

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ВОЛИНСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

**Павлович Ірина Станіславівна
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ БАТЬКІВ
ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
МУДРИК АЛЛА БОГДАНІВНА,
кандидат психологічних наук, доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____

засідання кафедри загальної та клінічної психології

від _____ 2025р

Завідувач кафедри

ПІБ завідувача кафедри _____

ЛУЦЬК 2025

АНОТАЦІЯ

Павлович І.С. «Психологічні особливості розладів адаптації батьків дітей з цукровим діабетом». - Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 - Психологія. - Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.

У магістерській роботі досліджено феномен розладів адаптації у батьків дітей із цукровим діабетом як важливу психологічну проблему, що виникає внаслідок тривалого психоемоційного навантаження, пов'язаного з доглядом за хронічно хворою дитиною.

Теоретично обґрунтовано особливості проявів розладу адаптації, розкрито їх симптоми, динаміку розвитку, чинники виникнення та взаємозв'язок із особистісними характеристиками.

Емпірична частина дослідження реалізована на вибірці батьків дітей з цукровим діабетом. У дослідженні використано психодіагностичні методики, що дозволили визначити рівні емоційного вигорання, особистісної та реактивної тривожності, психоемоційного стану та структури особистості.

Застосовано методи математичної статистики для виявлення зв'язків між змінними. Встановлено наявність статистично значущих кореляцій між емоційним вигоранням і такими особистісними характеристиками, як тривожність, нейротизм, фрустрація, ригідність тощо.

Результати дослідження дали змогу визначити напрями профілактики розладів адаптації та розробити рекомендації для психологів і фахівців психічного здоров'я щодо роботи з батьками, які виховують дітей із цукровим діабетом.

Ключові слова: розлади адаптації, дезадаптація, психологічні особливості, батьки, цукровий діабет, втома, стрес, тривожність, депресія, психологічна допомога.

ABSTRACT

Pavlovyh I.S. "Psychological Features of Adjustment Disorders in Parents of Children with Diabetes Mellitus." - Manuscript. Master's Qualification Thesis for the degree of "Master" in specialty 053 - Psychology. - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The master's thesis explores the phenomenon of adjustment disorders in parents of children with type 1 diabetes mellitus as a significant psychological issue arising from prolonged psycho-emotional strain associated with caring for a chronically ill child.

Theoretical analysis substantiates the specific manifestations of adjustment disorder, revealing its symptoms, developmental dynamics, causal factors, and interrelation with personality traits.

The empirical part of the study was conducted on a sample of parents of children with diabetes mellitus. Psychodiagnostic methods were applied to assess levels of emotional burnout, personal and reactive anxiety, psycho-emotional state, and personality structure.

Methods of mathematical statistics were used to identify correlations between variables. Statistically significant relationships were established between emotional burnout and such personality characteristics as anxiety, neuroticism, frustration, rigidity, and others.

The findings made it possible to outline directions for the prevention of adjustment disorders and to develop recommendations for psychologists and mental health professionals working with parents raising children with diabetes mellitus.

Keywords: adjustment disorders, maladaptation, psychological features, parents, diabetes mellitus, fatigue, stress, anxiety, depression, psychological support.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФЕНОМЕНУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	
1.1 Поняття адаптації та дезадаптації в сучасній психологічній науці	8
1.2 Особливості розладу адаптації батьків дітей з цукровим діабетом.....	16
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	
2.1 Опис й обґрунтування програми та методів дослідження	26
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	28
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

Актуальність проблеми. Аутоімунні захворювання, в тому числі цукровий діабет, у дітей мають хронічний перебіг і потребують тривалого, часто пожиттєвого лікування. Діагностика хвороби у дитини є значним стресогенним фактором для батьків, що активізує кризову реакцію, дестабілізує емоційний стан, змінює звичний спосіб життя та ускладнює процес адаптації. Батьки в умовах хронічного стресу стикаються з психоемоційним виснаженням, тривожністю, депресивними проявами, а також із труднощами у використанні конструктивних копінг-стратегій.

Розлад адаптації у таких умовах постає як поширене психічне порушення, що супроводжується зниженням якості життя, втратою психологічної резильєнтності та підвищеним ризиком розвитку психосоматичних розладів. Психологічна нестійкість батьків безпосередньо впливає на якість догляду за дитиною, її емоційний стан, ефективність лікування, а також функціонування всієї сім'ї.

Незважаючи на актуальність проблеми, у вітчизняному науковому просторі відсутні систематизовані дослідження, які комплексно вивчають психологічний профіль розладів адаптації батьків дітей з цукровим діабетом. Це зумовлює потребу у вивченні психологічних чинників адаптації та розробці практичних підходів до надання цілеспрямованої допомоги цій вразливій категорії населення.

Метою магістерської роботи є теоретично-емпіричне вивчення психологічних особливостей розладів адаптації батьків дітей з цукровим діабетом.

Об'єкт дослідження - процес адаптації батьків до хронічного захворювання дитини.

Предмет дослідження - психологічні особливості розладів адаптації та розладу адаптації батьків дітей з цукровим діабетом.

Для досягнення мети поставлені такі **завдання**:

- Провести теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми адаптації та розладів адаптації особистості.

- Окреслити психологічні чинники ризику розладів адаптації у батьків дітей з цукровим діабетом.
- Розробити програму емпіричного дослідження з використанням валідних психодіагностичних методик.
- Дослідити рівень психоемоційного стану, якості життя, копінг-стратегій та симптомів тривоги й депресії у батьків дітей з цукровим діабетом.
- Визначити психологічні особливості та потенційні предиктори розладу адаптації.

Теоретико-методологічна база дослідження. Проблему стресу та адаптації вивчали такі класики психології, як Г. Сельє, К. Левін, Р. Лазарус, а також сучасні дослідники - Н. О. Марута, В. Т. Федченко, Л. О. Герасименко, які розкривали клінічні аспекти розладів адаптації, зокрема тривожно-депресивні прояви. У фокусі зарубіжних досліджень перебувають чинники психоемоційної стабільності батьків дітей із хронічними хворобами E. Robertson, C. Wakefield, M. Spanovic-Kelber, які підкреслюють роль соціальної підтримки та конструктивних копінг-стратегій.

У працях М. А. Morgan та колег акцентується на високому ризику хронізації розладів адаптації та їх трансформації в інші психічні стани. Однак питання специфіки адаптації саме батьків дітей з цукровим діабетом залишається недостатньо вивченим, що і визначає актуальність даного дослідження.

Методи дослідження:

Теоретичні методи: аналіз, узагальнення й систематизація наукових джерел з теми адаптації, психічних розладів та копінг-поведінки.

Емпіричні методи - психодіагностичний інструментарій: Шкала оцінки якості життя Чабана (QOL); Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах; Шкала оцінки впливу травматичної події (IOES); Методика діагностики копінг-механізмів Е. Хайма (адаптація Л.І. Васермана).

Методи обробки результатів: описова статистика; кореляційний аналіз; порівняльний аналіз середніх значень. Статистично-математичне обчислення здійснено за допомогою стандартних програм для математичної обробки даних комп'ютерних програм Statistika.

База дослідження. У дослідженні брали участь батьки дітей з цукровим діабетом 1 типу віком від 18 років. Загальна вибірка становила 47 осіб - матерів дітей з цукровим діабетом. Рекрутація респондентів здійснювалася за участю ГО «Об'єднання батьків дітей хворих на цукровий діабет «Інсулін».

Теоретична значущість дослідження розширює уявлення про психологічні чинники, що зумовлюють розлади адаптації у батьків дітей з цукровим діабетом уточнює наукові уявлення про зв'язок цього феномену з особистісними характеристиками.

Практичне значення дослідження. Результати можуть бути використані в діяльності практичних психологів, соціальних працівників, психотерапевтів для діагностики, профілактики та корекції емоційного вигорання у батьків, які перебувають у стані тривалого стресу, пов'язаного з вихованням дитини з хронічним захворюванням.

Апробація результатів дослідження. Проведене дослідження було апробовано на IV міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології (5-6 черв. 2025 р., м. Луцьк, Україна).

Публікації:

1. Галімська І. С., Мудрик А. Б. Психологічні особливості розладів адаптації батьків дітей з аутоімунним захворюванням / І. Галімська, А. Мудрик// Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології : зб. тез доп. IV міжнар. наук.-практ. конф. (5-6 черв. 2025 р., м. Луцьк, Україна). - Луцьк : Вежа-Друк, 2025. - С. 99-101.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, двох розділів та висновків, списку використаної літератури (83 найменування, 24 з них - іноземною мовою). Повний обсяг роботи викладений на 75 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 10 таблицями та 13 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФЕНОМЕНУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Поняття адаптації та дезадаптації в сучасній психологічній науці

Поняття адаптації є одним із ключових у психології, особливо в контексті вивчення взаємодії людини з навколишнім середовищем. Загалом адаптація розглядається як динамічний процес пристосування індивіда до змін у середовищі з метою забезпечення особистісної цілісності, психологічного комфорту та ефективного функціонування. У психології цей процес охоплює не лише біологічну складову, а й психічну та соціальну сфери функціонування особистості.

У контексті дослідження психологічних особливостей адаптації батьків дітей з цукровим діабетом, доцільно звернутися до фундаментального тлумачення поняття *адаптація*, поданого у «Психологічному словнику» за редакцією В.В. Синявського, О.П. Сергеєнкової та Н.А. Побірченко. Згідно з авторами, адаптація - це процес пристосування особистості до змінених умов життєдіяльності, який реалізується через фізіологічні, психічні та соціальні реакції з метою забезпечення нормального функціонування в новій ситуації.

Такий підхід дозволяє розглядати адаптацію батьків дитини з цукровим діабетом як багаторівневий процес, який включає:

- фізіологічні компоненти - наприклад, зміни в режимі сну, харчування, активності, пов'язані зі стресом або втомою;
- психічні реакції - тривожність, пригніченість, зниження емоційного фону, що є відповіддю на нову, критичну життєву ситуацію;
- когнітивно-поведінкові зміни - переоцінка життєвих цінностей, набуття нових знань про діагноз дитини, формування навичок взаємодії з нею, зміна стилю виховання;

- соціальні процеси - перебудова соціальних ролей у родині, активізація або, навпаки, втрата контактів із соціальним оточенням, включення до груп підтримки [27, с. 11].

Особливе значення в процесі адаптації, за В. Синявським та співавторами, має активна позиція суб'єкта, яка передбачає усвідомлення ситуації, постановку життєвих завдань, вибір шляхів вирішення проблем і регуляцію власної поведінки. У випадку батьків, що виховують дитину з хронічним аутистичним діагнозом, така активність може проявлятися у пошуку терапевтичної підтримки, участі в освітніх заходах, соціальній адвокації прав дитини.

Поняття «адаптація» посідає одне з провідних місць у вивченні функціонування живих організмів, оскільки саме завдяки адаптаційним механізмам, що формувалися протягом еволюції, забезпечується здатність організму зберігати життєдіяльність у мінливому середовищі [21, с. 19].

Вперше термін «адаптація» почав застосовуватись у наукових працях у другій половині XVIII століття. Його поява пов'язана з іменем німецького фізіолога Ауберта, який використовував це поняття для позначення процесів пристосування органів чуття, зокрема зору та слуху, до зміни інтенсивності подразників [32, с. 69-79].

Подальший розвиток теоретичних уявлень про адаптацію пов'язаний із працями Ж. Ламарка, який заклав основи біологічного підходу до вивчення адаптаційних процесів. Учений розглядав адаптацію як ключовий механізм еволюційного розвитку організмів. Згідно з його концепцією, пристосування може набувати трьох форм: безпосередньої (прямої), опосередкованої (непрямої) і внутрішнього прагнення до вдосконалення, яке виникає під впливом змін навколишнього середовища. У цьому контексті біологічна адаптація трактується як процес еволюційного пристосування організмів до умов існування [42].

Під фізіологічною адаптацією науковці мають на увазі пристосування конкретного індивіда (а не виду загалом) до навколишнього середовища. Вагомий внесок у формування сучасного розуміння адаптації зробив Г. Сельє, який довів, що організм реагує на широкий спектр стресових подразників типовим набором

універсальних реакцій. Його концепція стресу стала важливою складовою загальної теорії адаптації, доповнюючи її уявленнями про неспецифічну захисну відповідь організму на будь-яке навантаження.

У подальшому біологи та фізіологи інтерпретували адаптацію як основний механізм еволюції живих систем, що забезпечує здатність окремих особин пристосовуватись до змін навколишнього середовища. Однак з огляду на соціальну природу людини, важливо враховувати не лише біологічні аспекти адаптації, а й її соціальний вимір. Соціальне середовище, в якому функціонує людина, формує додатковий рівень адаптаційних процесів, які не менш значущі, ніж біологічні [42; 44; 36].

З біологічної точки зору адаптація (від лат. *adapto* - пристосовую) є процесом, який дозволяє організму протистояти впливу зовнішніх несприятливих факторів, таких як температурні коливання, гіпоксія, зміни тиску тощо. Надалі це поняття набуло значення й у психології, де стало позначати здатність особистості пристосовуватися до умов життєдіяльності на ментальному та поведінковому рівнях [23, с. 16].

У широкому сенсі адаптація трактується як динамічний процес, що дозволяє біологічним системам підтримувати внутрішню сталість, незважаючи на постійні зовнішні зміни. Цей процес спрямований на досягнення нового рівня гомеостазу, який забезпечує максимальну ефективність як фізіологічних функцій, так і форм поведінкової реакції [14, с. 5-12].

Адаптація, за С. Фолкманом, як система функціонує на трьох основних рівнях:

- Біологічному - включає фізіологічні механізми, що підтримують життєдіяльність організму (наприклад, імунні реакції, гормональні зміни);
- Психічному - охоплює емоційно-вольову регуляцію, когнітивну обробку інформації, особистісні стратегії реагування на стрес;
- Соціальному - включає норми, ролі, соціальні очікування та взаємодію індивіда з мікро- і макросоціальним середовищем [36].

Американський психолог Р. Лазарус у своїй транзакційній теорії стресу та копіngu розглядає адаптацію як процес оцінки загрозових чинників (первинна оцінка) та оцінки наявних ресурсів для подолання (вторинна оцінка), що дозволяє індивіду обрати адекватну стратегію подолання [40].

О. М. Кокун стверджує, що поняття «адаптація» має багаторівневий характер і походить із біологічних наук. Зокрема, у фізіології термін вживається для позначення пристосувальної реакції органів чуття до впливу відповідних подразників, а в біології - як пристосування структури й функцій організму до умов зовнішнього середовища. Водночас ідея збереження гомеостазу через адаптивні процеси виявилася продуктивною не лише в біології, а й у таких галузях як соціологія, психологія, медицина та соціальна робота. Зокрема, в останній, поняття адаптації використовується для опису взаємодії між індивідом та середовищем і забезпечення балансу між внутрішніми потребами особистості й зовнішніми вимогами [10, с. 25-27].

Однак варто зазначити, що зміст поняття «адаптація» у психології суттєво ширший, ніж у природничих науках. У психологічному контексті воно передбачає не лише пасивне пристосування до умов, а й активне перетворення ситуації, творче переосмислення обставин та збереження особистісної цілісності. Біологічне тлумачення, зосереджене лише на «пристосуванні», не враховує соціального й індивідуально-психологічного аспекту адаптації, зокрема, складності входження особистості в нове соціальне середовище чи систему міжособистісних взаємин [18, с. 70-72].

У ширшому міждисциплінарному розумінні адаптація розглядається як динамічна характеристика будь-якої самоорганізованої системи (біологічної, соціальної чи технологічної), яка проявляється в здатності до гнучкого пристосування до змін середовища. Вона включає формування, функціонування та наслідки взаємодії системи (у тому числі - людської особистості) з навколишнім середовищем. Такий підхід дає змогу осмислити адаптаційні процеси не лише на фізіологічному рівні, але й у контексті соціально-

психологічної, педагогічної та філософської взаємодії людини з оточенням [1, с. 6-10].

Отже, адаптаційний процес охоплює всі рівні функціонування організму - від молекулярного до психологічного, включаючи нейрофізіологічні, емоційні та когнітивні механізми. Особливе значення в цьому процесі належить психічній адаптації, яка забезпечує гармонійне співіснування особистості з довкіллям.

Психічна адаптація розглядається як динамічний процес активної взаємодії особистості з навколишнім середовищем, у межах якого людина не лише пристосовується до зовнішніх умов, а й прагне впливати на них для досягнення внутрішньої рівноваги, задоволення основних потреб та реалізації особистісно значущих цілей. Це не пасивне пристосування, а цілеспрямована діяльність, яка передбачає пошук оптимальних стратегій поведінки у складних або змінних умовах.

У разі, коли зовнішнє середовище висуває надмірні або нестандартні вимоги, що перевищують адаптаційні ресурси індивіда (наприклад, через особливості характеру, вікові кризи чи попередній травматичний досвід), може виникати відчуття напруження - як на психологічному, так і на соматичному рівні. Це підвищує ризик розвитку дезадаптації, що проявляється у вигляді тривожності, емоційного виснаження, поведінкових порушень або психосоматичних реакцій.

У науковій літературі виокремлюють як загальні, універсальні типи адаптації (фізіологічна, психологічна, соціальна, професійна тощо), так і більш вузькоспеціалізовані, що враховують специфіку діяльності або контекст середовища. Одним із цінних сучасних підходів до класифікації адаптації є структура, запропонована С. М. Кулик, яка розрізняє біофізіологічний, психологічний та інформаційно-комунікативний типи адаптації [12].

Біофізіологічна адаптація пов'язана з базовими процесами підтримання гомеостазу організму в умовах зовнішніх змін. Сюди відносяться пристосувальні реакції організму до впливу таких чинників, як зміна температури, тиску, вологості, рівня освітлення, хімічного або екологічного фону. Біофізіологічна

адаптація забезпечує виживання особистості в біологічному середовищі, активуючи як автоматичні (вегетативні), так і свідомі реакції організму.

Психологічна адаптація є одним із центральних об'єктів дослідження в психології, оскільки вона охоплює процес формування індивідуального стилю життєдіяльності, інтеграцію суб'єкта у нову соціальну ситуацію, а також гармонізацію внутрішньої картини світу. Цей тип адаптації передбачає входження індивіда до системи соціальних відносин, формування та закріплення моделей поведінки і мислення, які відповідають очікуванням і нормам певної соціальної групи. У процесі психологічної адаптації формуються стереотипи реагування, моделі інтерпретації подій, системи захисту від психотравматичних факторів.

У межах психологічної адаптації особливу роль відіграє адаптація емоційна (здатність справлятися з фрустраціями, розчаруваннями, страхами), мотиваційна (перебудова життєвих цілей), когнітивна (переосмислення ситуації), а також поведінкова (модифікація дій для зниження стресу). Всі ці компоненти дозволяють особистості зберігати цілісність, стабільність і функціональність у стресогенних умовах.

Інформаційно-комунікативна адаптація пов'язана з процесами отримання, передачі, обробки й аналізу інформації. Особа, яка стикається з новими умовами (наприклад, медичною діагностикою, лікувальними протоколами чи юридичними аспектами інвалідності дитини), повинна активно шукати релевантну інформацію, адаптуватися до нових знань, формулювати запити, приймати рішення. Цей тип адаптації є критичним у сучасному світі, де інформаційне середовище швидко змінюється і вимагає високої когнітивної гнучкості.

Відповідно до інформаційно-комунікативного підходу, адаптація відбувається шляхом постійного перегляду внутрішніх схем обробки інформації відповідно до зміненого середовища. Це особливо важливо у випадках, коли в особи бракує попереднього досвіду або коли існує інформаційна невизначеність.

Загалом, ці три підходи до адаптації - біофізіологічний, психологічний та інформаційно-комунікативний - не існують ізольовано один від одного. Навпаки, вони взаємодіють у єдиній системі адаптаційної відповіді особистості.

Залежно від індивідуальних особливостей особистості, соціального контексту та зовнішнього середовища, адаптація може проходити по-різному, з різним ступенем напруги чи ефективності.

Найбільш повне і системне визначення адаптації, засноване на узагальненні попередніх досліджень, запропоновано М. Корольчуком. Він розглядає адаптацію як активну системну реакцію функцій організму, спрямовану на підтримання гомеостазу і створення регламентованої програми реакції на умови, що постійно змінюються. Цей процес функціонує на основі п'яти ключових компонентів: енергетичного, сенсорного, операційного, ефекторного та активаційного [11, с. 198-209].

- Енергетичний компонент забезпечує організм енергією для здійснення адаптаційних реакцій і охоплює вегетативні процеси, що відповідають за мобілізацію ресурсів.
- Сенсорний компонент відповідає за аналіз зовнішніх і внутрішніх подразників, кодує інформацію для подальшої обробки.
- Операційний компонент здійснює фільтрацію, оцінку та обробку інформації, що надходить, а також сприяє прийняттю адаптивних рішень.
- Ефекторний компонент реалізує прийняті рішення через поведінкові, моторні та психоемоційні реакції.
- Активаційний компонент визначає загальний рівень реактивності організму і здатність до мобілізації в умовах стресу або змін середовища.

Український дослідник А. В. Фурман розробив типологію порівневого функціонування соціальної адаптації, розрізняючи адаптацію на рівні суб'єкта - як процес, та на рівні особистості - як результат. Учений наголошує, що доцільно говорити про *адаптивність* чи *дезадаптивність* особи як суб'єкта діяльності, коли розглядається динаміка адаптаційних механізмів. Натомість у випадку оформлених психічних станів - страху, депресії, тривожності - варто вживати поняття *адаптованості* чи *дезадаптованості* особистості [31, с. 16].

О. М. Кокун зазначає, що фізіологічні та психологічні прояви дезадаптації відповідають характеристикам третьої стадії стресу. У зв'язку з цим виділяють три рівні вираженості дезадаптаційного стану:

- перший рівень - адаптаційні механізми порушуються лише під час дії чинника, що викликає дезадаптацію;
- другий рівень - труднощі з відновленням адаптаційних функцій організму після припинення впливу стресового чинника;
- третій рівень (власне дезадаптація) - стійке порушення адаптаційних функцій навіть у стані спокою, без наявного впливу негативного чинника.
- Дезадаптація може мати серйозні наслідки, що проявляються у формі різноманітних нервово-психічних і психосоматичних розладів [10, с. 143-144].

У межах соціально-психологічної науки дослідники розрізняють кілька рівнів дезадаптованості. Зокрема, науковець визначає такі типи:

- Стійка ситуативна дезадаптація, що виникає у випадках, коли особа не здатна знайти ефективні шляхи та ресурси для пристосування. Це супроводжується формуванням специфічної захисної реакції - спотвореним сприйняттям реальності та власного соціального становища;
- Тимчасова дезадаптація, яка може бути подолана за умови застосування доречних адаптаційних стратегій - як на поведінковому, так і на внутрішньоособистісному чи соціальному рівнях;
- Глобальна стійка дезадаптація, що характеризується постійним станом фрустрації, який сприяє запуску патологічних механізмів психологічного захисту.

Суттєвим проявом дезадаптації, на думку А. Адлера, є «комплекс неповноцінності». Відповідно до індивідуальної теорії особистості, усе, що робить людина, спрямоване на подолання внутрішнього почуття меншовартості. Саме цей механізм, за Адлером, лежить в основі прагнення до особистісного зростання та самореалізації. Проте надмірне відчуття неповноцінності, невпевненості у власних силах перетворюється на перешкоду у процесі

конструктивної адаптації, оскільки блокує формування соціальних навичок, довіри до навколишнього світу та готовності до взаємодії з ним.

Відповідно до поглядів А. Адлера, конструктивна адаптація передбачає подолання егоцентричних прагнень до домінування та переваги, натомість - формування соціального інтересу, здатності до співчуття й кооперації. Психологічна дезадаптація, з цієї перспективи, може бути наслідком порушеного балансу між внутрішніми амбіціями й реальними умовами середовища, яке не завжди надає людині можливості для самоствердження [33, с. 10-30].

Інший важливий аспект порушення адаптації досліджував Віктор Франкл у своїй екзистенційній концепції. Він акцентував увагу на тому, що дезадаптація нерідко пов'язана з втратою смислу життя, так званим екзистенційним вакуумом. Такий стан супроводжується емоційним виснаженням, тривогою, фрустрацією, почуттям безглуздості та виникненням ноогенних неврозів - психічних порушень, що виникають унаслідок конфлікту між особистими цінностями або їх відсутністю [30].

Франкл підкреслював, що саме в умовах кризових життєвих ситуацій - тяжких хвороб, втрати близьких, війни - потреба в смислі життя виходить на перший план. Нездатність особистості знайти або зберегти життєвий сенс стає критичним фактором дезадаптації. Це особливо актуально для батьків, які опинилися в складних обставинах виховання дитини з хронічним захворюванням, зокрема автоімунного характеру.

Отже, психологічна стійкість і здатність до адаптації у таких умовах значною мірою залежать від рівня внутрішньої мотивації, віри в себе, наявності мети та смислу життя. Згідно з дослідженнями сучасних науковців, наявність життєвих цілей та гнучкість у переоцінці цінностей сприяють позитивній адаптації, навіть у складних умовах.

1.2. Особливості розладу адаптації батьків дітей з цукровим діабетом

Виявлення цукрового діабету у дитини є психотравмуючою подією для батьків. Такий діагноз часто встановлюється раптово, зазвичай після епізоду

госпіталізації. У батьків виникають реакції шоку, тривоги, страху та відчуття безпорадності. Активація гострої стресової реакції супроводжується емоційною дестабілізацією, порушеннями сну, апетиту, концентрації уваги. Ці стани відповідають кризовій ситуації та можуть протягом тривалого часу негативно впливати на психічне здоров'я батьків, що, в свою чергу, позначається на здатності сім'ї адаптуватися до нових умов життя.

Вітчизняні дослідження особливостей дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які виховують дітей із цукровим діабетом (розладами аутистичного спектра (РАС)), засвідчують специфіку формування емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною. У більшості випадків ця прив'язаність має симбіотичний і функціонально примітивний характер: дитина сприймає матір не як окрему особистість, а як ключову умову власного виживання.

Подібна форма взаємодії виявляється особливо виснажливою для матерів, які частіше, ніж батьки, зазнають негативних наслідків тривалих симбіотичних відносин - зокрема, обмеження особистої автономії, емоційного вигорання, зниження самооцінки та посилення відчуття психологічної ізоляції.

Особливості емоційної прив'язаності дитини до матері при РАС безпосередньо впливають на формування дезадаптивного батьківського ставлення, яке найчастіше проявляється у формах:

- гіперопіки, що базується на страхові втрати контролю;
- непослідовності у вихованні, яка відображає внутрішні амбівалентні переживання матері;
- емоційного відчуження або заперечення, що виникає внаслідок хронічної фрустрації через труднощі комунікації з дитиною [24, с. 71].

Діти з аутизмом, як правило, мають значні труднощі у вираженні та обміні позитивними емоціями, що, у свою чергу, перешкоджає природному встановленню гармонійного емоційного контакту з батьками. У випадку нейротипового розвитку такий зв'язок забезпечує емоційне зближення та стійку прихильність. Проте при РАС емоційна взаємодія, як правило, носить односторонній характер, що створює фруструючу ситуацію для батьків, які часто

переживають провину, почуття втрати, екзистенційну тривогу, і в результаті цього їх виховна позиція набуває спотворених форм: або надмірного захисту, або емоційного дистанціювання.

Еден Робертсон - дослідниця в галузі педіатрії та дитячого здоров'я в Університеті Нового Південного Уельсу, Австралія, та співавтори досліджували психологічну адаптацію батьків дітей з різними хронічними захворюваннями, зокрема симптоми тривожності, депресії та вторинної травматизації. Актуальність дослідження зумовлена поширеністю випадків раптової постановки важкого діагнозу у дитини та недостатнім розумінням впливу цього фактору на психічне здоров'я дорослих. Автори підкреслюють потребу у спеціалізованій психологічній підтримці для батьків, оскільки рівень їх адаптації впливає не лише на ефективність догляду, але й на клінічну динаміку лікування дитини [43, с. 4-10].

У систематичному огляді прогнозу розладів адаптації у дорослих, що був опублікований у британському журналі *Journal of Psychiatric Research*, у грудні 2022 року, було проаналізовано 31 дослідження з участю понад 1,3 мільйона осіб. Згідно з результатами, розлади адаптації мають значний ризик хронізації та трансформації в інші психічні або соматичні захворювання, включаючи серцево-судинні та онкологічні хвороби. Попри те, що деякі симптоми можуть зменшуватись швидше, ніж при інших психічних порушеннях, ризик тривалих негативних наслідків залишається високим.

Через широку варіативність проявів розладів аутистичного спектра (РАС), процес встановлення діагнозу часто є тривалим і складним. Навіть після офіційного підтвердження діагнозу багато аспектів залишаються для батьків незрозумілими - від причин виникнення порушення до ефективних форм взаємодії з дитиною та принципів терапевтичної підтримки [20, с. 8-9].

Спектральний характер аутизму передбачає унікальність симптоматики кожної дитини, що робить практично неможливим точне прогнозування результатів навіть науково обґрунтованих втручань. У деяких випадках застосовані методики дають позитивні результати, в інших - не демонструють

відчутних змін. Цей контраст, особливо на тлі повідомлень про "успішні" випадки "вилікування" за допомогою дієт або недоказових практик, може викликати у батьків сумніви у доцільності доказових підходів і заважати прийняттю діагнозу як довічного.

Фізично здорова зовнішність дитини з РАС також впливає на сприйняття розладу: батьки іноді заперечують наявність проблем, пояснюючи дивну поведінку особливостями характеру. У деяких випадках соціальне оточення також не визнає особливостей дитини, що викликає в матерів емоційне напруження, сумніви у власній адекватності та розгубленість.

Постановка діагнозу цукровий діабет дитині є для батьків глибоко травматичною подією, що провокує стрес, психоемоційне напруження та викликає порушення адаптаційних процесів. Серед чинників, що ускладнюють для батьків процес прийняття діагнозу дитини та трансформацію уявлення про неї, дослідники виділяють низку обставин [38, с. 474-477].

По-перше, значну роль відіграє характер інформації, яку батьки отримують про РАС. Зокрема, однобічне подання матеріалу - з акцентом на труднощах, порушеннях, низьких результатах тестування - часто викликає страх, тривогу й відторгнення з боку батьків. Нестача збалансованої інформації, яка би містила приклади успішної соціалізації або адаптації, може посилювати психологічну напругу.

По-друге, важливим чинником є власний досвід батьків у взаємодії з дітьми з аутизмом або з їхніми родинami. Якщо у близькому оточенні вже є дитина з РАС або один із батьків мав сиблінга з таким діагнозом, ці обставини можуть як посилювати страх перед майбутнім, так і, навпаки, формувати більш прийнятну картину життя з розладом.

Третім чинником є особливий емоційний статус дитини в сім'ї. Наприклад, у випадках, коли дитина є єдиною та довгоочікуваною, батьки особливо тяжко переживають факт діагнозу.

Крім того, на прийнятті РАС значно впливає ставлення родичів. Деякі матері повідомляють про те, що чоловіки або інші члени родини не визнавали

наявності порушення, перешкоджали зверненню до фахівців, обмежували доступ до фінансових, транспортних та інших необхідних ресурсів, що ускладнювало доступ до допомоги [20].

Слід зазначити, що психологічна реакція батьків залежить не лише від стадії переживання, а й від внутрішньоособистісних чинників (рівень емоційної стабільності, тип реагування на стрес, життєві цінності) та зовнішніх соціальних обставин (підтримка родини, наявність фінансових ресурсів, доступність медичних та психосоціальних послуг). Наявність внутрішніх конфліктів, відчуття провини, переживання втрати очікуваного майбутнього також посилюють ризик психологічної дезадаптації, яка може перейти у патологічну форму, зокрема - невротичні розлади або ноогенні депресії (за В. Франклом) [30].

Тривале перебування у стані стресу, викликане необхідністю постійного догляду за дитиною з цукровим діабетом, має серйозні психоемоційні наслідки для батьків. Хронічний стрес у такому контексті проявляється у комплексі психосоматичних, когнітивних, емоційних та поведінкових порушень, які суттєво знижують якість життя й адаптивні можливості дорослого.

Серед психосоматичних проявів найчастіше фіксуються головний біль, порушення сну, проблеми з апетитом, серцево-судинні розлади, м'язова напруга, шлунково-кишкові симптоми. Також нерідко спостерігається підвищена втомлюваність, відчуття виснаження, зниження імунного захисту, що створює замкнене коло: фізичне нездужання посилює емоційне напруження і навпаки [20, с. 12-14].

До емоційних симптомів належать постійне відчуття тривоги, зневіра, дратівливість, плаксивість, апатія, а також схильність до депресивних і тривожно-фобічних станів. Часто батьки відчувають провини, безсилля, розчарування у собі чи інших. Такий емоційний фон ускладнює процес прийняття ситуації та пошук ефективних копінг-стратегій.

Когнітивні симптоми включають зниження концентрації уваги, ослаблення пам'яті, труднощі в прийнятті рішень, уповільнення мислення. Усе це негативно

впливає на виконання повсякденних обов'язків, включаючи догляд за хворою дитиною.

Поведінкові прояви можуть охоплювати соціальну ізоляцію, уникнення спілкування, зниження ефективності професійної діяльності, конфліктність, надмірний контроль або навпаки - емоційне відсторонення від дитини та інших членів родини.

Під впливом хронічного стресу змінюється також функціонування сім'ї як системи. Відбувається порушення міжособистісних комунікацій, зростає напруга у стосунках між подружжям, а також між батьками та дітьми. Часто спостерігається зміщення ролей, коли один із батьків повністю бере на себе функції догляду, що спричиняє емоційне виснаження, тоді як інший - віддаляється. У деяких випадках виникає «сімейна коаліція» навколо хворої дитини, що призводить до ігнорування потреб здорових дітей.

Ставлення до дитини з обмеженими можливостями часто є суперечливим: воно супроводжується внутрішніми конфліктами, зростанням емоційного напруження і невротизації особистості. Глибоке почуття прихильності часто поєднується з відкритим або прихованим відчуттям провини перед дитиною, що має складну психологічну структуру. Це охоплює як жалість до дитини, так і неприйняття інших дітей, відчуття безсилля перед обставинами та постійне моральне і фізичне перенавантаження.

До основних труднощів, які зазвичай переживають батьки в таких сім'ях і які можуть перешкоджати повноцінному прийняттю власної дитини, належать:

1. Відчуття надмірного нервово-психічного тиску та тривога щодо майбутнього дитини.
2. Розрив між очікуваною поведінкою дитини і реальною, що спричиняє емоційні реакції батьків - розчарування, смуток, роздратування.
3. Порушення гармонії в сімейних стосунках, поява емоційного відчуження та ознак психічної регресії у взаємодії членів родини.
4. Зниження соціального статусу сім'ї, що призводить до ізоляції та звуження можливостей для соціальної взаємодії поза родинною.

5. Недостатнє визнання з боку суспільства тих зусиль, яких докладають батьки у процесі виховання, догляду та лікування дитини з інвалідністю [20].

Батьківське ставлення у контексті виховання дитини з цукровим діабетом розглядається як ціннісна установка матері щодо себе та своєї дитини. Воно включає кілька ключових компонентів. Пізнавальний компонент виявляється у здатності батьків розуміти внутрішній світ дитини, її потреби, індивідуальні труднощі та потенціал. Емоційно-вольовий аспект характеризується готовністю безумовно приймати дитину з особливими потребами як унікальну особистість. Комунікативний компонент відображає вміння матері адаптувати власну поведінку відповідно до емоційного стану та індивідуальних особливостей дитини, вибудовуючи ефективну систему спілкування.

Рефлексивний компонент, на думку таких дослідників, як А. В. Фурман, С. Кучеренко [13; 31], є здатністю матері усвідомлювати свої емоції, дії та мотиви. У рамках нашого дослідження цей компонент розглядається не окремо, а як такий, що інтегрується в інші елементи структури соціально-психологічної дезадаптації матерів дітей з хронічними захворюваннями.

У межах аналізу дослідження К. Островської ми поділяємо її висновки щодо відмінностей у виховних стилях, які матері застосовують у спілкуванні зі здоровими дітьми та з дітьми з обмеженими можливостями. Авторка звертає увагу, що для здорових дітей найбільш характерним є авторитетний стиль виховання, тоді як щодо дітей з інвалідністю частіше виявляються авторитарний і ліберальний стилі [19].

Крім того, виявлено, що у ставленні до дитини з особливими потребами матері частіше демонструють вищі показники за такими шкалами: гіперпротекція, потурання, знижені вимоги, нестійкість виховної позиції, страх втратити дитину, надмірна зосередженість на ній, симбіотична взаємодія та авторитарна гіперсоціалізація. Це свідчить про емоційно-напружене та часто дезадаптивне ставлення до дитини з інвалідністю в порівнянні з більш збалансованою взаємодією з дитиною без особливих потреб.

Цікавим є також висновок науковиці про те, що у ставленні до здорових дітей матері демонструють вищий рівень вимогливості, строгіших санкцій, а також більш гармонійний емоційний контакт.

Згідно з результатами проведеного кореляційного аналізу, К. Островська дійшла висновку, що особливості виховної поведінки матерів щодо дітей з інвалідністю мають значущий зв'язок із рівнем переживання ними почуття провини - як ситуативного стану, так і як сталого особистісного утворення [19].

Материнське ставлення до дитини з інвалідністю має подвійний потенціал - як ресурсний (адаптивний), так і деструктивний (деадаптивний). Залежно від індивідуальних особливостей матері, соціального контексту, а також рівня підтримки, ставлення може сприяти або ж, навпаки, гальмувати як розвиток дитини, так і психологічне благополуччя самої матері.

У структурі дезадаптивних ставлень до дитини з особливими потребами виділяють кілька ключових аспектів:

а) Когнітивне спотворення образу дитини: зокрема, інфантилізація, тобто сприйняття дитини виключно як слабкої, нездатної до самостійності. Це призводить до знецінення потенційних можливостей дитини, що, в свою чергу, знижує ефективність виховання та адаптації.

б) Емоційна нестабільність у ставленні: проявляється у непослідовному емоційному прийнятті - від співчуття до роздратування. Мати може проявляти як надмірну опіку, так і емоційне відсторонення, не поважаючи індивідуальність дитини або ж нав'язуючи їй свою волю.

в) Порушення вольової регуляції: виявляється у нав'язливому контролі та гіперсоціалізації дитини. Такий стиль виховання часто набуває форм прихованого авторитаризму, що обмежує формування автономії дитини, викликаючи в неї протест або залежність.

г) Комунікативна дистанція: недостатня емоційна відкритість матері або труднощі у встановленні близьких стосунків з дитиною. Така віддаленість порушує процес формування емоційної прив'язаності та соціальної адаптації дитини [10, с. 145-158].

Емпіричні дослідження демонструють, що майже у половини батьків дітей з інвалідністю спостерігається високий рівень інфантилізації, що свідчить про проблеми у когнітивному сприйнятті власної дитини. Також значна частина матерів має високі показники симбіотичної прив'язаності та авторитарної гіперсоціалізації, що свідчить про дезадаптивність їх поведінки у сфері взаємодії [19].

Одним із найнебезпечніших проявів дезадаптивного материнського ставлення є патологічний симбіоз - надмірна психологічна злитість матері з дитиною, внаслідок чого порушується межа між власним «Я» і особистістю дитини. За умов нормального розвитку дитина поступово набуває автономії, однак у випадку важких порушень здоров'я цей процес значно ускладнюється. Унаслідок тривалої залежності дитини, мати ідентифікує її життєві труднощі з власними невдачами. Це сприяє зниженню самооцінки, активації захисних механізмів психіки, а також може провокувати тривожність, депресивні симптоми та порушення соціального функціонування.

У контексті теоретичного аналізу, варто звернути увагу на роль копінг-стратегій, які використовуються батьками для подолання емоційного напруження. Дослідження показують, що активні копінг-стратегії (проблемно-орієнтована поведінка, пошук соціальної підтримки) асоціюються з нижчим рівнем проявів тривоги та депресії. Натомість уникнення, емоційне пригнічення або заперечення проблеми є предикторами підвищеного ризику розладів адаптації. Таким чином, важливо формувати у батьків конструктивні моделі подолання, орієнтовані на реалістичну оцінку ситуації та мобілізацію ресурсів.

Значну увагу дослідники також приділяють значенню соціальної підтримки в запобіганні розладам адаптації. Наявність підтримуючого соціального середовища - зокрема партнера, родини, професійної допомоги - є захисним фактором у процесі адаптації до тривалого догляду за хворою дитиною. У протилежному випадку, соціальна ізоляція, відчуття непорозуміння або стигматизації можуть значно погіршувати психічний стан батьків.

Отже, психологічні особливості розладів адаптації батьків дітей з цукровим діабетом є складним феноменом, що поєднує реакцію на психотравмуючу подію з тривалим впливом хронічного стресу. Такий стан супроводжується зниженням стресостійкості, неефективними копінг-стратегіями та високим ризиком психоемоційного виснаження.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

2.1. Опис й обґрунтування програми та методів дослідження

У дослідженні брали участь 47 жінок, які є матерями дітей із цукровим діабетом 1 типу. Усі учасниці проживають в Україні, у Волинській області, та представляють різні соціально-економічні групи. Формування вибірки здійснювалося цілеспрямовано - на основі звернень до дитячих ендокринологів, а також через громадські організації, що надають підтримку сім'ям із дітьми, які мають хронічні захворювання.

Вік матерів коливався у межах 24-50 років, середній показник становив 38,4 року. Діти були віком від 2 до 16 років, а тривалість захворювання - від пів року до 14 років. Це дозволило оцінити, як змінюється психоемоційний стан матері залежно від віку дитини та давності діагнозу.

Клінічні спостереження свідчать, що перші роки після встановлення діагнозу є найбільш емоційно напруженими для батьків, особливо для матерів. У цей період нерідко виникає високий рівень стресу, який може поступово переходити у хронічне виснаження. У випадках, коли дитина має тривалий стаж захворювання, частіше відзначаються симптоми накопиченої втоми, психосоматичні прояви та зниження соціальної активності батьків.

Усі респондентки були біологічними матерями, які безпосередньо опікуються своїми дітьми: стежать за харчуванням, виконують інсулінотерапію, контролюють рівень глюкози та надають дитині емоційну підтримку. У багатьох із них простежується підвищене відчуття відповідальності, яке не завжди врівноважується належною допомогою від близьких або громади, що створює ризик розвитку емоційного вигорання.

Збір даних відбувався конфіденційно, з обов'язковим отриманням інформованої згоди кожної учасниці. Етичні стандарти психологічного

дослідження були дотримані, а результати тестування були доступні матерям, які виявили бажання з ними ознайомитися.

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик:

Шкала оцінки якості життя (Чабан О.С.) - застосовується у клінічній практиці для оцінки впливу захворювань або психотравмуючих подій на повсякденне функціонування людини. Ця методика призначена для визначення суб'єктивної оцінки пацієнтом свого фізичного, психоемоційного та соціального благополуччя. Інструмент містить запитання, які охоплюють різні сфери - фізичну активність, емоційний стан, соціальні контакти, здатність працювати, рівень життєвої задоволеності. Респондент самостійно обирає варіанти відповідей за шкалою від «дуже погано» до «дуже добре». Оцінювання передбачає підрахунок балів і визначення середнього показника якості життя. Методика дозволяє виявити, які саме сфери життя страждають найбільше, та відстежувати зміни в динаміці, наприклад, після лікування чи психотерапії.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є коротким, але інформативним опитувальником для скринінгу рівня тривоги й депресії у пацієнтів із соматичними захворюваннями та у загальній популяції. Вона складається з двох субшкал - для тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), кожна з яких містить по 7 тверджень. Респондент оцінює свій стан за останній тиждень, використовуючи чотирибальну шкалу. Сума балів інтерпретується так: низькі значення - відсутність клінічно значущих проявів, середні - прикордонний стан, високі - ймовірність клінічно вираженої тривоги або депресії. Методика дозволяє своєчасно виявити емоційні порушення, відслідковувати їхню динаміку та планувати психокорекційні або лікувальні заходи.

Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах призначена для аналізу рівня адаптації людини до соціального середовища та виконання ролей у ключових сферах життя: професійній, сімейній, міжособистісній, побутовій. Методика включає перелік питань, що стосуються виконання соціальних функцій і суб'єктивної задоволеності відносинами та

діяльністю. Відповіді оцінюються за бальною системою, що дозволяє визначити рівень дезадаптації - від мінімального до важкого.

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) - це стандартизований інструмент, який застосовується для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших реакцій на сильний стрес. Вона складається із тверджень, що описують типові симптоми: нав'язливі спогади, уникання, гіперзбудливість. Респондент оцінює частоту або інтенсивність проявів за певний проміжок часу (наприклад, за останній місяць). Підрахунок балів дозволяє оцінити тяжкість впливу травми на психіку та визначити, чи потребує людина більш глибокої психотерапевтичної допомоги. Ця шкала є ефективним інструментом для скринінгу і моніторингу стану клієнтів у кризових або посткризових ситуаціях.

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейт (в адаптації Л.І. Васермана) спрямована на вивчення того, як людина зазвичай долає стресові ситуації. Вона включає перелік типових реакцій на труднощі, серед яких респондент обирає ті, що найбільше відповідають його стилю поведінки. Результати дозволяють визначити провідні копінг-стратегії: конструктивні (пошук підтримки, вирішення проблем), пасивні (уникання, втеча) або деструктивні (агресія, самообвинувачення). Підрахунок балів виконується за ключем, що розділяє відповіді на групи за типом реакції. Методика дає можливість психологу оцінити гнучкість клієнта у стресових ситуаціях і розробити рекомендації для формування більш ефективних способів подолання труднощів.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Розглянемо отримані результати дослідження.

За методикою «*Шкала оцінки якості життя*» О.С. Чабана) було виявлено, що середньогруповий показник вказує на дуже низький рівень якості життя. Середні значення дозволяють визначити найбільш вразливі сфери та ресурси для підтримки.

Середній рівень задоволення фізичним станом становить $\Sigma = 5,1$ бала, що свідчить про відносно нейтральне ставлення до власного здоров'я. Це означає збереження ресурсів, але ймовірний ризик виснаження у майбутньому. Настрій оцінений у $\Sigma = 4,8$ бала, що вказує на знижений емоційний фон, прояви тривожності, втомлюваності та дратівливості.

Сприйняття якості вільного часу складає $\Sigma = 4,7$ бала, що свідчить про обмежені можливості відпочинку та ризик емоційного вигорання. Сфера любові та сексуальної активності має відносно стабільний рівень ($\Sigma = 5,1$), що вказує на збереження підтримки у близьких стосунках.

Рівень комфорту у повсякденній активності ($\Sigma = 4,3$) та соціальній активності ($\Sigma = 4,3$) є низьким, що відображає втому, соціальну ізоляцію та перевантаження обов'язками. Фінансове благополуччя оцінене найвище ($\Sigma = 5,4$), що свідчить про відносну стабільність, хоча зберігається тривога щодо майбутніх витрат. Результати представлені на Рис. 2.1.



Рис. 2.1. Середньогрупові результати за методикою «Шкала оцінки якості життя» (Чабан О.С.)

Умови проживання ($\Sigma = 4,8$) та оцінка робочої/навчальної сфери ($\Sigma = 4,8$) залишаються на середньому рівні, демонструючи збережену професійну ідентичність при відчутті обмеженості у розвитку.

Інтегральний показник загального рівня благополуччя життя склав $\Sigma = 43,4$ бала, що відображає помірний рівень адаптації з ризиком хронічного стресу та потребою у психологічній і соціальній підтримці.

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу рівнів задоволеності життям у вибірці досліджуваних (таблиця 1).

У таблиці нижче представлено відсотковий розподіл респондентів за оцінкою якості життя. Рівні поділені на: низький (1-3 бали), середній (4-6 балів) та високий (7-10 балів).

Таблиця 1

Відсотковий розподіл рівнів задоволеності життям

Шкали	Рівень задоволеності життям		
	Низький	Середній	Високий
1. Якість життя - Фізичне здоров'я	31,9%	31,9%	36,2%
2. Психологічне благополуччя	46,8%	19,1%	34%
3. Рівень незалежності	42,6%	25,5%	31,9%
4. Любов, сексуальна активність	34%	27,7%	38,3%
5 Повсякденна активність	42,6%	25,5%	31,9%
6. Соціальна активність / інтеграція	42,6%	23,4%	34%
7. Матеріальне благополуччя	27,7%	29,8%	42,6%
8. Умови проживання	38,3%	27,7%	34%
9. Робота, навчання...	40,4%	29,8%	29,8%

Отримані результати відображають досить неоднорідну картину задоволеності життям серед батьків дітей із цукровим діабетом. Найбільш вразливими сферами виявилися психологічне благополуччя та рівень незалежності, де частка респондентів із низькими показниками становить відповідно 46,8% та 42,6%. Це може свідчити про високий рівень емоційного напруження, відчуття втоми й обмеженості у власних можливостях, що є закономірним наслідком постійного догляду за дитиною з хронічним захворюванням. Низькі показники повсякденної та соціальної активності (42,6% і 42,6%) додатково підтверджують тенденцію до соціальної ізоляції,

перевантаження обов'язками та зниження можливостей для відпочинку і самореалізації.

Водночас відносно вищі результати спостерігаються у сфері матеріального благополуччя, де 42,6% респондентів відзначили високий рівень задоволеності. Це може свідчити про певну фінансову стабільність, яка частково компенсує психологічні та соціальні труднощі. Подібна картина простежується й у сфері любові та сексуальної активності (38,3% високих оцінок), що говорить про значущу роль сімейної підтримки у процесі адаптації.

Спільним для багатьох показників є високий відсоток низької задоволеності при одночасній наявності стабільних груп із високими оцінками, що свідчить про розшарування вибірки за ступенем психологічної та соціальної адаптації. Причинно-наслідкові зв'язки проявляються у взаємозалежності психологічного благополуччя, рівня незалежності та соціальної активності, адже емоційні труднощі прямо впливають на можливість підтримувати повноцінну діяльність і відчуття свободи. Це вказує на потребу у комплексній психологічній підтримці та створенні умов для зниження навантаження на батьків.

Узагальнюючи, найбільш проблемними виявилися сфери психологічного благополуччя, автономії, соціальної активності та щоденної діяльності. Саме вони потребують цілеспрямованої психосоціальної підтримки. Водночас більш сприятливі результати в матеріальній сфері та подружніх стосунках можуть бути ресурсом подолання хронічного стресу.

Проаналізуємо отримані результати проведеної методики «Шкала оцінки якості життя» О.С. Чабана, враховуючи такий показник, як «стаж захворювання» дитини. Аналіз результатів дослідження з урахуванням даного критерію демонструє динаміку адаптації батьків до хронічної хвороби дитини. У групі зі стажем 0-3 роки спостерігається найвищий рівень загальної задоволеності життям ($\Sigma = 47,2$ бала), що свідчить про мобілізацію ресурсів родини на початковому етапі. Високі показники у сферах вільного часу ($\Sigma = 6,1$), фінансового благополуччя ($\Sigma = 6,2$) та умов проживання ($\Sigma = 5,7$) можуть бути пов'язані з активною підтримкою соціального оточення. Водночас середній рівень

психологічного настрою ($\Sigma = 5,1$) вказує на наявність емоційної напруги, характерної для етапу прийняття діагнозу.

У групі зі стажем 4-7 років рівень загальної задоволеності життям знижується до $\Sigma = 41,3$ бала. Це може свідчити про настання фази хронічного стресу, коли перші ресурси вже виснажено, а щоденне навантаження зберігається. Особливо низькі показники у сферах повсякденної активності ($\Sigma = 3,1$) та вільного часу ($\Sigma = 3,6$) вказують на втому та брак можливостей для відновлення. Цікаво, що найвищий рівень задоволеності у цій групі виявлено в сфері любові й сексуальних стосунків ($\Sigma = 6,0$), що може вказувати на зростання значення партнерської підтримки.

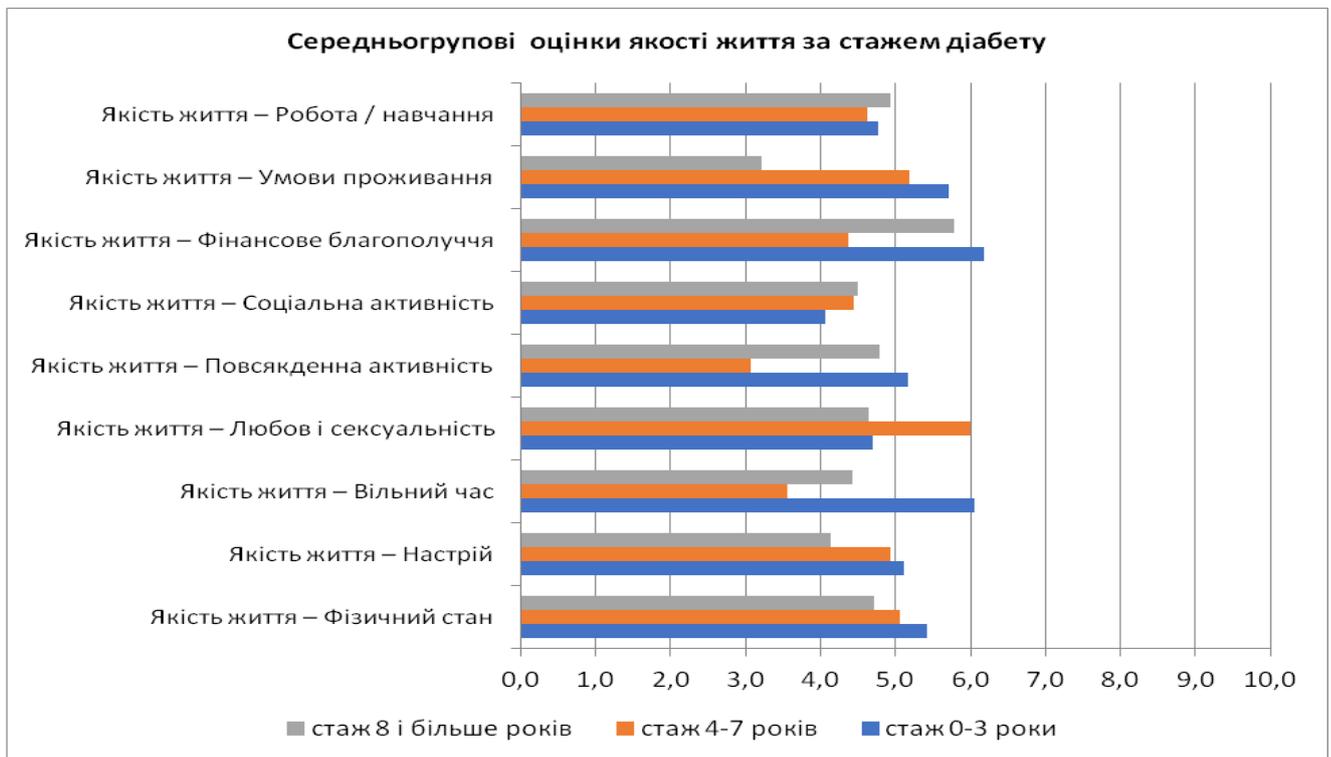


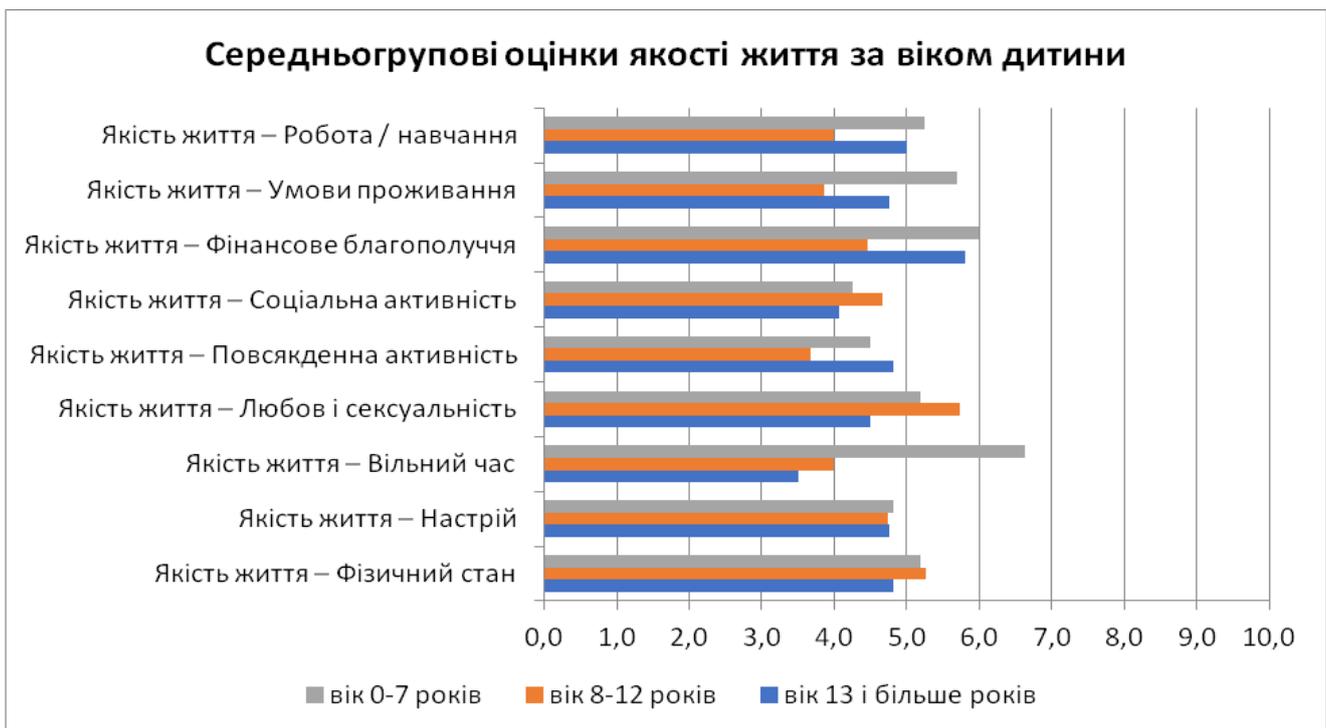
Рис. 2.2. Середньогрупові результати за методикою «Шкала оцінки якості життя» (Чабан О.С.) (Оцінка якості життя залежно від стажу захворювання діабетом у дитини)

У групі зі стажем понад 8 років загальна задоволеність життям майже не змінюється ($\Sigma = 41,1$), що свідчить про певну стабілізацію, але збереження

емоційного виснаження. Найнижчий показник тут - «умови проживання» ($\Sigma = 3,2$), що може бути пов'язано з побутовими труднощами, які накопичуються з часом. Водночас дещо підвищується рівень фінансового благополуччя ($\Sigma = 5,8$), можливо завдяки адаптації до нових економічних умов і пошуку додаткових ресурсів.

Загалом, критичним періодом для якості життя батьків є 4-7 років після встановлення діагнозу, коли більшість показників мають тенденцію до зниження. Це вимагає особливої уваги до підтримки родин у цей період для збереження емоційного та

Проаналізуємо результати оцінки якості життя батьків за критерієм «віку дитини». Розподіливши результати по групах за віком (до 7 років, 8-12 років, понад 13 років), можемо відзначити певні вікові закономірності та тенденції (Рис.2.3).



(Рис. 2.3.) Середньогрупові результати за методикою «Шкала оцінки якості життя» (Чабан О.С.) (Оцінка якості життя залежно від віку дитини)

Найвищий рівень загальної задоволеності життям ($\Sigma = 47,5$ бала) зафіксовано у групі дітей до 7 років. Це свідчить про відносно кращу адаптацію на початковому етапі, що пояснюється мобілізацією ресурсів та підтримкою оточення. Високі бали у сферах «вільний час» ($\Sigma = 6,6$) та «фінансове благополуччя» ($\Sigma = 6,0$) доповнюються помірними показниками у «повсякденній активності» ($\Sigma = 4,5$) і «соціальной активності» ($\Sigma = 4,3$), що свідчить про часткове обмеження у звичному способі життя.

У групі дітей 8-12 років середня задоволеність життям знижується до $\Sigma = 40,4$ бала - найнижчий показник серед усіх. Це може бути пов'язано з адаптацією до шкільного життя дитини, що ускладнює контроль над лікуванням і збільшує стрес. Найнижчі бали спостерігаються у сферах «вільного часу» ($\Sigma = 4,0$), «умов проживання» ($\Sigma = 3,9$) і «робота/навчання» ($\Sigma = 4,0$), що відображає значні обмеження. Водночас показник «любов і сексуальність» ($\Sigma = 5,7$) дещо зростає, що може свідчити про пошук підтримки в партнерських стосунках.

У батьків підлітків (13+ років) загальна задоволеність становить $\Sigma = 42,0$ бала. Зростаюча автономія дитини частково знижує навантаження, але супроводжується тривогами щодо дотримання режиму лікування. «Вільний час» залишається найнижчим ($\Sigma = 3,5$), що вказує на постійне відчуття відповідальності. Водночас підвищуються показники «фінансового благополуччя» ($\Sigma = 5,8$) та «роботи/навчання» ($\Sigma = 5,0$), що може свідчити про поступове відновлення життєвої активності. Таким чином, найбільш вразливою є група дітей 8-12 років, у якій спостерігається зниження показників у більшості сфер. Це підкреслює важливість підтримки родин саме в період шкільної адаптації, коли психоемоційне навантаження на батьків є найвищим.

Проаналізуємо результати, отримані за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВПТ» мають загальний середній бал $\Sigma = 43,80$, що вказує на те, що більшість учасників переживають значний психологічний дискомфорт, пов'язаний із досвідом хвороби дитини, та потребують психологічної підтримки (Рис. 2.4).

Важливо відзначити, що значення кожної субшкали дозволяє розкрити більш детальну картину того, які саме симптоми домінують у цієї групи, як вони проявляються в повсякденному житті і які психологічні механізми можуть лежати в їх основі.

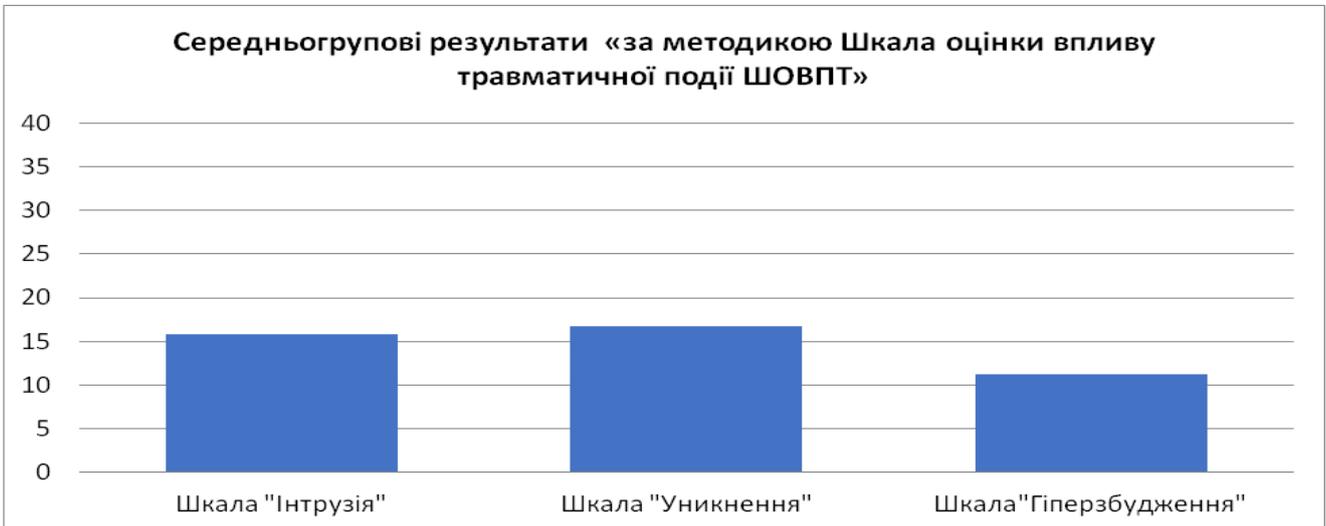


Рис. 2.4. Середньогрупові результати «за методикою Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВПТ»

Серед субшкал найвираженішою є «уникнення» ($\Sigma = 16,77$ бала), що свідчить про схильність батьків уникати будь-яких ситуацій, пов'язаних із хворобою. Вони можуть обмежувати спілкування, уникати медичних тем і місць, пов'язаних із лікуванням. Такий механізм тимчасово знижує емоційне напруження, але заважає повноцінному проживанню травматичного досвіду, сприяє формуванню емоційного оніміння, соціальної ізоляції й ризику розвитку тривожних і депресивних станів.

Показник «інтрузії» ($\Sigma = 15,83$ бала) також залишається високим. Це свідчить про часті нав'язливі думки й емоційно насичені спогади, пов'язані з моментами діагнозу або важкими епізодами хвороби дитини. Такі інтрузії можуть викликати нічні кошмари, спалахи тривоги, раптові емоційні реакції та порушення сну. Це призводить до емоційного виснаження та ускладнює адаптацію.

Субшкала «гіперзбудження» має середній бал $\Sigma = 11,21$ і демонструє стан підвищеної пильності, дратівливості, тривожності, а також фізичне виснаження. Батьки постійно перебувають у стані емоційної напруги через страх пропустити симптоми гіпо- або гіперглікемії, що викликає труднощі зі сном, головні болі, зниження концентрації. Такий хронічний стрес також негативно впливає на стосунки в сім'ї.

У комплексі ці результати відображають картину хронічного посттравматичного стресу. Особливо вираженими є симптоми інтрузії та уникнення, а помірний рівень гіперзбудження підтримує відчуття постійної тривоги. Це свідчить про те, що досвід хвороби дитини не є подією, яку батьки змогли повністю емоційно опрацювати. Вони залишаються в стані внутрішнього напруження, що впливає як на емоційне здоров'я, так і на якість життя в цілому.

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу оцінки впливу травматичної події у вибірці досліджуваних (таблиця 2).

У таблиці нижче представлено відсотковий розподіл респондентів за рівнями впливу травматичної події на їх життя. Рівні поділені на: низький (1-10 балів), середній (11-20 балів) та високий (21 і більше балів).

Таблиця 2

Відсотковий розподіл оцінки впливу травматичної події

Шкала	Низький	Середній	Високий
«Інтрузія»	8,5%	70,2%	21,3%
«Уникнення»	4,3%	63,8%	31,9%
«Гіперзбудження»	44,7%	55,3%	0%

За шкалою «інтрузії», яка відображає нав'язливі спогади, емоції та сни, пов'язані з травматичним досвідом, 70,2% батьків мають середній рівень симптомів. Це свідчить про періодичні ментальні «повернення» до моменту встановлення діагнозу або критичних ситуацій, але без надмірної дезадаптації. Водночас 21,3% демонструють високий рівень інтрузії, що може бути ознакою підвищеної тривожності й посттравматичних проявів. Лише 8,5% мали низький

рівень, що може свідчити про кращу емоційну стабільність або ефективні захисні механізми.

За шкалою «уникнення» 63,8% респондентів показали середній рівень, що вказує на часткове дистанціювання від пережитого для збереження внутрішнього балансу. Водночас 31,9% мають високий рівень уникнення, що є тривожним маркером емоційного виснаження та потенційної ізоляції. Низький рівень уникнення демонструє лише 4,3% батьків, що підтверджує переважання психологічного дистанціювання як стратегії захисту.

Найбільше варіювання спостерігається за шкалою «гіперзбудження», яка охоплює фізіологічні симптоми (напруга, порушення сну, дратівливість). 44,7% мали низький рівень, 55,3% - середній, а високого рівня не виявлено. Це може свідчити про певну адаптацію або виснаження емоційної реактивності на хронічний стрес.

Загалом, більшість батьків демонструють помірний рівень психологічного напруження без ознак тяжкої дезадаптації. Проте високі показники інтрузії та уникнення у частини вибірки вказують на ризик розвитку хронічного стресу, емоційного вигорання або ПТСР.

Розглянемо результати проведеної методики «Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВПТ», враховуючи такий показник, як «стаж захворювання» дитини. Отримані дані, залежно від «стажу захворювання» дитини, показують динаміку психоемоційних реакцій. У групі зі стажем 0-3 роки загальний бал становить $\Sigma = 42,5$, із переважанням уникнення ($\Sigma = 15,8$) та інтрузії ($\Sigma = 15,2$). Цей період є найбільш кризовим: батьки переживають шок, страх і навчаються новим навичкам догляду, що зумовлює підвищену тривожність і емоційне напруження.

У групі зі стажем 4-7 років показники інтрузії та уникнення зростають до $\Sigma = 17,3$, а загальний бал - до $\Sigma = 45,6$. Це свідчить про наростання хронічного емоційного виснаження, втому від постійного контролю за станом дитини, та збереження незавершених травматичних переживань, які не були інтегровані в особистий досвід.

У групі зі стажем понад 8 років загальний бал дещо знижується ($\Sigma = 43,3$), інтрузії - до $\Sigma = 15,0$, а гіперзбудження - до $\Sigma = 10,9$. Водночас уникнення залишається найвищим ($\Sigma = 17,4$), що вказує на стабільне використання захисного механізму дистанціювання, який може ускладнювати емоційний контакт із дитиною та знижувати ефективність адаптації.

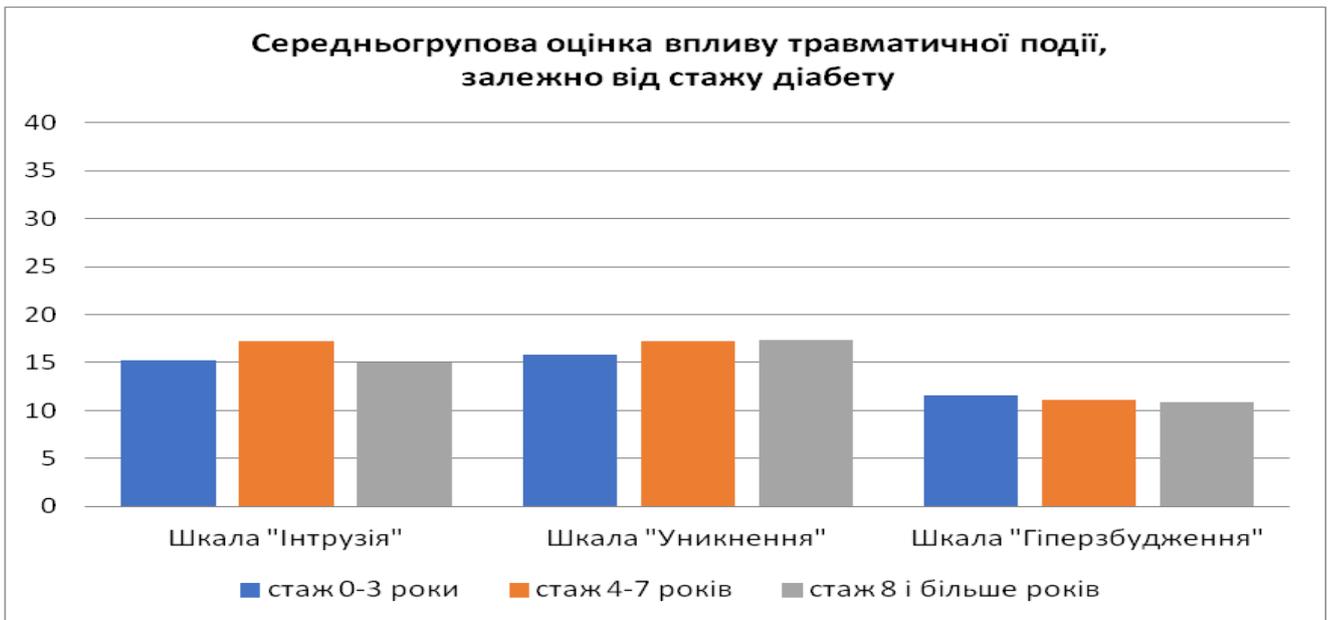


Рис. 2.5 Середньогрупові результати «за методикою Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВПТ» (залежно від стажу діабету у дитини)

Таким чином, перші роки після встановлення діагнозу потребують інтенсивної психологічної підтримки, середній період характеризується ризиком вигорання, а пізніший - переважанням уникнення, що вимагає корекції та психотерапевтичного супроводу.

Розглянемо дані, враховуючи показник «вік дитини». Аналіз результатів показує високий рівень психологічного стресу в усіх вікових групах, з певними відмінностями. У батьків дітей 0-7 років середній бал складає $\Sigma = 42,88$, що відповідає клінічно значущому рівню посттравматичних симптомів (Рис. 2.6).

Найвищими є показники уникнення ($\Sigma = 16,5$) та інтрузії ($\Sigma = 15,63$), що свідчить про активну роботу захисних механізмів. У цьому віці батьки повністю

контролюють лікування, що зумовлює високе емоційне напруження та соціальну ізоляцію.

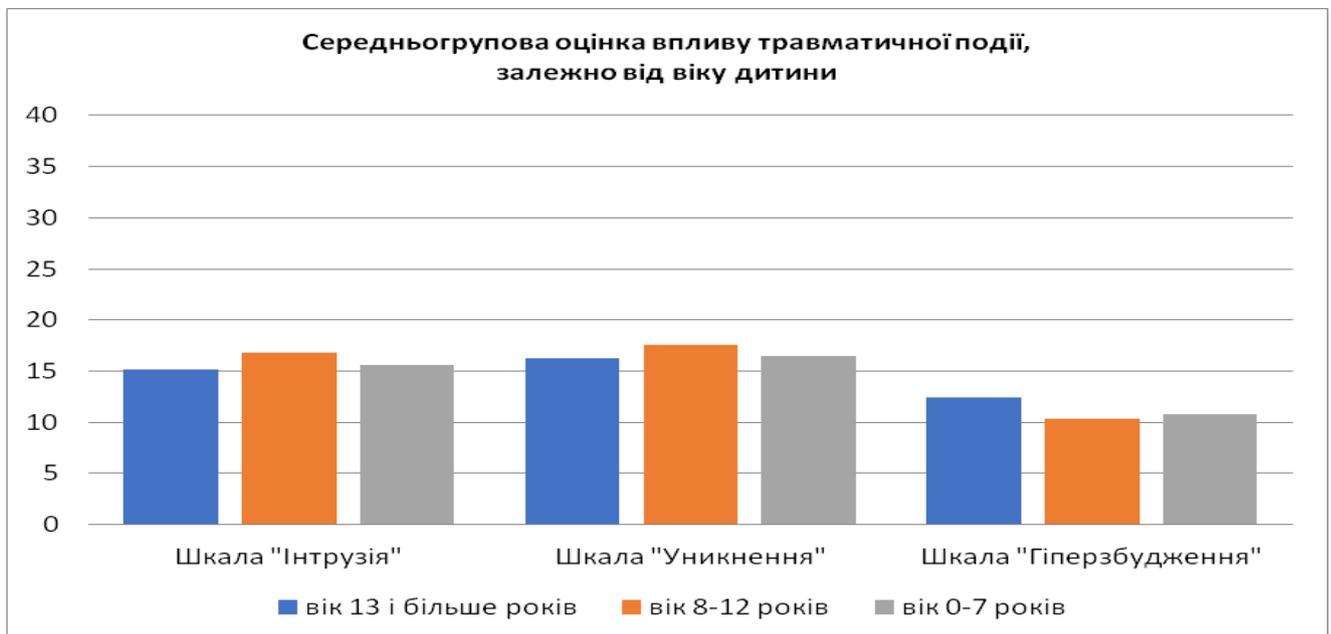


Рис. 2.6 Середньогрупові результати «за методикою Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВПТ» (залежно від віку дитини)

У групі дітей 8-12 років середній бал зростає до $\Sigma = 44,73$. Показники інтрузії ($\Sigma = 16,8$) та уникнення ($\Sigma = 17,53$) залишаються високими, що пов'язано зі зростанням автономності дитини та внутрішнім конфліктом батьків між контролем і довірою. Зростання уникнення може бути спробою знизити тривожність шляхом емоційного дистанціювання. У батьків підлітків (13+ років) середній бал - $\Sigma = 43,88$, із найвищим рівнем гіперзбудження ($\Sigma = 12,44$), що пов'язано з передачею відповідальності дитині та страхом за дотримання лікування. Інтрюзія й уникнення залишаються на помірно високому рівні, що вказує на тривале непроживання травматичного досвіду.

Отже, у всіх вікових групах домінують інтрузії та уникнення, а у батьків підлітків також посилюється гіперзбудження, що потребує уваги з боку фахівців.

Проаналізуємо результати відповідей за методикою «Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах» серед

батьків дітей із цукровим діабетом. Дані демонструють помірно виражені труднощі адаптації практично в усіх досліджуваних сферах (Рис.2.7).

Загальний середній бал складає $\Sigma = 121,02$, що свідчить про наявність системного емоційного та соціального напруження, що охоплює не лише особистісні, але й соціальні та сімейні виміри функціонування батьків. Такі показники зазвичай характерні для сімей, які протягом тривалого часу перебувають у стані хронічного стресу, пов'язаного з необхідністю контролю за захворюванням дитини, частими медичними втручаннями, постійними ризиками для здоров'я та обмеженнями у повсякденному житті.



Рис. 2.7 Середньогрупові результати «за методикою Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах»

Показник «Соціально-економічна адаптація» ($\Sigma = 19,32$) свідчить про помірні, але стійкі труднощі в матеріальному забезпеченні. Батьки дітей із діабетом часто витрачають значні ресурси на інсулін, витратні матеріали та спеціальне харчування. Один із батьків може скоротити робочий час або залишити роботу для контролю стану дитини, що створює фінансовий тиск і викликає тривожність за майбутнє. Виникають також труднощі з отриманням державної підтримки, що підсилює відчуття соціальної несправедливості.

Рівень «Соціально-інформаційна адаптація» ($\Sigma = 20,34$) вказує на потребу в достовірній медичній інформації. Батьки часто стикаються з суперечливими порадами, що викликає тривожність і невпевненість. Недостатнє навчання на початку лікування змушує їх самостійно опановувати велику кількість інформації, що призводить до стресу і психоемоційного виснаження.

Параметр «Соціально-професійна адаптація» ($\Sigma = 20,40$) демонструє зміни у професійному житті батьків: зміну роботи, відмову від кар'єрного росту та ізоляцію через потребу бути доступними для дитини. Це спричиняє фрустрацію, втрату ідентичності і зниження самооцінки.

Показник «Міжособистісна адаптація» ($\Sigma = 20,47$) свідчить про напружені стосунки з оточенням: зменшення контактів, уникнення соціальних подій, відчуття нерозуміння. Постійне занепокоєння станом дитини концентрує спілкування на хворобі, що може викликати втому у близьких і ще більше ізолювати сім'ю.

Параметр «Сімейна адаптація» ($\Sigma = 20,32$) відображає внутрішньосімейне напруження: часті конфлікти, відчуження між подружжям, нерівномірний розподіл ролей. Це загрожує дисгармонією у стосунках та емоційним вигоранням. Брати і сестри хворої дитини можуть відчувати ревності через увагу, що впливає на їх розвиток.

Показник «Батьківська адаптація» ($\Sigma = 20,17$) вказує на високе емоційне навантаження: постійна готовність реагувати на критичні ситуації формує хронічну тривожність, гіперконтроль і надмірну опіку, що обмежує автономію дитини.

Отримані результати свідчать, що психосоціальна дезадаптація у батьків дітей з діабетом є багатовимірною, охоплюючи економічні, професійні, інформаційні, міжособистісні та сімейні аспекти. Причинами є не лише медичні, а й психологічні чинники: втрата «здорової» дитини, провина, тривога, хронічна втома. Прояви включають зниження якості життя, соціальну ізоляцію, порушення сну, соматичні скарги та емоційну нестабільність.

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу ознак дезадаптації за окремою сферою психосоціального функціонування. (таблиця 2). У таблиці нижче представлено відсотковий розподіл респондентів за ступенем дезадаптації: відсутність ознак дезадаптації (менше 19 балів) легкий ступінь (20-29 балів), помірний ступінь (30-39 балів) та виражений ступінь (40 і більше балів).

Таблиця 2

Відсотковий розподіл ознак дезадаптації за окремою сферою психосоціального функціонування

Шкали	Відсутність	Легкий ступінь	Помірний ступінь	Виражений ступінь
Соціально-економічна адаптація	55,3%	42,6%	1%	0%
Соціально-інформаційна адаптація	48,9%	48,9%	1%	0%
Соціально-професійна адаптація	36,2%	61,7%	1%	0%
Міжособистісна адаптація	42,6%	57,4%	0%	0%
Сімейна адаптація	40,4%	59,6%	0%	0%
Батьківська адаптація	46,8%	46,8%	3%	0%

Аналіз результатів за шкалою психосоціальної дезадаптації серед батьків дітей з діабетом показує загалом сприятливу картину: виражена дезадаптація відсутня, а помірні прояви зустрічаються лише епізодично (до 3%). Найчастіше у батьків виявляється легкий ступінь дезадаптації, особливо у соціально-професійній (61,7%), міжособистісній (57,4%) та сімейній сферах (59,6%). Це свідчить про певне напруження, пов'язане з доглядом за дитиною та поєднанням його з роботою і соціальними відносинами.

Помірні прояви дезадаптації найчастіше стосуються батьківської сфери (3%), що зумовлено високим емоційним навантаженням і відповідальністю за здоров'я дитини. Це проявляється у виснаженні, сумнівах у виховних стратегіях та надмірному контролі. Сімейна адаптація з легким рівнем дезадаптації вказує на додаткову напругу у стосунках і підвищений ризик конфліктів.

У соціально-економічній та соціально-інформаційній адаптації майже половина батьків не має труднощів, але близько 43-49% відчувають легкі прояви дезадаптації, що пов'язано з матеріальними витратами на лікування та потребою в достовірній інформації.

Отже, помірні і легкі ознаки дезадаптації в різних сферах взаємопов'язані та відображають системний вплив хронічної хвороби на сім'ю. Вони проявляються тривожністю, обмеженням соціальної

Розглянемо отримані результати проведеної методики «Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах», враховуючи такий показник, як «стаж захворювання» дитини. Проаналізувавши результати, простежуються закономірності, що дозволяють глибше зрозуміти психологічний стан батьків (Рис 2.8). У групі зі стажем до трьох років спостерігається найвищий загальний рівень дезадаптації (середнє значення $\Sigma = 122,2$ бали), що свідчить про значну психологічну напругу на ранніх етапах життя з хворобою. Показники «Соціально-інформаційної адаптації» є підвищеними ($\Sigma = 22,5$ бала), що можна пояснити інтенсивним пошуком інформації одразу після встановлення діагнозу. Водночас «міжособистісна й сімейна адаптація» дещо нестабільні, що свідчить про напруження у взаєминах, ймовірно пов'язане зі стресом і потребою швидко перебудувати сімейний ритм життя.

У батьків із дітьми, які хворіють 4-7 років, загальний рівень дезадаптації знижується ($\Sigma = 118,6$ бала), що може вказувати на часткове прийняття ситуації та вироблення стабільних поведінкових стратегій. Проте середні значення «Соціально-інформаційної адаптації» у цій групі знижуються ($\Sigma = 16,9$ балів), можливо, через зменшення інтересу до нової інформації або певну психологічну втому від постійного моніторингу стану дитини. Також спостерігається невелике зменшення показників «Батьківської адаптації», що може бути пов'язано з хронічним стресом і ризиком вигорання.

У групі батьків дітей зі стажем хвороби понад 8 років рівень дезадаптації знову зростає ($\Sigma = 122,3$ бала). Цікаво, що «Соціально-інформаційна адаптація» тут підвищується ($\Sigma = 21,6$ балів), ймовірно, через необхідність корекції лікування або пошук нових підходів у підлітковому віці дитини. Також відзначається найвищий рівень батьківської адаптації ($\Sigma = 21,1$ бал), що можна трактувати як підвищене відчуття відповідальності й контрольованість поведінки дитини, іноді аж до гіперопіки. Паралельно з цим міжособистісна адаптація є дещо нижчою, що

свідчить про втому від багаторічного стресу та потенційне зниження соціальної активності.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що адаптація батьків має хвилеподібний характер: після початкового піку стресу настає часткова стабілізація, але у віддаленій перспективі спостерігається зростання психологічного навантаження.



Рис. 2.8 Середньогрупові результати «за методикою Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах», залежно від стажу діабету у дитини

Аналіз результатів психосоціальної дезадаптації з урахуванням «віку дитини» демонструє помітні відмінності у рівнях напруження та характері труднощів серед батьків різних вікових груп (Рис. 2.9).

У групі батьків дітей віком 0-7 років середній загальний бал складає $\Sigma = 122,75$ балів, що вказує на досить високий рівень дезадаптації. Найвищі показники спостерігаються у сферах «Міжособистісної адаптації» ($\Sigma = 22,25$ бала) та «Соціально-інформаційної» ($\Sigma = 21,75$ бала), що свідчить про потребу у

підтримці, знаннях та ефективній комунікації з оточенням. На цьому етапі батьки переживають найгострішу фазу пристосування до хронічного захворювання, формують новий стиль життя, що супроводжується підвищеним рівнем тривожності та страхами за життя дитини. Це може проявлятися у прагненні до гіперконтролю, ізоляції від соціальних контактів та емоційного виснаження.

Для батьків дітей 8-12 років середній рівень дезадаптації дещо знижується ($\Sigma = 118,27$ бала), проте структура труднощів змінюється. Показники «Соціально-інформаційної адаптації» помітно знижуються ($\Sigma = 17,8$ бала), що може свідчити про відносно насичення інформацією та формування стабільніших навичок догляду. Водночас зростає «Соціально-професійна адаптація» ($\Sigma = 21,13$ бала), що вказує на актуалізацію питань поєднання професійних обов'язків із потребою контролю стану дитини, особливо коли вона починає відвідувати школу та потребує підтримки в організації режиму. Також спостерігається зниження «Батьківської адаптації» ($\Sigma = 18,33$ бала), що може бути пов'язано з перевтомою та поступовим вичерпанням ресурсів сім'ї.

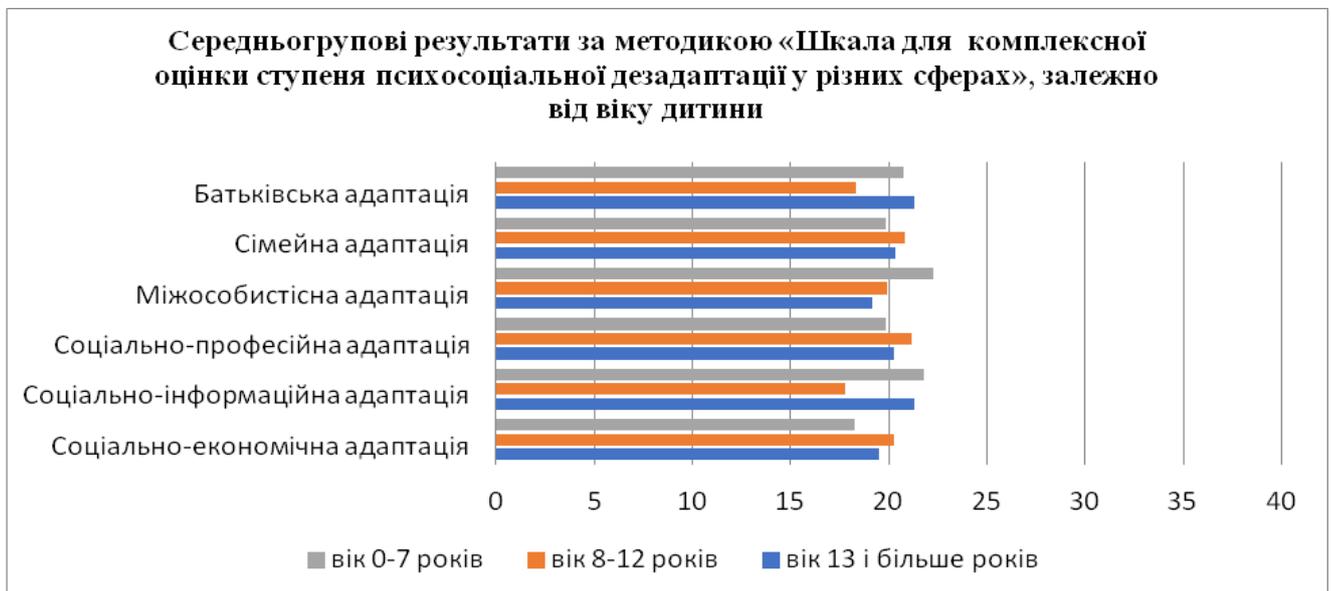


Рис. 2.9 Середньогрупові результати за методикою «Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах», залежно від віку дитини

У групі батьків підлітків 13 і більше років загальний бал знову дещо підвищується ($\Sigma = 121,88$ балів), що пояснюється ускладненням комунікації з дитиною у період її прагнення до автономії. Підвищується рівень «Батьківської адаптації» ($\Sigma = 21,31$ бала), оскільки батьки змушені балансувати між контролем і наданням більшої самостійності дитині. Водночас спостерігається відносно зниження «Міжособистісної адаптації» ($\Sigma = 19,19$ бала), що може бути наслідком конфліктів, пов'язаних із підлітковим віком та відмовою від гіперопіки. Це підвищує ризик емоційного виснаження, почуття провини та конфліктів у сім'ї.

Проаналізуємо дані за методикою «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)». Усереднені результати дають можливість побачити наявність помірного рівня як тривожності, так і депресивних проявів у батьків дітей (Рис.2.10).

Середній бал за шкалою «Тривоги» - $\Sigma = 10,06$ та відповідає прикордонним або клінічно значущим показникам. Це говорить про постійне відчуття внутрішнього напруження, схильність до очікування негативних подій та труднощі із розслабленням.



Рис. 2.10 Середньогрупові результати за методикою «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)»

Батьки певно що переживають за стан здоров'я своєї дитини бояться ускладнень захворювання коливань рівня глюкози можливих госпіталізацій що

створює хронічний фон тривожності. Така тривога може проявлятися у вигляді соматичних симптомів прискороного серцебиття, підвищеної пітливості, напруження м'язів, розладів сну. Вона ще й впливає на прийняття рішень, так як батьки можуть бути схильними до гіперопіки надмірного контролю за дитиною або, навпаки, до уникання складних ситуацій, пов'язаних з лікуванням.

Що стосується шкали «Депресії», середній показник $\Sigma = 10,13$ також вказує на клінічно виражені симптоми. Це може відображати емоційне виснаження, втрату інтересу до звичних видів діяльності, почуття безнадійності та зниження мотивації. Батьки, які доглядають за дитиною з хронічним захворюванням, часто відчують обмеження у власному житті, зниження соціальної активності, труднощі в підтриманні звичних стосунків і власних ресурсів. Поступово формується відчуття емоційного вигорання, яке може супроводжуватися зниженням концентрації уваги, порушеннями сну та апетиту, а також психосоматичними скаргами. Такі симптоми здатні впливати на якість догляду за дитиною, на динаміку взаємин у сім'ї та навіть на ефективність лікування, оскільки дотримання режиму і медичних рекомендацій вимагає значних психологічних ресурсів.

Порівняно близькі значення за двома шкалами свідчать про те, що тривожні й депресивні симптоми взаємопов'язані й можуть посилювати один одного. Хронічна тривога поступово виснажує нервову систему, сприяючи розвитку депресивного стану. У той же час депресивні переживання можуть знижувати здатність справлятися зі стресом і підвищувати рівень тривоги. Важливо враховувати, що наявність таких показників може впливати на загальний клімат у сім'ї: підвищена дратівливість, зниження емоційної підтримки між подружжям і труднощі у комунікації з дитиною здатні поглиблювати психоемоційні проблеми.

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу діагностики та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги (Таблиця 4).

У таблиці нижче представлено відсотковий розподіл респондентів за рівнями градації вираженості ознаки тривоги/депресії. Рівні поділені на: норма (0-

7 балів), субклінічний рівень тривоги/депресії (8-10 балів) та клінічно виражена тривога/депресія (11 і більше балів).

Таблиця 4

Відсотковий розподіл діагностики та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги

Шкала	Норма	Субклінічний рівень тривоги/депресії	Клінічно виражена тривога/депресія
Тривога	19,1%	38,3%	42,6%
Депресія	14,9%	48,9%	36,2%

Результати дослідження за методикою HADS свідчать про високий рівень емоційного напруження та поширеність тривожних і депресивних проявів. Лише 19,1% респондентів перебувають у межах норми за тривоною, і лише 14,9% - за депресією. Більшість демонструє субклінічні або клінічно значущі симптоми, що свідчить про значне психологічне навантаження.

Високий рівень тривоги (42,6% на клінічному рівні) зумовлений постійним контролем за дитиною, страхом ускладнень і невизначеністю майбутнього. Це супроводжується пильністю, порушенням сну та тривожними думками. Майже половина (48,9%) мають субклінічні ознаки депресії, а 36,2% клінічно значущі прояви, що свідчить про емоційне виснаження, втрату мотивації й надії.

Взаємозв'язок тривоги й депресії вказує на те, що тривале напруження може призводити до розвитку депресії. Тривога підсилює емоційне виснаження, що погіршує настрій і психічну стійкість, формуючи замкнене коло. Отже, результати підтверджують необхідність системної психологічної підтримки батьків для зниження тривожності та профілактики депресивних станів.

Проаналізуємо отримані результати проведеної методики «Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)», враховуючи такий показник, як «стаж захворювання» дитини (Рис.2.11).

У батьків із дітьми, які хворіють на діабет від 0 до 3 років, середній рівень тривожності становить $\Sigma = 10,3$ бала, що свідчить про прикордонний або клінічно значущий рівень тривоги. Це можна пояснити етапом первинної адаптації сім'ї до діагнозу, коли з'являється багато невизначеності, страхів щодо майбутнього та турбот про стан дитини. Така тривога може проявлятися у вигляді гіперконтролю, підвищеної пильності, порушень сну й фізіологічного напруження. Депресивні прояви у цій групі дещо нижчі ($\Sigma = 9,2$ бала), що свідчить про відносно збережену емоційну ресурсність та орієнтацію на активні стратегії подолання стресу.

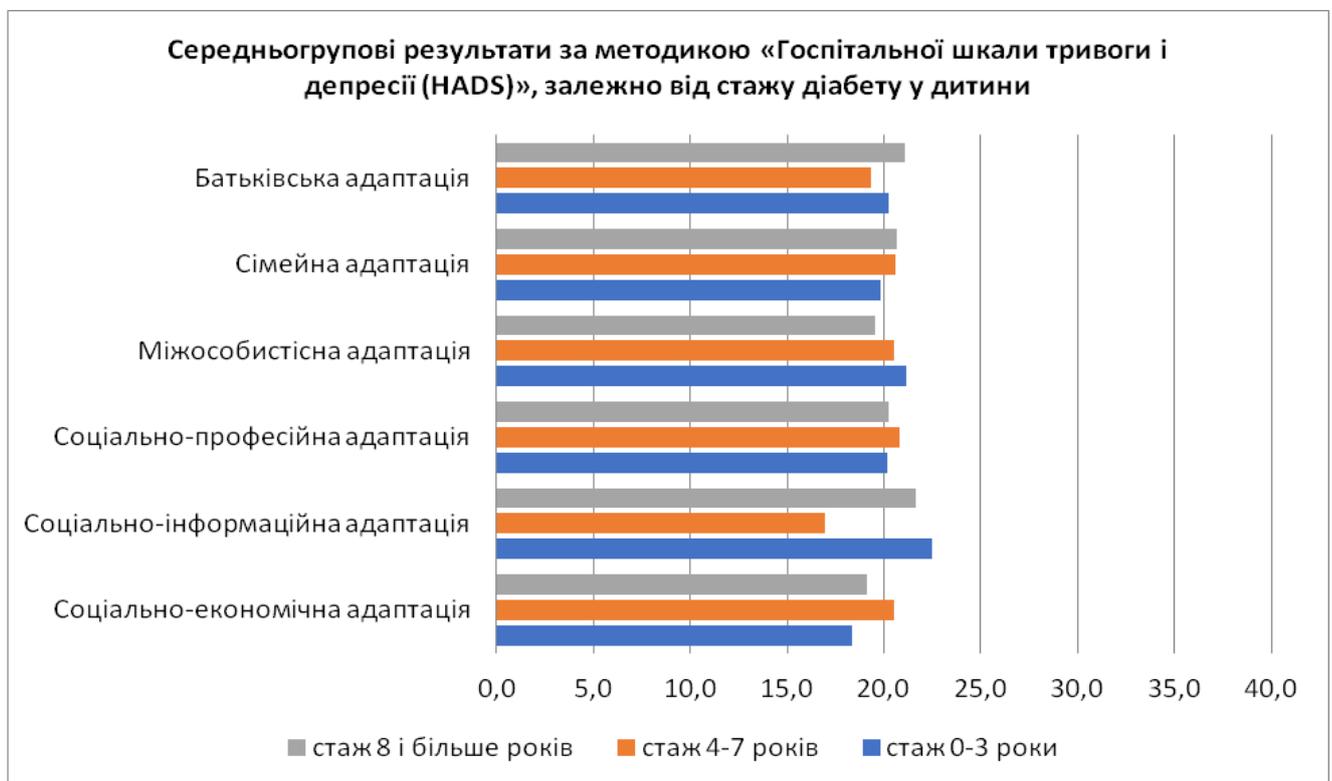


Рис. 2.11 Середньогрупові результати за методикою «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)» (залежно від стажу діабету у дитини)

У батьків зі «стажем хвороби» дитини 4-7 років середні показники тривожності дещо зростають ($\Sigma = 10,5$ бала), а депресивні прояви також посилюються ($\Sigma = 10,4$ бала), досягаючи порогу клінічної значущості. Це може бути пов'язано з накопиченням емоційного виснаження, появою відчуття хронічності ситуації та труднощами підтримання стабільного режиму лікування

дитини. На цьому етапі може знижуватися оптимізм і з'являтися відчуття втоми, що призводить до більшої схильності до апатії та зниження соціальної активності.

У групі батьків, чії діти хворіють понад 8 років, спостерігається деяке зниження рівня тривожності ($\Sigma = 9,3$ бала), що, ймовірно, відображає процес адаптації до хвороби та набуття впевненості в щоденному догляді за дитиною. Однак рівень депресії зростає до $\Sigma = 10,9$ бала, що може свідчити про накопичення емоційного вигорання та втрату відчуття перспективи. Такі батьки можуть демонструвати зниження мотивації, почуття безнадійності, а іноді - соматичні скарги.

Розглянемо результати аналізу «Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)» із врахуванням критерію «вік дитини» (Рис.2.12).

У групі батьків дітей віком 0-7 років середній рівень тривожності становить $\Sigma = 10,31$ бала, що свідчить про помірну, прикордонну тривогу. Це можна пояснити тим, що в молодшому віці дитина потребує інтенсивного догляду, контролю за рівнем глюкози та постійної участі дорослого у лікуванні, що створює додаткове емоційне навантаження на батьків. Водночас середній рівень депресії у цій групі нижчий ($\Sigma = 9,18$ бала), що може відображати активну мобілізацію внутрішніх ресурсів, коли батьки спрямовують сили на подолання труднощів, зберігаючи відносну емоційну стійкість.

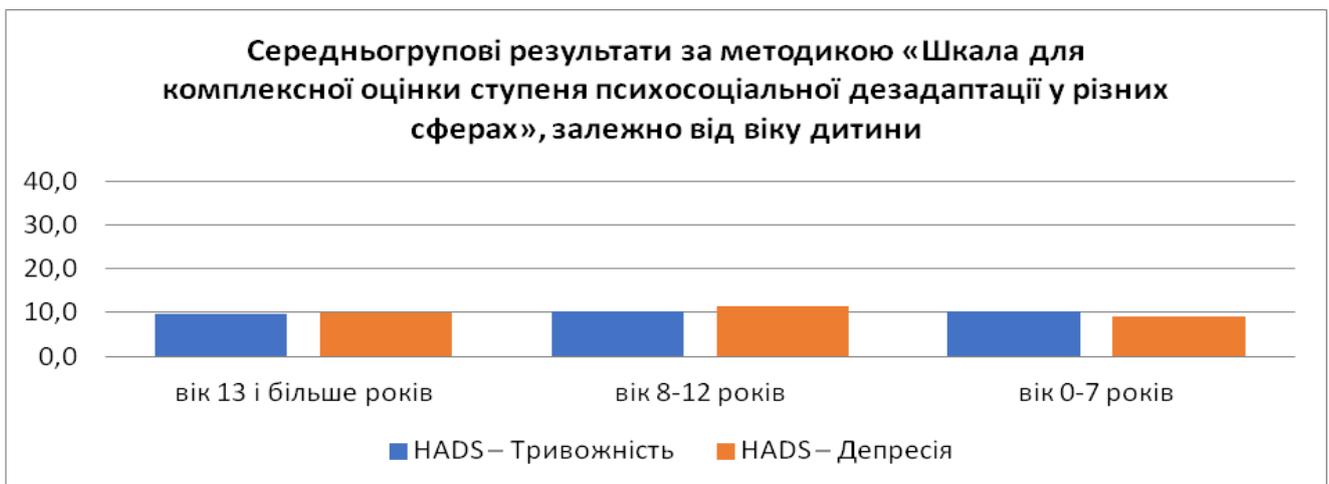


Рис. 2.12 Середньогрупові результати за методикою «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)» (залежно від віку дитини)

У групі дітей віком 8-12 років рівень тривожності залишається практично на тому самому рівні ($\Sigma = 10,33$ бала), проте середній показник депресії помітно зростає до $\Sigma = 11,26$ бала, що вже свідчить про клінічно значущі депресивні прояви. Причиною цього може бути те, що в цей період дитина поступово стає більш самостійною, але водночас стикається з труднощами у дотриманні режиму, можливими конфліктами щодо контролю з боку батьків і викликами соціальної інтеграції в школі. Батьки можуть відчувати фрустрацію, втому й емоційне вигорання, що проявляється у зниженні настрою, втраті відчуття радості та підвищеній дратівливості.

У групі підлітків 13 та більше років середні показники тривожності дещо знижуються ($\Sigma = 9,56$ бала), що може свідчити про поступову адаптацію батьків до стану дитини та передачу частини відповідальності самій дитині. Однак рівень депресії залишається досить високим ($\Sigma = 10$ балів), що може бути пов'язано з труднощами цього віку - підлітковими кризами, зростанням ризику конфліктів, страхами за майбутнє дитини та переживаннями щодо її автономності.



Рис. 2.13 Середньогрупові результати за методикою «Психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Неім (в адаптації Л.І. Васермана)»

Оцінимо результати проведеного дослідження із застосуванням методики «*Психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейт (в адаптації Л.І. Васермана)*». Отримані дані дозволяють розглянути особливості використання копінг-механізмів у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах.

Середньогрупові результати демонструють досить різноманітний розподіл стратегій подолання. Найвищі показники виявлені за шкалою неадаптивних емоційних копінг-стратегій, які обрали близько двадцяти семи респондентів, що вказує на їхню часту актуалізацію у складних життєвих обставинах. Порівняно високий рівень зафіксовано також для адаптивних поведінкових стратегій, які використовували приблизно двадцять респондентів, а також для адаптивних емоційних копінг-стратегій, які проявилися у п'ятнадцяти осіб. Дещо нижчі, але помітні результати показали неадаптивні когнітивні стратегії та відносно адаптивні поведінкові, кожному з яких обрали по сімнадцять респондентів.

Адаптивні когнітивні копінг-стратегії були характерні для шістнадцяти батьків, що свідчить про прагнення частини вибірки до раціонального осмислення ситуації. Водночас відносно адаптивні когнітивні та емоційні стратегії набрали менші показники - тринадцять і чотирнадцять відповідно, що демонструє їхню меншу, але все ж значущу роль. Загалом результати відображають баланс між конструктивними та менш ефективними способами реагування, що вказує на складність адаптаційних процесів у батьків, які виховують дітей із хронічним захворюванням.

Важливо відзначити, що ситуація, в якій перебувають ці батьки, є хронічно травматичною: поєднання щоденного контролю за станом здоров'я дитини, високого рівня тривоги щодо можливих ускладнень і значного навантаження на психоемоційну сферу формує специфічні патерни подолання. Аналіз відсоткового розподілу показників за шкалами допомагає побачити, які механізми домінують, які є менш вираженими, а які можуть становити ризик для психологічного благополуччя родини. (Таблиця5)

Таблиця 5

Відсотковий розподіл варіантів копінг-механізмів серед усіх респондентів

КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ	АДАПТИВНІ	НЕАДАПТИВНІ	ВІДНОСНО АДАПТИВНІ
КОГНІТИВНІ	Проблемний аналіз (10,6 %) Встановлення власної цінності(14,9%) Збереження самовладання (8,5 %) Всього 34%	Покора (12,8 %) Дисимуляція (6,8 %) Ігнорування (0%) Розгубленість (17 %) Всього 36,2%	Відносність (10,6 %) Релігійність (12,8 %) Надання сенсу (6,4 %) Всього 29,8%
ЕМОЦІЙНІ	Протест (19,1 %) Оптимізм (10,6 %) Всього 29,8%	Придушення емоцій (23,4%) Покірність (10,6 %) Самозвинувачення (12,8 %) Агресивність (8,5%) Всього 55,3%	Емоційна розрядка (8,5 %) Пасивна кооперація (6,4 %) Всього 14,9%
ПОВЕДІНКОВІ	Альтруїзм (14,9 %) Співпраця (14,9 %) Звернення (12,8 %) Всього 42,6%	Активне уникнення (8,5 %) Відступ (14,9 %) Всього 23,4%	Відволікання (14,9 %) Компенсація (8,5%) Конструктивна активність (10,6 %) Всього 34%

У когнітивній сфері адаптивні стратегії становлять 34 %, що демонструє схильність до пошуку сенсу та збереження самовладання, проте водночас високий рівень неадаптивних стратегій (36,2 %) відображає часті випадки розгубленості та покори. Це може бути пов'язано з емоційним перевантаженням через хронічний характер хвороби дитини, що ускладнює здатність до раціонального аналізу. Важливим є також досить помітний рівень релігійності та встановлення власної цінності, що може відображати спроби шукати підтримку у вищих силах або у власному сенсі життя.

В емоційній сфері спостерігається найбільша концентрація труднощів, адже неадаптивні копінг-стратегії досягають 55,3 %. Придушення емоцій (23,4 %), протест (19,1 %), самозвинувачення та агресивність є ознаками значного внутрішнього напруження. Батьки можуть відчувати безсилля, провину чи образу на обставини, що проявляється у неконструктивних формах реагування. Лише 29,8 % емоційних реакцій належать до адаптивних, серед яких оптимізм та емоційна розрядка. Це вказує на потребу у психоемоційній підтримці, адже домінування негативних емоцій підвищує ризик виснаження та вторинних психологічних проблем.

У поведінковій сфері ситуація виглядає більш сприятливою: 42,6 % копінгів належать до адаптивних, що свідчить про прагнення батьків залучатися до конструктивної діяльності, співпраці та альтруїстичних дій. Високі показники звернення по допомогу та співпраці свідчать про важливість соціальної підтримки. Водночас наявність таких проявів, як уникнення чи відступ, демонструє, що частина батьків схильна до втечі від проблеми, що може призводити до пасивності у вирішенні важливих питань догляду за дитиною.

Таким чином, у структурі копінг-механізмів батьків простежується перевага адаптивних поведінкових і когнітивних стратегій при одночасно високій частоті неадаптивних емоційних реакцій. Це може пояснюватися тривалою психоемоційною напругою, викликану необхідністю постійного контролю за станом дитини та переживанням хронічного характеру хвороби, що стимулює пошук дійових поведінкових способів, але водночас спричиняє емоційне виснаження.

Проаналізуємо отримані результати проведеної методики «Психологічна діагностика копінг-механізмів Е. Неім (в адаптації Л.І. Васермана)», враховуючи такий показник, як «стаж захворювання» дитини (Таблиця 6).

Даний критерій виявився значущим чинником, що впливає на вибір і ефективність копінг-стратегій, адже саме тривалість життя з діагнозом суттєво змінює не лише когнітивні, але й емоційні та поведінкові моделі реагування батьків.

Результати засвідчили наявність виразної динаміки у виборі копінг-стратегій батьками, що відображає їх психологічну адаптацію до хронічної хвороби дитини. У групі зі стажем 0-3 роки спостерігається переважання когнітивних адаптивних стратегій (47,06%), що ймовірно свідчить про активний пошук інформації, намагання опанувати ситуацію та побудувати систему контролю над новими обставинами. Разом з тим, високі показники неадаптивних емоційних стратегій (58,82%) демонструють значне емоційне виснаження, страх та труднощі з регуляцією почуттів, характерні для початкових етапів зіткнення з діагнозом. Для поведінкової сфери у цій групі властиве застосування усіх

стратегій в більш-менш рівній мірі, що свідчить про нестійкість моделей реагування.

У групі батьків зі стажем 4-7 років простежується зростання частки відносно адаптивних когнітивних стратегій (43,75%) та одночасне зниження частки адаптивних (18,75%). Це може свідчити про перехід від гострого реагування до часткового прийняття хвороби, але без повного формування стабільних ефективних копінгів. Емоційні стратегії в цій групі залишаються переважно неадаптивними (56,25%), хоча показник нижчий, ніж у першій групі, що може свідчити про поступове зменшення інтенсивності емоційної нестабільності. У поведінковій сфері значно зростає частка відносно адаптивних реакцій (50%), що може бути індикатором активного пошуку нових моделей поведінки.

Таблиця 6

Відсотковий розподіл вибору копінг-механізмів враховуючи критерій стаж захворювання дитини

КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ		СТАЖ ЗАХВОРЮВАННЯ		
		0-3 роки	4-7 років	8 + років
КОГНІТИВНІ	Адаптивні	47,06%	18,75%	35,71%
	Неадаптивні	29,41%	37,50%	28,58%
	Відносно адаптивні	23,53%	43,75%	35,71%
ЕМОЦІЙНІ	Адаптивні	11,76%	18,75%	35,71%
	Неадаптивні	58,82%	56,25%	50,00%
	Відносно адаптивні	29,41%	25,00%	14,29%
ПОВЕДІНКОВІ	Адаптивні	35,29%	37,50%	42,84%
	Неадаптивні	23,53%	12,50%	28,58%
	Відносно адаптивні	23,53%	50,00%	28,58%

Група зі стажем понад 8 років демонструє найбільш збалансований профіль копінгів. Когнітивні адаптивні та відносно адаптивні стратегії представлені однаково (35,71%), неадаптивні - на нижчому рівні (28,58%). Емоційні адаптивні копінги зростають до 35,71%, а неадаптивні зменшуються до 50%. Поведінкові адаптивні стратегії досягають найвищого рівня серед усіх груп (42,84%), що вказує на формування більш зрілих і конструктивних моделей реагування.

Виходячи з вищезазначеного, можемо припустити, що ранні етапи адаптації супроводжуються високою тривогою, домінуванням емоційно-неадаптивних копінгів та гіперконтролем, тоді як із тривалістю захворювання формується більш раціональна, гнучка та поведінково-адаптивна відповідь. У батьків, чії діти вже довго живуть із діабетом, спостерігається більше внутрішнього спокою, вони краще приймають хронічний характер хвороби та вміють ефективніше справлятися зі стресом.

Проаналізуємо результати за цією методикою, враховуючи показник «вік дитини» дозволяє простежити певні закономірності у виборі стратегій подолання стресу (Таблиця 7).

Вік дитини виступає вагомим фактором, що змінює різного роду реакцій батьків, оскільки кожен віковий період накладає специфічні вимоги до догляду, контролю та психологічної взаємодії в родині.

Таблиця 7

Відсотковий розподіл вибору копінг-механізмів враховуючи критерій вік дитини

КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ		Вік дитини		
		0-7 років	8-12 років	13 + років
КОГНІТИВНІ	Адаптивні	43,75%	20,00%	37,50%
	Неадаптивні	43,75%	33,33%	31,25%
	Відносно адаптивні	12,50%	46,67%	31,25%
ЕМОЦІЙНІ	Адаптивні	31,25%	33,33%	25,00%
	Неадаптивні	62,50%	46,67%	56,25%
	Відносно адаптивні	6,25%	20,00%	18,75%
ПОВЕДІНКОВІ	Адаптивні	37,50%	53,33%	37,50%
	Неадаптивні	25,00%	26,67%	18,75%
	Відносно адаптивні	37,50%	20,00%	43,75%

Результати показують, що батьки по-різному справляються зі стресом залежно від віку дитини та наскільки вона вже самостійна. У групі батьків дітей віком 0-7 років простежується великий відсоток адаптивних і неадаптивних когнітивних стратегій (по 43,75%). Це свідчить про значну напругу, поєднану з

активним пошуком рішення: з одного боку, батьки намагаються раціонально структурувати ситуацію та знайти логічні способи впливу, а з іншого відчують сильне напруження, невпевненість, і саме тому можуть мати тривожні думки.

Для цієї групи характерний найвищий рівень емоційно-неадаптивних стратегій (62,5%), що може відображати високі переживання, страх за безпорадну малу дитину та труднощі у регуляції розумінні власних емоцій. Поведінкові адаптивні та відносно адаптивні стратегії мають однакову частку (37,5%), що свідчить про пошук ефективної поведінкової моделі, але ще недостатню стабільність.

У групі дітей віком 8-12 років спостерігається найбільший відсоток відносно адаптивних когнітивних копінгів (46,67%), що може бути пов'язано з появою у дітей більшої самостійності та можливості батьків поступово перерозподіляти відповідальність. Емоційно-адаптивні та неадаптивні стратегії цієї групи мають більш збалансований характер порівняно з молодшими дітьми, хоча рівень емоційної напруги все ще залишається високим (46,67% неадаптивних). Поведінкові адаптивні копінги досягають найбільшого значення серед усіх груп (53,33%), що може свідчити про активну участь батьків у лікувальному процесі, але з більшою структурованістю, організованістю та досвідом ніж у групі молодших дітей.

У групі батьків дітей віком від 13 років спостерігається певне вирівнювання стратегій: когнітивні адаптивні й неадаптивні мають приблизно подібні значення, а відносно адаптивні становлять 31,25%. Це може свідчити про перенесення частини відповідальності на підлітка, але одночасно про збереження значних переживань, пов'язаних із ризиками та непередбачуваністю перебігу хвороби. Емоційно-неадаптивні копінги залишаються високими (56,25%), що може бути пов'язано з турботою щодо поведінкової нестабільності підлітків. Поведінково відносно адаптивні стратегії (43,75%) свідчать про значну гнучкість у реагуванні.

У процесі аналізу результатів емпіричного дослідження було виявлено певні відмінності між показниками, отриманими за різними психодіагностичними методиками, що потребує наукового обґрунтування та комплексного тлумачення.

Використані методики - «Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), «Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації», «Шкала оцінки впливу травматичної події» (ШОВТП) та методика діагностики копінг-механізмів Е. Нейм (в адаптації Л. І. Васермана) - охоплюють різні аспекти психічного функціонування, що дозволяє розглядати результати у системному контексті.

Деякі розбіжності між показниками пояснюються відмінностями у теоретико-методологічних підходах цих інструментів. Наприклад, «Шкала оцінки якості життя» відображає загальну суб'єктивну задоволеність життям та адаптацією до хронічного стану дитини, тоді як шкала HADS акцентує увагу на поточних емоційних станах - тривозі та депресії. Таким чином, у респондентів, які демонструють відносно задовільну якість життя, одночасно можуть спостерігатися підвищені показники ситуативної тривоги, що свідчить про високий рівень відповідальності та емоційної залученості у догляд за дитиною.

Показники за «Шкалою психосоціальної дезадаптації» вказують на труднощі у певних сферах життєдіяльності (зокрема, у сімейній чи соціальній), однак не завжди корелюють із рівнем емоційного виснаження чи тривоги. Це зумовлено тим, що адаптаційні труднощі мають більш поведінковий характер, тоді як емоційні реакції відображають внутрішній суб'єктивний досвід.

Дані за «ШОВТП» засвідчують, що частина респондентів демонструє помірно виражені симптоми посттравматичного стресу, що є закономірним у батьків дітей із хронічними захворюваннями. Проте водночас у цих же осіб виявлено активні копінг-механізми (за методикою Е. Нейм), зокрема схильність до конструктивних стратегій подолання - пошуку соціальної підтримки та орієнтації на вирішення проблем. Це вказує на наявність психологічних ресурсів, які сприяють збереженню стабільного рівня функціонування навіть за умов хронічного стресу.

Отже, виявлені розбіжності між результатами не є суперечностями, а свідчать про багатовимірність і динамічність психологічного стану батьків дітей з цукровим діабетом. Кожна методика відображає певний рівень психічної

реальності - від емоційного до соціального, що у сукупності дає можливість сформувати цілісну картину адаптаційних процесів.

З метою надання дослідженню комплексного аналізу ми використали *метод кореляційного аналізу Пірсона*, що показує взаємозалежність між якістю життя, емоційним станом, адаптаційними процесами та переживанням травматичного досвіду у батьків, які виховують дітей із цукровим діабетом (див. Додаток А). Найбільш значущі кореляційні зв'язки представлені у таблиці 8.

Отже, найбільш значущими кореляціями є такі показники:

Найвищий рівень зв'язку прослідковується між загальним балом за шкалою впливу травматичної події (ШОВТП) та показником «Якість життя - Умови проживання» ($r = 0.97$, $p < 0.001$), що вказує на те, що чим кращі побутові умови сім'ї, тим більше батьки усвідомлюють та здатні оцінити вплив травматичного досвіду, пов'язаного із хворобою дитини. Такі умови створюють для батьків певний «простір безпеки», де травматичний досвід не витісняється, а навпаки усвідомлюється та піддається аналізу, і може бути важливим елементом конструктивної адаптації.

«Якість життя - Повсякденна активність» та «Якість життя - Любов і сексуальність» ($r = 0.87$, $p < 0.001$) виявлено сильний прямий зв'язок, що свідчить про збереження активності, включеності у щоденні справи. Життєві емоції та здатність підтримувати інтимну та особистісну близькість у шлюбі є взаємопов'язаними. У активних батьків, емоційна сфера зазвичай більш гармонійна, і сприяє стабільності сімейних стосунків попри хворобу дитини.

Загальний бал за шкалою «ШОВТП» та «Уникнення» ($r = 0.58$, $p < 0.001$), що говорить про те, що витіснення або емоційне уникання травматичних спогадів у батьків із високим рівнем стресового навантаження стає більш поширеним. Такі реакції можуть бути типовим психологічним захистом, спрямованим на зменшення внутрішньої напруги.

Загальний бал «ШОВТП» та «Інтрузія» ($r = 0.53$, $p < 0.001$), що означає чим вищим є загальний рівень переживання травматичного досвіду, тим більш виражені інтрузивні симптоми. Коли батьки оцінюють цукровий діабет дитини як

подію, що сильно вплинула на їхнє життя, вони частіше стикаються з нав'язливими думками та образами, які постійно нагадують про хворобу. Дані симптоми можуть проявлятися у вигляді повторюваних переживань моменту встановлення діагнозу, страхів щодо майбутнього, постійних думок про контроль рівня цукру чи можливі ускладнення.

Таблиця 8

Найбільш значущі кореляційні зв'язки між показниками

Змінні	r	p	Тип зв'язку
«Загальний бал (ШОВТП)» & «Якість життя - Умови проживання (Чабан)»	0.97	< 0.001	сильний прямий
«Якість життя - Повсякденна активність (Чабан)» & «Якість життя - Любов і сексуальність (Чабан)»	0.87	< 0.001	сильний прямий
«Загальний бал (ШОВТП)» & «Уникнення (ШОВТП)»	0.58	< 0.001	сильний прямий
«Загальний бал (ШОВТП)» & «Інтрюзія (ШОВТП)»	0.53	< 0.001	сильний прямий
«Загальний рівень психосоціальної дезадаптації» & «Сімейна адаптація»	0.48	<0.01	помірний прямий
«Якість життя - Загальна задоволеність життям (Чабан)» & «Якість життя - Любов і сексуальність (Чабан)»	0.46	<0.01	помірний прямий
«Якість життя - Загальна задоволеність життям (Чабан)» & «Якість життя - Вільний час (Чабан)»	0.44	<0.01	помірний прямий
«Загальний рівень психосоціальної дезадаптації» & «Соціально-інформаційна адаптація»	0.43	<0.01	помірний прямий
«Загальний рівень психосоціальної дезадаптації» & «Соціально-економічна адаптація»	0.43	<0.01	помірний прямий
«Загальний бал (ШОВТП)» & «Уникнення (ШОВТП)»	0.41	<0.01	помірний прямий
«Якість життя - Загальна задоволеність життям (Чабан)» & «Якість життя - Фізичний стан (Чабан)»	0.46	<0.01	помірний прямий
«Загальний рівень психосоціальної дезадаптації» & «Батьківська адаптація»	0.4	<0.01	помірний прямий
«Емоційні копінг-стратегії» & «Якість життя - Соціальна активність (Чабан)»	0.38	<0.01	помірний прямий

Загальний рівень психосоціальної дезадаптації має кілька сильних прямих зв'язків із різними сторонами життя в суспільстві - сімейною адаптацією ($r = 0.48$, $p < 0.01$), соціально-інформаційною ($r = 0.43$, $p < 0.01$), соціально-економічною ($r = 0.43$, $p < 0.01$) та батьківською адаптацією ($r = 0.40$, $p < 0.01$). Високий рівень дезадаптації безпосередньо пов'язаний із проблемами у сімейних стосунках, коли

зростає напруга, знижується підтримка та виникають конфлікти. Хвороба погіршує єдність сім'ї та ускладнює її здатність разом долати труднощі. В розрізі економічної нестабільності сім'ї це проявляється як зростання витрат на лікування, труднощі з роботою, що може робити батьків соціально вразливими.

В батьківській адаптації це може проявлятися як труднощі із виконанням батьківських функцій. Може виникати емоційна напруга, втрата віри в себе та свої сили, що погіршує підтримку та догляд за дитиною і контроль стану.

Сильні позитивні зв'язки між шкалами «Якість життя - Загальна задоволеність життям» і сферами «Любов і сексуальність» ($r = 0.46, p < 0.01$), «Вільний час» ($r = 0.44, p < 0.01$) та «Фізичний стан» ($r = 0.46, p < 0.01$) Емоційне благополуччя батьків напряму пов'язане з добрим самопочуттям, можливістю для відпочинку та реалізації власних потреб. Позитивні емоції підвищують рівень задоволеності життям, а також зменшують ризик емоційного вигорання.

Наступна кореляція між емоційними копінг-стратегіями та соціальною активністю ($r = 0.38, p < 0.01$). Тут батьки, які вміють відкрито говорити про свої почуття, переживання та емоції часто мають більше друзів і знайомих і легше знаходять підтримку в різних спільнотах чи групах. А коли вони активно використовують емоційні способи подолання труднощів як от діляться переживаннями, шукають розуміння, приймають допомогу, то це допомагає їм краще справлятися зі стресом менше відчувати самотність і будувати тепліші стосунки з іншими людьми.

Помірно значущі кореляційні зв'язки між показниками:

- «Інтрузія» ШОВТП та «Якість життя - Любов і сексуальність» ($r = 0.37, p < 0.05$). Батьки, в яких є нав'язливі думки, пов'язані з хворобою дитини можуть зберігати емоційну близькість та чутливість у стосунках. Інакше кажучи, глибоке переживання травматичного досвіду не руйнує, а навіть навпаки може поглиблювати емоційний контакт у парі.

- «Якість життя - Загальна задоволеність життям» та «Настрій» ($r = 0.37, p < 0.05$) і «Повсякденна активність» ($r = 0.37, p < 0.05$). Внутрішнє відчуття задоволення життям пов'язане з позитивним емоційним тлом і збереженням

активності у повсякденних справах. Батьки, які намагаються зберігати звичний ритм життя та більше рухаються та беруть участь у соціальних або сімейних справах, мають кращий настрій і вищу життєву задоволеність попри труднощі, пов'язані з хворобою дитини.

Таблиця 9

Помірно значущі кореляційні зв'язки між показниками

Змінні	r	p	Тип зв'язку
«Інтрюзія (ШОВТП)» & «Якість життя - Любов і сексуальність (Чабан)»	0.37	<0.05	помірний прямий
«Якість життя - Загальна задоволеність життям (Чабан)» & «Якість життя - Настрій (Чабан)»	0.37	<0.05	помірний прямий
«Загальний рівень психосоціальної дезадаптації» & «Соціально-професійна адаптація»	0.37	<0.05	помірний прямий
«Якість життя - Загальна задоволеність життям (Чабан)» & «Якість життя - Повсякденна активність (Чабан)»	0.37	<0.05	помірний прямий
«Загальний бал (ШОВТП)» & «Якість життя - Робота/навчання (Чабан)»	0.37	<0.05	помірний прямий
«Соціально-інформаційна адаптація» & «Якість життя - Фінансове благополуччя (Чабан)»	0.33	<0.05	помірний прямий
«Емоційні копінг-стратегії» & «Якість життя - Настрій (Чабан)»	0.33	<0.05	помірний прямий
«Емоційні копінг-стратегії» & «Якість життя - Повсякденна активність (Чабан)»	0.30	<0.05	помірний прямий

- Загальний рівень психосоціальної дезадаптації та соціально-професійна адаптація ($r = 0.37$, $p < 0.05$). Труднощі у соціальній сфері такі як професійна реалізація - відображають загальний рівень психологічної напруги та адаптаційного навантаження. Для багатьох батьків догляд за дитиною з хронічною хворобою поєднується з відчуттям професійних обмежень що потребує підтримки у напрямку балансування між особистим, сімейним і робочим життям.

- Загальний бал за шкалою «ШОВТП» та «Якість життя - Робота/навчання» ($r = 0.37$, $p < 0.05$). Усвідомлення травматичного досвіду, пов'язаного з хворобою дитини, впливає на відчуття ефективності в роботі та навчанні. Сильно стресовані емоційно батьки частіше кажуть про зниження концентрації, втому, або про складнощі у поєднанні роботи з доглядом за дитиною.

- Соціально-інформаційна адаптація та фінансове благополуччя ($r = 0.33, p < 0.05$) показують що батьки, які мають стабільний дохід та фінанси краще орієнтуються у соціальних і медичних питаннях пов'язаних із лікуванням дитини активніше шукають інформацію та підтримку що позитивно впливає на їхнє відчуття контролю над ситуацією.

- Емоційні копінг-стратегії та «Якість життя - настрої» ($r = 0.33, p < 0.05$) і повсякденна активність ($r = 0.30, p < 0.05$) демонструє що батьки здатні виражати свої переживання емоційно, не пригнічують почуття, а намагаються їх проживати й обговорювати а ще відчувають себе більш енергійними, зберігають життєву активність і позитивне сприйняття буденності. Емоційна відкритість тут виступає адаптивним фактором який сприяє психологічній стабільності.

Зворотні (негативні) кореляційні зв'язки між показниками представлені у таблиці 10

Проаналізуємо негативні кореляції:

- «Батьківська адаптація» та «Якість життя - Фізичний стан» ($r = -0.45, p < 0.01$) показують що чим нижчий рівень адаптації, тим нижчою є якість життя. Труднощі батьків у пристосуванні до життя з хворобою дитини супроводжуються гіршим самопочуттям відчуттям втоми та фізичного виснаження. Такі батьки, частіше мають мало енергії та ресурсу в тілі. Їм важко прийняти нові обмеження або ж знайти внутрішній баланс.

- «Якість життя - Фізичний стан» та «Вік дитини» ($r = -0.38, p < 0.01$) показує чим старша дитина, тим гірше батьки оцінюють свій фізичний стан. Можливо це наслідок накопиченого емоційного та фізичного виснаження в процесі тривалого догляду чи переживань чи постійного контролю за станом дитини. З часом турбота стає не легшою а навіть набуває більш тривожного характеру.

- «Робота/навчання» та «Соціальна активність» ($r = -0.33, p < 0.05$) говорить чим нижчою є соціальна активність, тим менш задоволені батьки своїми можливостями у професійній реалізації або навчальній. Це проявляється у

обмеженні у спілкуванні дефіциті часу та постійній зайнятості доглядом за дитиною, що впливає на відчуття реалізованості та професійної ефективності.

Таблиця 10

Зворотні (негативні) кореляційні зв'язки між показниками

Змінні	r	p	Тип зв'язку
Батьківська адаптація & Якість життя - Фізичний стан (Чабан)	-0.45	<0.01	помірний обернений
Якість життя - Фізичний стан (Чабан) & Вік дитини	-0.38	<0.01	помірний обернений
«Якість життя - Робота/навчання (Чабан)» & «Якість життя - Соціальна активність (Чабан)»	-0.33	<0.05	помірний обернений
«Когнітивні копінг-стратегії» & «Батьківська адаптація»	-0.33	<0.05	помірний обернений
«Гіперзбудження (ШОВТП)» & «Соціально-економічна адаптація»	-0.31	<0.05	помірний обернений
«Емоційні копінг-стратегії» & «Міжособистісна адаптація»	-0.31	<0.05	помірний обернений
«Міжособистісна адаптація» & Вік дитини	-0.30	<0.05	помірний обернений

- «Когнітивні копінг-стратегії» та «Батьківська адаптація» ($r = -0.33$, $p < 0.05$) чим нижчий рівень когнітивних копінг-стратегій, тим гірше батьки адаптуються до нової реальності життя з дитиною з цукровим діабетом. Батьки не бачать варіанти рішення проблеми і це підсилює відчуття безпорадності вони швидше виснажуються відчувають тривогу мають менше внутрішніх ресурсів для гарного догляду за дитиною, можуть уникати спілкування з лікарями чи іншими людьми.

- «Гіперзбудження (ШОВТП)» & «Соціально-економічна адаптація» ($r = -0.31$, $p < 0.05$). Мала фінансова спроможність чи нестабільність батьків підсуле нервову напругу . Батьки роздратовані та в тривозі. Психоемоційна напруга свідчить про недостатній стан соціального та економічного становища, яке є нестабільним.

- «Емоційні копінг-стратегії» & «Міжособистісна адаптація» ($r = -0.31$, $p < 0.05$). Якщо батьки не мають підтримки від оточення чи мають напругу в стосунках емоційна стійкість знижується а переживання стають все більшими.

«Міжособистісна адаптація» & Вік дитини ($r = -0.30, p < 0.05$). Як дорослішає дитина, так поступово накопичується втома, а ще переживання про майбутнє дитини та як вона зможе давати собі раду та бути відповідальною за своє здоров'я та життя.

Узагальнюючи вищенаведені результати, можемо зазначити наступне:

Якість життя батьків дітей із цукровим діабетом тісно пов'язана з особливостями їхнього емоційного стану та переживанням травматичного досвіду. Сильні прямі кореляції між показниками ШОВТП та різними сферами якості життя свідчать, що усвідомлення травматичної події, пов'язаної з хворобою дитини, з одного боку, підсилює емоційну напругу, а з іншого - може сприяти глибшому осмисленню власних потреб, ресурсів та взаємин у сім'ї.

Психосоціальна дезадаптація виявляється суттєвим фактором ризику для функціонування сім'ї. Помірні та сильні прямі кореляції між рівнем дезадаптації та різними аспектами сімейного, соціального й економічного життя демонструють, що погіршення адаптаційних можливостей батьків впливає на їхню здатність підтримувати стабільні стосунки, ефективно взаємодіяти з соціальними інститутами та виконувати батьківські функції.

Негативні кореляції вказують на взаємне послаблення психологічних і соціальних ресурсів у сім'ях, що тривалий час живуть у умовах хвороби дитини. Зниження батьківської адаптації, погіршення фізичного стану, емоційна напруга та дефіцит соціальної підтримки призводять до зниження якості життя. Це підкреслює необхідність комплексної психологічної підтримки, спрямованої на розвиток адаптивних копінг-стратегій, формування стійкості та відновлення ресурсів.

Проведене емпіричне дослідження та кореляційний аналіз дав змогу виділити чинники, що спричиняють розлади адаптації батьків дітей із цукровим діабетом та чинники, що сприяють адаптації та знижують ризик дезадаптації.

Чинники, що спричиняють розлади адаптації батьків дітей із цукровим діабетом:

1. Психоемоційні чинники

- Високий рівень переживання травматичного досвіду (ШОВТП): сильні кореляції між загальним балом ШОВТП, інтрузіями та униканням засвідчують, що нав'язливі думки, емоційне уникання й гіперзбудження формують хронічне стресове навантаження. Це знижує здатність батьків зберігати емоційну рівновагу й стійкість у повсякденній взаємодії з дитиною.

- Погіршення фізичного стану батьків: негативний зв'язок між фізичним станом та віком дитини вказує на те, що тривалий догляд за дитиною з хронічним захворюванням призводить до накопичення фізичного та емоційного виснаження, зниження життєвого тону та ресурсності.

- Емоційна нестійкість і виснаження: гіперзбудження і соціально-економічні труднощі свідчать, що нервові напруження та хронічна тривога посилюють почуття невпевненості та стомлення.

2. Адаптаційні та поведінкові чинники

- Порушення батьківської адаптації: обернений зв'язок між батьківською адаптацією та фізичним станом відображає, що труднощі у прийнятті та організації догляду за дитиною супроводжуються гіршим фізичним самопочуттям та зниженим ресурсом для підтримки дитини.

- Обмежені когнітивні копінг-стратегії: нездатність ефективно осмислювати ситуацію, планувати дії чи оцінювати можливі рішення сприяє формуванню безпорадності, емоційної нестабільності та виснаження.

- Зниження міжособистісної адаптації: складнощі у побудові підтримуючих стосунків з оточуючими підсилюють відчуття ізоляції, самотності та знижують здатність батьків справлятися з хронічним стресом.

3. Соціально-побутові та економічні чинники

- Соціально-економічна вразливість: складнощі у фінансовому забезпеченні впливають на емоційний стан, посилюючи тривогу, роздратованість та погіршуючи здатність підтримувати стабільне середовище для дитини.

- Зниження соціальної активності: обмеження в участі у соціальному житті, дефіцит часу на контакти та підтримку знижують загальне психологічне благополуччя.

Чинники, що сприяють адаптації та знижують ризик дезадаптації:

1. Особистісні та емоційні ресурси

- Емоційна відкритість та здатність до емоційної регуляції: позитивні зв'язки між емоційними копінг-стратегіями та якістю життя вказують, що батьки, які вміють проговорювати емоції, отримувати підтримку та не пригнічувати переживання, мають вищий рівень адаптації й кращий психологічний стан.

- Загальна задоволеність життям значуще пов'язана з настроєм, фізичним станом і наявністю вільного часу.

2. Сімейні та соціальні ресурси

- Сімейна підтримка та адаптація: соціально-інформаційна, соціально-економічна та сімейна адаптація позитивно пов'язані із загальним рівнем психосоціальної. Наявність підтримувального сімейного середовища значно зменшує ризик дезадаптації.

- Активна соціальна взаємодія: вищий рівень соціальної активності та участь у спільнотах сприяють кращій емоційній стабільності, знижують ізоляцію та підсилюють відчуття контролю.

3. Побутові та життєві умови

Сприятливі умови проживання: дуже високий зв'язок між умовами проживання та усвідомленням травматичного досвіду свідчить, що стабільне, безпечне побутове середовище створює основу для емоційної рівноваги та готовності батьків справлятися з труднощами.

Збереження повсякденної активності та парної близькості: сильні кореляції між повсякденними справами, активністю та сферою любові й сексуальності показують, що сімейна згуртованість і стабільні стосунки є важливими факторами адаптації.

ВИСНОВКИ

Здійснений теоретико-методологічний аналіз феномену розладу адаптації у батьків дітей з цукровим діабетом та було з'ясовано, що адаптація - це складний, процес, який включає психологічне, емоційне, поведінкове та соціальне пристосування особистості до нових життєвих умов. У випадку батьків, які стикаються з діагнозом цукровий діабет у дитини, адаптація охоплює як когнітивні (переоцінка життєвих цінностей, очікувань), так і емоційні компоненти (переживання страху, тривоги, провини, безпорадності).

Проведений аналіз наукових джерел дав змогу окреслити психологічні чинники, що сприяють процесу адаптації. Значну увагу приділено дезадаптації - як протилежному до адаптації стану, що характеризується стійкими емоційними порушеннями, деструктивною поведінкою, зниженням якості життя. Особливо небезпечним для психічного здоров'я є хронічний стрес, який має накопичувальний ефект і впливає як на психологічну, так і на фізичну.

Розроблена програма емпіричного дослідження включає валідні психодіагностичні методики. Вибірка респондентів забезпечила можливість дослідити особливості адаптації у батьків, чиї діти мають різний вік та стаж захворювання, що підвищило інформативність результатів. Застосування перевірених методик дозволило комплексно оцінити емоційний стан, якість життя, рівень дезадаптації та характер копінг-стратегій батьків.

Результати кореляційного аналізу дозволили виділити чинники, що спричиняють розлади адаптації та чинники, що сприяють адаптації та знижують ризик дезадаптації у батьків дітей із цукровим діабетом.

Якість життя батьків дітей із цукровим діабетом, має переважно низькі та середні показники, що відображає помірний рівень адаптації. Високий рівень тривожності, емоційне виснаження та симптоми депресії, зокрема такі як пригнічений настрій, втрата енергії, соціальна ізоляція та зниження задоволеності життям, проявляються у значної частини респондентів. Найбільш критичним періодом виявився проміжок 4–7 років після встановлення діагнозу, коли ресурси родини виснажуються, а стрес набуває хронічного характеру. За критерієм віку

дитини найнижчі результати виявлено у групі батьків дітей 8-12 років, що пов'язано з додатковими труднощами контролю лікування у шкільному середовищі. Отримані дані підтверджують, що адаптація батьків до хронічної хвороби дитини є динамічним процесом, який залежить від тривалості захворювання та вікових особливостей дитини.

Дослідження показало, що психоемоційні фактори, такі як інтрузії, уникання та гіперзбудження, формують хронічне стресове навантаження. Додатково фізичне виснаження, емоційна нестійкість та обмежені когнітивні копінг-стратегії посилюють відчуття безпорадності, що у комплексі створює високий ризик розвитку розладів адаптації та соціальної ізоляції. Важливим є те, що соціально-економічні труднощі та зниження соціальної активності підсилюють відчуття самотності й невпевненості у майбутньому.

Водночас адаптації сприяють особистісні ресурси - емоційна відкритість, вміння контролювати емоції та гарний настрій, які забезпечують кращий психологічний стан і підвищують життєву задоволеність. Вміння відкрито говорити про свої почуття, контролювати емоції та зберігати добрий настрій допомагає батькам почуватися психологічно стабільніше й отримувати більше задоволення від життя. Сімейна підтримка, активна соціальна взаємодія та сприятливі умови проживання створюють основу для емоційної рівноваги, знижують ризик ізоляції та допомагають батькам ефективніше справлятися з хронічним стресом. Додатково стабільні партнерські стосунки та збереження повсякденної активності виступають важливими ресурсами, що підтримують відчуття контролю та впевненості. Це підкреслює, що поєднання внутрішніх і зовнішніх ресурсів є ключовим фактором успішної адаптації та профілактики дезадаптації.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розширенні вибірки батьків, які мають інші аутоімунні захворювання та врахуванні гендерного аспекту досліджуваної проблеми. Ці висновки можуть стати підґрунтям для розробки практичних рішень, які можуть покращити психологічне благополуччя батьків та підвищити якість життя дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Андросович К. А. Психологічні чинники соціальної адаптації першокурсників в умовах освітнього середовища професійно-технічного навчального закладу: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Сєвєродонецьк: Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля, 2015. 19 с.
2. Барлоу, Д.Х., Аллен, Л.Б., і Басден, С. Психологічні методи лікування панічних розладів, фобій та генералізованого тривожного розладу. Ред.: П.Е. Натан і Дж.М. Горман. Посібник з лікування, які працюють (3-є видання). НьюЙорк: Преса Оксфордського університету: Київ, 2007.
3. Бродовська В. Й. Тлумачний психологічний словник психологічних термінів в українській мові: Словник / В. Й. Бродовська, І. П. Патрик, В. Я. Яблонко. 2-е вид. Київ: ВД Професіонал, 2005. 224 с.
4. Бугерко Я. Рефлексивна організація модульно-розвивального навчання. Вітакультурний млин: методологічний альманах. 2010. Модуль 11. С. 17-23
5. Герасименко Л.О. Розлади адаптації та реакції на стрес. Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»: №9-10 (137) 2022. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/9-10%28137%29/pages-18-20/rozladi-adaptaciyi-ta-reakciyi-na-stres#h3-2&gsc.tab=0>
6. Грись, А.М. and Гомонюк, В.О. *Психологічні умови адаптації дітей з особливими освітніми потребами* Актуальні проблеми психології, 21 (11). 2020. С. 94-114.
7. Деменко О. Ф. Особливості соціальної адаптації особистості в умовах сучасного кризового суспільства. Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства: зб. матеріалів IV всеукр. наук.-практ. круглого столу з міжнародною участю, 24 квіт. 2019 р.. Ірпінь, 2019. С. 18-21.
8. Єрьоменко О.А. Теоретичні і методичні засади адаптивної системи професійної підготовки магістрів з управління навчальним закладом: дис. ... дра пед. наук: 13.00.04. Українська інженерно-педагогічна академія: Харків, 2021. 619 с.

9. Завацька Н.Є. Адаптивна копінг-поведінка студентської молоді в освітніх закладах різного типу / Н.Є. Завацька, В.Ю. Завацький // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 3 (47). Т. 1.
10. Кокурн О. М. Психофізіологія: навч. посіб. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
11. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності. Підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 2003. 400 с.
12. Кулик С. М. Психологічні особливості управління професійною адаптацією вчителів: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. К., 2004. 140 с.
13. Кучеренко С. Методологічні підходи до вивчення самосвідомості особистості. Вітакультурний млин: методологічний альманах. 2008. Модуль 7. С. 17 - 21.
14. Лавровська С. М. Психологічні передумови успішної адаптації учнів у п'ятому класі // *Шкільному психологу. Усе для роботи*. 2013. № 4. С. 5-12
15. Литвиненко О.Д. Проблема адаптаційного потенціалу особистості в психологічній науці. Fundamental and applied researches in 104 practice of leading scientific schools. *Publishing office: Accent graphics communications*. Hamilton, ON, 2016.
16. Марута Н. О., Федченко В. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). *Family Medicine*. P. 23-30
17. Наугольник Л. Б. Психологія стресу. Курс лекцій. Львів: Ліга-Прес, 2013. 129 с.
18. Ніколаєнко С. І. Поняття адаптації в різних напрямках психології // *Світгляд - Філософія - Релігія: збірник наукових праць*. Суми: УАБС НБУ, 2012. Вип. 2. С. 68-77.

19. Островська К. О. Психологічні особливості ставлення матерів до їхніх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2015. Вип. 29. С. 213-220.
20. Пасічняк Р. Невизначена втрата в контексті емоційного досвіду батьків дітей з розладами аутистичного спектру. *Psychological journal* 10.4. 2024. С: 7-18.
21. Педагогічний словник. за ред. М. Д. Ярмаченка. Київ: Педагогічна думка, 2001. 516 с.
22. Пилипака Ю. І., Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості. Психологія: реальність і перспективи. 2016. № 6. С. 177-182
23. Психологія: терміни, поняття, визначення: словник-довідник / Г. В. Ложкін, І. Я. Коцан, В. А. Бараннік та ін.; за заг. ред. Г. В. Ложкіна. Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 188 с.
24. Руденок, А. І., Ільницька, І. Є. Особливості стосунків в сім'ях з дітьми з розладами аутистичного спектру. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 2022. 71-75.
25. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія. Навчальний посібник. Київ: Академвидав 2005. 360 с.
26. Семиченко В.А., Зданевич Л.В. Системно-структурний підхід до процесу адаптації студентів. Проблеми адаптації студентів до навчання за умов фахової ступеневої підготовки: збірник тез за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції. Хмельницький. 2002. С.12-20.
27. Синявський, В. В., Сергеєнкова, О. П., Побірченко, Н. А. 2007. Психологічний словник. Київ: Науковий світ, 274 с.
28. Сухіна І. Родинний супровід дітей раннього віку з аутизмом. метод. рек., Чернівці. 2017. 70 с
29. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі: навчально-наочний посіб. К. : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 56 с.

30. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. К.: Клуб Сімейного Дозвілля, 2022. 160 с.
31. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості: Наукове видання. Тернопіль: «Економічна думка» 2000, 197 с.
32. Шльонська О. О. Розгляд поняття «адаптація» з погляду системного підходу // *Актуальні проблеми психології*. 2013. Т. III. Вип. 9. С. 69-79
33. Adler, A. The Collected Clinical Works of Alfred Adler, Volume 1: The Neurotic Character. Alfred Adler; ed. by Henry T. Stein. San Rafael, CA : Alfred Adler Institute, 2005. 342 p. URL: <https://www.scribd.com/document/561468058/The-Collected-Clinical-Works-of-Alfred-Adler-Volume-1-the-Neurotic-Character-PDFDrive> (дата звернення: 30.06.2025).
34. Braunstein, V., Peniston, N., Perelman, A., Cassano, M.C. The inclusion of fathers in investigations of autistic spectrum disorders // *Research in Autism Spectrum Dis-orders*. 2013. Vol. 7. P. 858-865.
35. Eden G Robertson, Lauren Kelada, Claire E Wakefield Psychological wellbeing among parents of a child living with a serious chronic illness: A cross-sectional survey study Sage Journal, March 29, 2024 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13674935241238485> (дата звернення: 30.06.2025)
36. Folkman S., Moskowitz J. T. Coping: Pitfalls and promise // *Annual Review of Psychology*. 2004. Vol. 55. P. 745-774.
37. Freedman, B. H., Kalb, L. G., Zablotzky, B., & Stuart, E. A. Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2012. 42(4), 539-548.
38. Gentles S. J., Nicholas D. B., Jack S. M. et al. Coming to understand the child has autism: A process illustrating parents' evolving readiness for engaging in care. *Autism*, 24 (2), 2020. P. 470-483.
39. Knafl K. A., Deatrick J. A., Gallo A. M. et al. The analysis and interpretation of qualitative data in family research. *Journal of Family Nursing*. 2013; 19(3): 281-293.

40. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
41. Maria A. Morgan, Marija Spanovic Kelber, Dawn M. Bellanti, Erin H. Beech, Courtney Boyd, Lindsay Galloway, Suman Ojha, Abigail L. Garvey Wilson, Jean Otto, Bradley E. Belsher. Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research* Volume 156, 2022, P: 498-510.
42. Piaget J. *Biology and Knowledge*. Chicago: *University of Chicago Press*, 1971. 384 p
43. Robertson, Eden G., et al. Psychological wellbeing among parents of a child living with a serious chronic illness: A cross-sectional survey study. *Journal of Child Health Care*. 2024. 16 p.
44. Searle S.J. Stages of parents reaction. *Exceptional Parent*, 1998. 302 p.
45. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br. Med. J.* 1950. Vol. 1. P. 1383-1392.
46. Thoits P. A. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health // *Journal of Health and Social Behavior*. 2011. Vol. 52(2). P. 145-161.
47. Yilmaz S., Karaca S., Akkus D. Predictors of burnout in mothers of children with leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2008; 25(1): 16-25.

ДОДАТОК А