоволно и не би можел/а да се чувствувам
 - Многу среќно во поголемиот дел од времето
 - Генерално среќно и задоволно
 - Понекогаш прилично задоволно, понекогаш прилично несреќно
 - Генерално незадоволно, несреќно
 - Многу незадоволно и несреќно во поголемиот дел од времето
2. Колку често се чувствувате осамено во изминатиов месец?
3. Колку често станувате нервозен/на или вознемирен/а кога се соочувате со возбуда или неочекувани ситуации во изминатиов месец?
4. Колку често, во изминатиов месец, имавте чувство дека иднината Ви е надежна и светла?
5. Колку често Вашето секојдневие беше исполнето со работи што Ви се интересни во изминатиов месец?
6. Колку често се чувствувате опуштен/а и ослободен/а од напнатост во изминатиов месец?
7. Колку често уживаше во работите кои ги правеше во изминатиов месец?
8. Во изминатиов месец, дали имавте причина да помислите дека нешто не е во ред со Вашиот ум или дека губите контрола врз Вашите постапки, зборови, мисли, чувства или врз помнењето?
 - Не воопшто
 - Можеби малку
 - Да, и тоа малку ме загрижува
 - Да, и тоа умерено ме загрижува
 - Да, и тоа многу ме загрижува
9. Дали се чувствувате депресивно во изминатиов месец?
 - Да, до степен да не ми беше грижа за ништо со денови
 - Да многу депресивно речиси секој ден
 - Да, умерено депресивно повеќе денови
 - Да, малку депресивно понекогаш
 - Не, не се чувствував депресивно воопшто

10. Колку често се чувствувавте сакано и почитувано во изминатиов месец?
11. Колку често се чувствувавте многу нервозно, во изминатиов месец?
12. Кога се будевте наутро, во изминатиов месец, колку често очекувавте дека ќе имате интересен ден?
13. Во текот на изминатиов месец колку често се чувствувавте напнато и раздразливо?
14. Дали бевте во можност потполно да го контролирете своето однесување, своите мисли, емоции, чувства во изминатиов месец?
 - Да, имав потполна контрола
 - Во голема мера да
 - Делумно да
 - Немав речиси никаква контрола
 - Не, и бев умерено вознемирен/а
 - Не, и бев многу вознемирен/а
15. Колку често Ви се тресеа рацете кога пробувавте да направите нешто, во изминатиов месец?
16. Колку често чувствувавте дека нема на што да се надевате во изминатиов месец?
17. Колку често, во изминатиов месец, се чувствувавте мирно и спокојно?
18. Колку често се чувствувавте емоционално стабилно во изминатиов месец?
19. Колку често се чувствувавте разочарано и тажно, во изминатиов месец?
20. Колку често Ви доаѓаше да заплачете, во изминатиов месец?
21. Колку често, во изминатиов месец, помислувавте дека на другите би им било подобро доколку Вие повеќе не сте живи?
22. Колку често можевте да се опуштите без потешкотии, во изминатиов месец?
23. Колку често чувствувавте дека Вашите интимни врски, во кои сте сакан/а и сакате некого, биле целосни и исполнети, во изминатиов месец?
24. Колку често чувствувавте дека ништо не се одвива онака како што посакуваш, во изминатиов месец?
25. Во колкава мера Ве вознемируваше нервоза во текот на изминатиов месец?
 - Исклучително многу, до степен да не можам ништо да работам
 - Во многу голема мера
 - Во голема мера
 - Не многу, но доволно за да го забреметам тоа
 - Малку
 - Воопшто не

26. Колку често го доживувавте својот живот како прекрасна авантура, во изминатиов месец?
27. Колку често се чувствувавте толку нерасположено што ништо не можеше да Ве развесели во изминатиов месец?
28. Во текот на изминатиов месец, дали некогаш помислувавте да си го одземете животот?
- Да, многу често
 - Да, често
 - Да, неколку пати
 - Да, еднаш
 - Не, никогаш
29. Колку често се чувствувавте вознемирено, нервозно или нетрпеливо во изминатиов месец?
30. Колку често се чувствувавте нерасположено или загрижено за работите во текот на изминатиов месец?
31. Колку често се чувствувавте весело и безгрижно, во изминатиов месец?
32. Колку често се чувствувавте вознемирено, нервозно или нетрпеливо во изминатиов месец?
33. Дали се чувствувавте анксизно или загрижено во изминатиов месец?
- Да, до степен да ми се лоши физички
 - Да, и тоа многу
 - Да, умерено
 - Не многу, но доволно да ни смета тоа
 - Да, малку
 - Не, воопшто
34. Колку често се чувствувавте среќно во изминатиов месец?
35. Колку често, во изминатиов месец се наоѓавте во ситуација да се обидувате да се смирите себеси?
36. Колку често се чувствувавте обесхрабрено или безнадежно, во изминатиов месец?
37. Колку често се будевте свеж/а и одморен/а, во изминатиов месец?
- Секој ден
 - Речиси секој ден
 - Повеќето денови
 - Некои денови, но претежно не
 - Речиси никогаш

- Никогаш не се будам одморен/а
- 38. Во текот на изминатиов месец, дали бевте изложен/а на некаков стрес или притисок?
 - Да, повеќе од она што можам да поденсам
 - Да, под голем притисок
 - Да, повеќе од вообичаено
 - Да, но во вообичаена мера
 - Да, малку
 - Не, воопшто

Скала за останатите тврдења

- 1.Постојано
- 2.Многу често
- 3.Често
- 4.Понекогаш
- 5.Речиси никогаш
- 6.Никогаш

Прилог А7. Скала на Латон за инструментални активности во секојдневието (Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) – Lawton & Brody, 1969)

Инструкција: За секоја категорија заокружете/ селектирајте го тврдењето кое најмногу одговара на највисокото ниво на функционирање на лицето за кое се грижите.

1. Способност да користи телефон

1. Користи телефон самоиницијативно – пронаоѓа и врти на броеви
2. Врти на неколку познати броеви.
3. Се јавува на телефон но не врти на други.
4. Воопшто не го користи телефонот.

5. Не учествува во никакви домашни обврски.

5. Перење

1. Потполно сам/а пере.
2. Пере мали парчиња- чорапи итн.
3. Сите алишта мора да се исперат од страна на некој друг

2. Пазарење

1. Самостојно се грижи за сите потреби за пазарење.
2. Самостојно пазари мали набавки
3. Треба да биде придружуван/а на секое пазарење.
4. Воопшто не е способен/на да пазари.

6. Начин на транспорт

1. Самостојно користи јавен превоз или вози сопствено возило.
2. Самостојно организира такси превоз, но не користи јавен превоз
3. Користи јавен превоз кога е придружуван/а од некој друг.
4. Патувањето е ограничено на такси или автомобил со помош на друг
5. Воопшто не користи превоз.

3. Подготовка на храна

1. Самостојно планира, подготвува и сервира соодветни оброци.
2. Подготвува соодветни оброци само ако е снабден/а со состојки.
3. Пригрева, сервира и подготвува оброци или подготвува оброци но не одржува соодветен режим на исхрана.
4. Оброците треба да му/и се подготвуваат и сервираат.

7. Одговорност за сопствените лекарства

1. Одговорен/на за земање на лекарствата во соодветна доза и во точно време
2. Преземаат одговорност ако лекарствата се претходно подготвени во соодветна доза
3. Не е способен/на за земање на сопствените лекарства

4. Одржување на домаќинството

1. Сам/а ја одржува куќата или со повремена помош (помош при тешки обврски)
2. Извршува лесни секојдневни обврски како миење садови, местење кревет.
3. Извршува лесни секојдневни обврски но не може да оддржи прифатливо ниво на чистота
4. Потребна му/и е помош со сите обврски за одржување на домот.

8. Способност да одржува финансии

1. Самостојно управува со финансии (планира буџет, плаќа сметки, оди во банка), води евиденција за приходите.
2. Самостојно управува со секојдневните набавки, но има потреба од помош за банкарски услуги, големи набавки.
3. Не е способен/на да ракува со пари

Прилог A8. Индекс на Кац за независност во секојдневни активности

(Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)- Katz et al., 1970)

Инструкција: За секоја категорија заокружете/ селектирајте го тврдењето кое најмногу одговара на највисокото ниво на функционирање на лицето за кое се грижите

Капење

1. Сам/а се капе целосно или му/и треба помош во капење на само еден дел од телото како грбот, гениталниот предел или инвалидизиран екстремитет.
2. Потребна му/и е помош при капење на повеќе од еден дел од телото, влегување или излегување од када или туш кабина. Потребно му/и е комплетно капење од некој друг.

Облекување

1. Зема облека од плакари и фиоки, ја облекува облеката и се закопчува. Потребна му/и е помош при врзување чевли.
2. Потребна му/и е помош при облекување или потребно му/и е целосно да биде облечен/а од некој друг.

Одење во тоалет

1. Оди во тоалет, седнува и станува од шолјата, ја средува облеката, ги чисти гениталиите без помош.
2. Потребна му/и е помош да биде пренесен/а до тоалетот, да се исчисти или користи леген

Преместување

1. Без помош легнува и станува од кревет или стол. Користи механички помагала за движење.
2. Потребна му/и е помош за преместување од кревет кон стол или потребно му/и е целосно пренесување.

Континенција

1. Има целосна самоконтрола врз мокрењето и дефекацијата.
2. Делумно или целосно нема контрола врз цревата и мочниот меур.

Хранење

1. Без помош може да ја пренесе храната од чинијата до устата . Подготвувањето на храната може да е направено и од друго лице.
2. Потребна му/и е делумна или целосна помош со хранење или потребно му/е земање на исхрана интравенски.

Прилог Б1. Коефициенти од моделот на паралелна медијација меѓу резилентноста и психолошката добросостојба

Варијабли		М1 (Обработување на емоции)				М2 (Изразување на емоции)				М3 (Самоефикасност)				Y (Психолошка добросостојба)		
		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p
X(Резилентност)	<i>a1</i>	1.554	0.78	<.05	<i>a2</i>	0.543	0.688	0.43 ₁	<i>a3</i>	2.232	0.751	<.001	<i>c'</i>	1.634	1.242	0.19 ₁
М1(Обработување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b1</i>	0.209	0.225	0.35 ₆
М2(Изразување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b2</i>	0.03	0.255	0.90 ₆
М3(Самоефикасност)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b3</i>	0.432	0.166	0.01
С1(Социјална поврзаност)	<i>f1</i>	0.107	0.02	0.05 ₂		0.087	0.048	0.07 ₁		0.233	0.052	<.001	<i>g1</i>	0.423	0.089	<00 ₁
С2(IADL)	<i>f2</i>	-0.04	0.25 ₈	0.87 ₈		0.028	0.228	0.90 ₃		0.264	0.249	0.29	<i>g2</i>	-0.591	0.393	0.13 ₆
С3(ОАС)	<i>f3</i>	0.098	0.271	0.71 ₈		0.358	0.239	0.13 ₇		0.032	0.261	0.904	<i>g3</i>	0.369	0.417	0.37 ₉
С4(1-4 часови грижа)	<i>f4</i>	-1.206	1.601	0.45 ₃		-1.234	1.41	0.38 ₃		-0.423	1.54	0.784	<i>g4</i>	1.72	2.429	0.48
С5(5-8 часови грижа)	<i>f5</i>	-2.588	1.643	0.11 ₈		-3.715	1.447	<.05		-0.049	1.58	0.975	<i>g5</i>	-0.919	2.572	0.72 ₂
С6(9-12 часови грижа)	<i>f6</i>	0.077	1.936	0.96 ₈		-3.541	1.706	<.05		0.52	1.863	0.781	<i>g6</i>	-0.57	3.073	0.85 ₃
С7(партнер)	<i>f7</i>	-3.65	1.572	<.05		-5.297	1.385	<.00 ₁		-1.586	1.512	0.297	<i>g7</i>	-4.995	2.54	0.52
С8(ќерка/син)	<i>f8</i>	-1.07	1.349	0.42 ₉		-3.887	1.189	<.01		-0.734	1.298	0.573	<i>g8</i>	-1.778	2.198	0.42 ₁
Константа	<i>iM1</i>	10.575	3.43	<.01	<i>iM2</i>	15.349	3.022	<.00 ₁	<i>iM3</i>	10.1	3.3	<.05	<i>iY</i>	-0.393	5.829	0.94 ₆
		$R^2 = 0.226$			$R^2 = 0.308$			$R^2 = 0.398$			$R^2 = 0.603$					
		$F(9,110) = 3.565, p < .001$			$F(9,110) = 5.441, p < .001$			$F(9,110) = 8.074, p < .001$			$F(12,107) = 13.525, p < .001$					

Прилог Б2. Коефициенти од моделот на паралелна медијација меѓу социјална поврзаност и психолошка добросостојба

Варијабли		М1(Обработување на емоции)				М2(Изразување на емоции)				М3(Самоефикасност)				Y(Психолошка добросостојба)		
		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p
X(Социјална поврзаност)	<i>a1</i>	0.107	0.054	0.052	<i>a2</i>	0.087	0.048	0.714	<i>a3</i>	0.233	0.052	<.001	<i>c'</i>	0.423	0.089	<.001
М1(Обработување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b1</i>	0.209	0.225	0.356
М2(Изразување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b2</i>	0.03	0.255	0.906
М3(Самоефикасност)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b3</i>	0.432	0.166	0.01
С1(Резилиентност)	<i>f1</i>	1.554	0.78	<.05		0.543	0.688	0.431		2.232	0.751	<.01	<i>g1</i>	1.634	1.242	0.191
С2(ИАС)	<i>f2</i>	-0.04	0.258	0.878		0.028	0.228	0.903		0.264	0.249	0.29	<i>g2</i>	-0.591	0.393	0.136
С3(ОАС)	<i>f3</i>	0.098	0.271	0.718		0.358	0.239	0.137		0.032	0.261	0.904	<i>g3</i>	0.369	0.417	0.379
С4(1-4 часови грижа)	<i>f4</i>	-1.206	1.601	0.453		-1.234	1.41	0.383		-0.42	1.54	0.784	<i>g4</i>	1.72	2.429	0.48
С5(5-8 часови грижа)	<i>f5</i>	-2.588	1.643	0.118		-3.715	1.447	<.05		-0.05	1.58	0.975	<i>g5</i>	-0.919	2.572	0.722
С6(9-12 часови грижа)	<i>f6</i>	0.077	1.936	0.968		-3.541	1.706	<.05		0.52	1.863	0.781	<i>g6</i>	-0.57	3.073	0.853
С7(партнер)	<i>f7</i>	-3.65	1.572	<.05		-5.297	1.385	<.001		-1.59	1.512	0.297	<i>g7</i>	-4.995	2.54	0.052
С8(ќерка/син)	<i>f8</i>	-1.07	1.349	0.429		-3.887	1.189	<.01		-0.73	1.298	0.573	<i>g8</i>	-1.777	2.198	0.421
Константа	<i>iM1</i>	10.575	3.43	<.01	<i>iM2</i>	15.349	3.022	<.001	<i>iM3</i>	10.1	3.3	<.05	<i>iY</i>	-0.393	5.829	0.946
$R^2 = 0.226$					$R^2 = 0.308$					$R^2 = 0.398$				$R^2 = 0.603$		
$F(9,110) = 3.565, p < .001$					$F(9,110) = 5.441, p < .001$					$F(9,110) = 8.074, p < .001$				$F(12,107) = 13.525, p < .001$		

Прилог Б3. Коефициенти од моделот на паралелна медијација меѓу резилентност и психичка вознемиреност

Варијабли		М1(Обработување на емоции)				М2(Изразување на емоции)				М3(Самоефикасност)				Y(Психичка вознемиреност)		
		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p
X(Резилентност)	<i>a1</i>	1.554	0.78	<.05	<i>a2</i>	0.543	0.688	0.43 ₁	<i>a3</i>	2.232	0.751	<.00 ₁	<i>c'</i>	-4.019	2.137	0.06 ₃
М1(Обработување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b1</i>	-0.048	0.387	0.90 ₃
М2(Изразување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b</i> ₂	0.045	0.439	0.918
М3(Самоефикасност)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b3</i>	-0.917	0.286	<.00 ₁
С1(Социјална поврзаност)	<i>f1</i>	0.107	0.05 ₄	0.05 ₂		0.087	0.048	0.07 ₁		0.233	0.052	<.00 ₁	<i>g1</i>	-0.798	0.054	<.00 ₁
С2(ИАС)	<i>f2</i>	-0.04	0.25 ₈	0.87 ₈		0.028	0.228	0.90 ₃		0.264	0.249	0.29	<i>g</i> ₂	1.357	0.677	<.05
С3(ОАС)	<i>f3</i>	0.098	0.271	0.718		0.358	0.239	0.137		0.032	0.261	0.90 ₄	<i>g</i> ₃	-0.288	0.717	0.68 ₉
С4(1-4 часови грижа)	<i>f4</i>	-1.206	1.601	0.45 ₃		-1.234	1.41	0.38 ₃		-0.423	1.54	0.78 ₄	<i>g</i> ₄	-6.96	4.18	0.09 ₉
С5(5-8 часови грижа)	<i>f5</i>	-2.588	1.643	0.118		-3.715	1.447	<.05		-0.049	1.58	0.97 ₅	<i>g5</i>	-2.432	4.427	0.58 ₄
С6(9-12 часови грижа)	<i>f6</i>	0.077	1.936	0.96 ₈		-3.541	1.706	<.05		0.52	1.863	0.781	<i>g</i> ₆	2.145	5.288	0.68 ₆
С7(партнер)	<i>f7</i>	-3.65	1.572	<.05		-5.297	1.385	<.00 ₁		-1.586	1.512	0.29 ₇	<i>g7</i>	3.73	4.37	0.39 ₅
С8(ќерка/син)	<i>f8</i>	-1.07	1.349	0.42 ₉		-3.887	1.189	<.01		-0.734	1.298	0.57 ₃	<i>g</i> ₈	2.749	3.782	0.46 ₉
Константа	<i>iM1</i>	10.575	3.43	<.01	<i>iM</i> ₂	15.349	3.022	<.00 ₁	<i>iM</i> ₃	10.101	3.3	<.01	<i>iY</i>	160.20 ₈	10.033	<.00 ₁
$R^2 = 0.226$					$R^2 = 0.308$					$R^2 = 0.398$				$R^2 = 0.614$		
$F(9,110) = 3.565, p < .001$					$F(9,110) = 5.441, p < .001$					$F(9,110) = 8.074, p < .001$				$F(12,107) = 14.154, p < .001$		

Прилог Б4. Коефициенти од моделот на паралелна медијација меѓу социјална поврзаност и психичка вознемиреност

Варијабли		М1(Обработување на емоции)				М2(Изразување на емоции)				М3(Самоефикасност)				Y(Психичка вознемиреност)		
		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p
X(Социјална поврзаност)	<i>a1</i>	0.107	0.054	0.052	<i>a2</i>	0.087	0.048	0.714	<i>a3</i>	0.233	0.052	<.001	<i>c'</i>	-0.798	0.154	<.001
М1(Обработување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b1</i>	-0.048	0.387	0.903
М2(Изразување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b2</i>	0.045	0.439	0.918
М3(Самоефикасност)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b3</i>	-0.917	0.286	<.01
С1(Резилиентност)	<i>f1</i>	1.554	0.78	<.05		0.543	0.688	0.431		2.232	0.751	<.01	<i>g1</i>	-6.57	2.119	0.063
С2(ИАС)	<i>f2</i>	-0.04	0.258	0.878		0.028	0.228	0.903		0.264	0.249	0.29	<i>g2</i>	1.357	0.677	<.05
С3(ОАС)	<i>f3</i>	0.098	0.271	0.718		0.358	0.239	0.137		0.032	0.261	0.904	<i>g3</i>	-0.288	0.717	0.689
С4(1-4 часови грижа)	<i>f4</i>	-1.206	1.601	0.453		-1.234	1.41	0.383		-0.423	1.540	0.784	<i>g4</i>	-6.96	4.18	0.099
С5(5-8 часови грижа)	<i>f5</i>	-2.588	1.643	0.118		-3.715	1.447	<.05		-0.049	1.580	0.975	<i>g5</i>	-2.432	4.427	0.584
С6(9-12 часови грижа)	<i>f6</i>	0.077	1.936	0.968		-3.541	1.706	<.05		0.52	1.863	0.781	<i>g6</i>	2.145	5.288	0.686
С7(партнер)	<i>f7</i>	-3.65	1.572	<.05		-5.297	1.385	<.001		-1.586	1.512	0.297	<i>g7</i>	3.73	4.371	0.395
С8(ќерка/син)	<i>f8</i>	-1.07	1.349	0.429		-3.887	1.189	<.01		-0.734	1.298	0.573	<i>g8</i>	2.749	3.782	0.469
Константа	<i>iM1</i>	10.575	3.43	<.01	<i>iM2</i>	15.349	3.022	<.001	<i>iM3</i>	10.101	3.3	<.01	<i>iY</i>	160.208	10.033	<.001
		$R^2 = 0.226$			$R^2 = 0.308$			$R^2 = 0.398$			$R^2 = 0.614$					
		$F(9,110) = 3.565, p < .001$			$F(9,110) = 5.441, p < .001$			$F(9,110) = 8.074, p < .001$			$F(12,107) = 14.154, p < .001$					

Прилог Б5. Коефициенти од моделот на паралелна медијација меѓу резилиентност и психичка оптовареност

Варијабли		М1(Обработување на емоции)				М2(Изразување на емоции)				М3(Самоефикасност)				Y(Психичка оптовареност)		
		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p
X(Резилиентност)	<i>a1</i>	1.554	0.78	<.05	<i>a2</i>	0.543	0.688	0.431	<i>a3</i>	2.232	0.751	<.001	<i>c'</i>	-2.963	1.268	<.05
М1(Обработување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b1</i>	0.142	0.23	0.539
М2(Изразување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b2</i>	-0.094	0.26	0.718
М3(Самоефикасност)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b3</i>	-0.187	0.17	0.274
С1(Социјална поврзаност)	<i>f1</i>	0.107	0.054	0.052		0.087	0.048	0.071		0.233	0.052	0	<i>g1</i>	-0.138	0.091	0.135
С2(ИАС)	<i>f2</i>	-0.04	0.258	0.878		0.028	0.228	0.903		0.264	0.249	0.29	<i>g2</i>	-0.838	0.402	<.05
С3(ОАС)	<i>f3</i>	0.098	0.271	0.718		0.358	0.239	0.137		0.032	0.261	0.904	<i>g3</i>	0.923	0.426	<.05
С4(1-4 часови грижа)	<i>f4</i>	-1.206	1.601	0.453		-1.23	1.41	0.383		-0.42	1.54	0.784	<i>g4</i>	-7.741	2.48	<.001
С5(5-8 часови грижа)	<i>f5</i>	-2.588	1.643	0.118		-3.72	1.447	<.05		-0.05	1.58	0.975	<i>g5</i>	-3.115	2.626	0.238
С6(9-12 часови грижа)	<i>f6</i>	0.077	1.936	0.968		-3.54	1.706	<.05		0.52	1.863	0.781	<i>g6</i>	-2.688	3.137	0.393
С7(партнер)	<i>f7</i>	-3.65	1.572	<.05		-5.3	1.385	<.001		-1.59	1.512	0.297	<i>g7</i>	0.896	2.593	0.73
С8(ќерка/син)	<i>f8</i>	-1.07	1.349	0.429		-3.89	1.189	<.01		-0.73	1.298	0.573	<i>g8</i>	1.726	2.244	0.443
Константа	<i>iM1</i>	10.575	3.43	<.05	<i>iM2</i>	15.35	3.022	<.001	<i>iM3</i>	10.1	3.3	<.01	<i>iY</i>	42.6	5.951	<.001
$R^2 = 0.226$					$R^2 = 0.308$					$R^2 = 0.398$				$R^2 = 0.359$		
$F(9,110) = 3.565, p < .001$					$F(9,110) = 5.441, p < .001$					$F(9,110) = 8.074, p < .001$				$F(12,107) = 4.986, p < .001$		

Прилог Б6. Коефициенти од моделот на паралелна медијација меѓу социјална поврзаност и психичка оптовареност

Варијабли		M1(Обработување на емоции)				M2(Изразување на емоции)				M3(Самоефикасност)				Y(Психичка оптовареност)						
		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p		Coeff.	SE	p				
X(Социјална поврзаност)	<i>a1</i>	0.107	0.054	0.052	<i>a2</i>	0.087	0.048	0.714	<i>a3</i>	0.233	0.052	<.001	<i>c'</i>	-0.14	0.091	0.135				
M1(Обработување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b1</i>	0.142	0.23	0.539				
M2(Изразување на емоции)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b2</i>	-0.09	0.26	0.718				
M3(Самоефикасност)		-	-	-		-	-	-		-	-	-	<i>b3</i>	-0.19	0.17	0.274				
C1(Резилиентност)	<i>f1</i>	1.554	0.78	<.05		0.543	0.688	0.431		2.232	0.751	<.01	<i>g1</i>	-2.963	1.268	<.05				
C2(ИАС)	<i>f2</i>	-0.04	0.258	0.878		0.028	0.228	0.903		0.264	0.249	0.29	<i>g2</i>	-0.84	0.402	<.05				
C3(ОАС)	<i>f3</i>	0.098	0.271	0.718		0.358	0.239	0.137		0.032	0.261	0.904	<i>g3</i>	0.923	0.426	<.05				
C4(1-4 часови грижа)	<i>f4</i>	-1.21	1.601	0.453		-1.234	1.41	0.383		-0.423	1.54	0.784	<i>g4</i>	-7.74	2.48	<.01				
C5(5-8 часови грижа)	<i>f5</i>	-2.59	1.643	0.118		-3.715	1.447	<.05		-0.049	1.58	0.975	<i>g5</i>	-3.12	2.626	0.238				
C6(9-12 часови грижа)	<i>f6</i>	0.077	1.936	0.968		-3.541	1.706	<.05		0.52	1.863	0.781	<i>g6</i>	-2.69	3.137	0.393				
C7(партнер)	<i>f7</i>	-3.65	1.572	<.05		-5.297	1.385	<.001		-1.586	1.512	0.297	<i>g7</i>	0.896	2.593	0.73				
C8(ќерка/син)	<i>f8</i>	-1.07	1.349	0.429		-3.887	1.189	<.01		-0.734	1.298	0.573	<i>g8</i>	1.73	2.24	0.443				
Константа	<i>iM1</i>	10.58	3.43	<.05	<i>iM2</i>	15.349	3.022	<.001	<i>iM3</i>	10.1	3.3	<.01	<i>iY</i>	42.6	5.951	<.001				
		$R^2 = 0.226$					$R^2 = 0.308$					$R^2 = 0.398$					$R^2 = 0.359$			
		$F(9,110) = 3.565, p < .001$					$F(9,110) = 5.441, p < .001$					$F(9,110) = 8.074, p < .001$						$F(12,107) = 4.986, p < .001$		

