

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології**

**Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису**

БОБКО ЛІЛЯ

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ
ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ
ІЗ 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 кафедри загальної
та клінічної психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол № _____
засідання кафедри загальної та клінічної психології
від _____ 20____ р.
Завідувач кафедри
_____ (Журавльова О.А.)

ЛУЦЬК – 2025

Анотація

Бобко Л. «Взаємозв'язок особистісних якостей та емоційного вигорання у батьків дітей із 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 емоційного вигорання у батьків дітей із аутоімунними захворюваннями як важливу психологічну проблему, що виникає внаслідок тривалого психоемоційного навантаження, пов'язаного з доглядом за хронічно хворою дитиною.

Теоретично обґрунтовано особливості прояву емоційного вигорання, розкрито його 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 емоційного вигорання та розробити рекомендації для психологів і фахівців психічного здоров'я щодо роботи з батьками, які виховують дітей з аутоімунними захворюваннями.

Ключові слова: емоційне вигорання, особистісні якості, батьки, аутоімунні захворювання, тривожність, нейротизм, психічне здоров'я, психологічна допомога.

Abstract

Bobko L. «Relationship Between Personality Traits and Emotional Burnout in Parents of Children with Diabetes Mellitus». – Manuscript.

Master's thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Psychology, specialty 053 – Psychology. – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

This master's thesis explores the phenomenon of emotional burnout in parents of children with autoimmune diseases as a significant psychological issue arising from prolonged psycho-emotional stress associated with caring for a chronically ill child.

Theoretical foundations are provided for understanding the manifestations of emotional burnout, including its symptoms, developmental dynamics, contributing factors, and its relationship with personality characteristics.

The empirical part of the study was conducted with a sample of parents of children with type 1 diabetes. A set of psychodiagnostic tools was used to assess levels of emotional burnout, personal and reactive anxiety, emotional states, and personality structure. Statistical methods were applied to identify correlations between variables.

The study revealed significant correlations between emotional burnout and personality traits such as anxiety, neuroticism, frustration, and rigidity.

The results made it possible to outline directions for the prevention of emotional burnout and to develop recommendations for psychologists and mental health professionals who work with parents raising children with autoimmune diseases.

Keywords: emotional burnout, personality traits, parents, autoimmune diseases, anxiety, neuroticism, mental health, psychological support.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ «СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»	
1.1. Наукові підходи до розуміння феномену емоційного вигорання у психологічній науці.....	9
1.2. Актуальні наукові підходи до аналізу емоційного вигорання в батьків дітей з особливими потребами.....	22
1.3. Особливості емоційного вигорання у батьків дітей із цукровим діабетом.....	31
1.4. Взаємозв'язок особистісних якостей і емоційного вигорання у батьків дітей із цукровим діабетом.....	33
РОЗДІЛ 2	
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	35
2.2. Результати емпіричного вивчення взаємозв'язку особистісних якостей та емоційного вигорання у батьків дітей з цукровим діабетом.....	39
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85
ДОДАТКИ.....	95

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні соціокультурні й медичні виклики, пов'язані зі зростанням кількості дітей, які мають хронічні та аутоімунні захворювання (зокрема, цукровий діабет 1 типу), зумовлюють підвищення психоемоційного навантаження на їхніх батьків. Догляд за хворою дитиною передбачає не лише постійну увагу, фізичні зусилля, обмеження у часі, але й високу емоційну залученість, що часто призводить до психічного виснаження, втрати ресурсу, а згодом – до емоційного вигорання. Такий стан негативно впливає не лише на самопочуття дорослих, але й на якість взаємодії з дитиною, ефективність лікування, психологічний клімат у сім'ї.

Питання емоційного вигорання, стресу в батьків, а також особистісних факторів, пов'язаних із вигоранням досліджували Г. Фрейденбергер (H. Freudenberger), К. Маслач (C. Maslach), А. Пайнс (A. Pines), Д. Хекенен (D. Heckenen), В. Шауфелі (W. Schaufeli), Майром'ян (R. Myronum), Е. Кублер-Росс (E. Kübler-Ross), Л. С. Седерблад, А. Елсворт, М. Клаус, Л. Кенелл, В. Бойко, Л. Базалева, В. Гупаловська, Н. Левус, Дубровіна, Л. Кузнецова, Т. Русова, К. Островська, В. Синьов, Є. Синьова, О. Мастюкова, О. Усанова, Л. Шипіцина, Д. Шульженко, Л. Фомічова та інші.

Проблема емоційного вигорання у батьків дітей із порушеннями здоров'я залишається недостатньо вивченою в українській психології, на відміну від досліджень професійного вигорання. Водночас вивчення особистісних чинників, які можуть бути причетні до формування або інтенсифікації вигорання, відкриває нові можливості для розробки програм підтримки та психопрофілактики.

Актуальність теми зумовлена поширеністю емоційного вигорання серед батьків дітей з аутоімунними порушеннями; впливом цього явища на батьківське функціонування та сімейну систему в цілому; потребою в комплексній психологічній допомозі сім'ям, які живуть у режимі хронічного стресу; недостатньою кількістю емпіричних досліджень, що вивчають саме

зв'язок між особистісними характеристиками й емоційним вигоранням у такій категорії батьків.

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання батьків дітей з аутоімунними захворюваннями.

Предмет дослідження – взаємозв'язок емоційного вигорання з особистісними якостями батьків дітей з цукровим діабетом.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості взаємозв'язку особистісних якостей та емоційного вигорання у батьків дітей з цукровим діабетом.

Завдання дослідження:

1. Вивчити теоретичні підходи до проблеми емоційного вигорання та особистісних якостей.
2. Узагальнити результати сучасних досліджень емоційного вигорання у батьків дітей з хронічними захворюваннями.
3. Визначити рівні емоційного вигорання та особистісні особливості досліджуваних.
4. Встановити взаємозв'язки між показниками емоційного вигорання та особистісними характеристиками.

Теоретико-методологічна база дослідження. Теоретичне підґрунтя становлять положення загальної, вікової та клінічної психології, а також психології особистості. Основу аналізу складають такі підходи: теорії емоційного вигорання (Х. Фрейденбергер, С. Маслач, А. Пайнс, Д. Хекенен, В. Шауфелі, М. Cederblad, А. Ellsworth, В. Бойко, Л. Базалева, В. Орел, Н. Левус, В. Гупаловська, Л. Фомічова); підходи до вивчення особистості (Г. Айзенк (нейротизм, ригідність, тривожність), Р. Кеттелл (16-факторна модель особистості), Ч. Спілбергер (рівні реактивної та особистісної тривожності); методологічні принципи (системний, особистісно-орієнтований та діяльнісний підходи).

У роботі застосовуються **методи дослідження** – теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення теоретичних та емпіричних розвідок досліджуваної

проблематики у науковій літературі) та емпіричні: психодіагностичний інструментарій: Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів»; «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; Опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк); 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) та методи математичної статистики (знаходження середніх величин, кореляційний аналіз (розрахунок коефіцієнтів кореляції Пірсона). Статистично–математичне обчислення здійснено за допомогою стандартних програм для математичної обробки даних комп'ютерних програм Statistika.

Вибірка дослідження. У дослідженні брали участь батьки дітей з цукровим діабетом 1 типу віком від 25 до 50 років. Загальна вибірка становила 47 осіб – матері дітей з цукровим діабетом. Рекрутація респондентів здійснювалася за участю ГО «Об'єднання батьків дітей хворих на цукровий діабет «Інсулін».

Теоретична значущість дослідження. Дослідження розширює уявлення про психологічні чинники емоційного вигорання у батьків дітей з аутоімунними захворюваннями, зокрема з цукровим діабетом та 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. Бобко Л. І., Мудрик А. Б. До питання емоційного вигорання у

матерів дітей з вадами здоров'я / Л. Бобко, 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. 8-11.

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 94 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 7 таблицями та 12 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ «СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»

1.1. Наукові підходи до розуміння феномену емоційного вигорання у психологічній науці

Аналіз наукових джерел як вітчизняних, так і зарубіжних авторів засвідчує розмаїття підходів до тлумачення поняття «синдрому вигорання».

У літературі використовуються різні терміни для позначення цього явища, зокрема: «емоційне вигорання» [7; 8; 10], «психоемоційне вигорання» [9; 12; 35], «психічне вигорання» [5; 21; 25], «психологічне вигорання» [24], «професійне вигорання» [41; 45; 46] тощо. Така термінологічна варіативність зумовлена акцентуванням уваги на окремих аспектах цього стану.

Наприклад, терміни «емоційне» та «психоемоційне» вигорання підкреслюють домінування емоційного компонента у структурі синдрому. Натомість «психічне» й «психологічне» вигорання охоплюють ширший спектр психічних проявів, але втрачають чіткість, розмиваючи специфіку цього феномену. У подібному контексті синдром може втрачати свої унікальні характеристики, набуваючи ознак узагальненого психічного стану [24].

Проблема вигорання вперше привернула увагу американських дослідників на тлі активного розвитку соціальних служб. У 1974 році психіатр Герберт Фрейденбергер увів у науковий обіг поняття «емоційне вигорання» для опису психологічного стану людей, які перебувають у тривалому тісному емоційному контакті з клієнтами – медичних і соціальних працівників, викладачів, юристів, менеджерів тощо [65]. Саме ці фахівці найчастіше функціонують в умовах підвищеної емоційної напруги, що потребує високого рівня стресостійкості.

У подальших дослідженнях вигорання почали розглядати як своєрідний адаптаційний механізм, покликаний захистити особистість від

надмірного психоемоційного навантаження. В умовах професійного виснаження вигорання виконує функцію збереження енергії, мінімізуючи витрати внутрішніх ресурсів [30].

Початкові спроби дослідження цього явища були описовими та фрагментарними. Вигорання ототожнювалося з почуттям емоційного спустошення, втрати сенсу діяльності, безпорадності та непотрібності [3]. Згодом, із розширенням емпіричної бази, поняття стало складнішим і багатовимірним, що, своєю чергою, ускладнило його вивчення й операціоналізацію.

У 1981 році професорка Каліфорнійського університету Крістіна Маслач, одна з найавторитетніших дослідниць цього феномену, запропонувала детальну концептуалізацію синдрому. Вона виокремила три ключові компоненти вигорання: емоційне виснаження, ознаки деперсоналізації та дегуманізації, а також зниження відчуття професійної ефективності [76-78]. Її підхід став основою для подальших досліджень і вимірювання цього явища, зокрема за допомогою шкали Maslach Burnout Inventory (МВІ).

До 1982 року в англomовній науковій літературі вже було опубліковано значну кількість праць, присвячених вивченню емоційного вигорання. Первинно серед фахівців із підвищеним ризиком називали представників медичних та соціальних професій. Однак із часом це коло розширилось. Так, Р. Шваб у 1982 році включив до групи ризику вчителів, юристів, працівників правоохоронних органів, політиків, пенітенціарний персонал і менеджерів різного рівня. Як зазначає К. Маслач, спільним для цих професій є необхідність тривалого інтенсивного спілкування з людьми, що супроводжується значним емоційним навантаженням і може спричинити виснаження [24].

У 1983 році інше визначення синдрому запропонував Дж. Майер. На його думку, вигорання є станом, при якому працівник втрачає очікування на позитивну винагороду за виконану діяльність і натомість починає очікувати

негативних наслідків. Це, у свою чергу, веде до зниження мотивації, появи відчуття некомпетентності та зниження результативності [24].

На сьогодні поняття «синдрому вигорання» офіційно закріплено в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) у рубриці Z.73.0 «Проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям». У цій класифікації вигорання описується як стан повного виснаження, який має клінічні ознаки невротичного характеру й не зводиться лише до звичайної втоми від професійної діяльності [24].

Особи, які страждають на синдром вигорання, демонструють комбінацію психопатологічних, психосоматичних і соматичних симптомів, що супроводжуються соціальною дезадаптацією. Зокрема, типовими є хронічна втома, когнітивні порушення (проблеми з пам'яттю, увагою), розлади сну (ускладнення засинання, ранні пробудження), а також трансформації особистісного рівня. У деяких випадках можливий розвиток тривожних і депресивних розладів, зловживання психоактивними речовинами або навіть схильність до суїцидальних дій. Серед найпоширеніших соматичних проявів фігурують головний біль, порушення функціонування травної системи (наприклад, синдром подразненого кишечника), а також кардіоваскулярні розлади – тахікардія, аритмія, підвищення артеріального тиску [24].

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (2001), синдром вигорання включає в себе фізичне, емоційне та мотиваційне виснаження, що проявляється у зниженні професійної ефективності, безсонні, ослабленні імунної системи, підвищенні чутливості до соматичних захворювань, а також у зловживанні алкоголем чи іншими психоактивними речовинами як засобом тимчасового полегшення. Таке полегшення має тенденцію переростати в залежність, що в окремих випадках може призвести до суїцидальної поведінки [92].

Станом на сьогодні не існує єдиного трактування сутності синдрому вигорання. Так, В. Бойко і Т. Решетова розглядають це явище як своєрідний

захисний механізм, що формується на особистісному рівні у відповідь на психотравмуючі впливи. Йдеться про часткове або повне емоційне «вимикання», яке стає стереотипом поведінки, найчастіше – у професійній сфері [24].

На відміну від цього підходу, А. Висоцький, М. Пересадін і В. Фролов розглядають вигорання як серйозне клінічне порушення, що охоплює не тільки центральну нервову систему, а й увесь організм. Вони наголошують на потребі медичного втручання, зокрема нормалізації режиму сну та відпочинку, фізичної активності (аеробних навантажень), а також призначення вітамінів, адаптогенів, ентеросорбентів і засобів імунної підтримки [9].

Інша група дослідників – А. Видай, Т. Зайчикова, Л. Карамушка, Г. Ложкін та інші – пов'язують синдром вигорання з неконтрольованим хронічним стресом. Вони інтерпретують його як психофізіологічну реакцію на неадекватні або неефективні зусилля, спрямовані на реалізацію професійних завдань. Цей стан характеризується емоційним, психологічним, а іноді й фізичним відстороненням від діяльності, що виникає як відповідь на надмірні навантаження або фрустрацію потреб [18-20; 46; 50].

А. Абрумова, К. Масляч та С. Морозов вважають, що синдром вигорання є результатом впливу сукупності стресових факторів, з якими особа стикається у процесі виконання своїх професійних обов'язків. Вони підкреслюють, що цей стан характеризується розчаруванням, втратою інтересу до роботи, фізичним і емоційним виснаженням, зумовленими дисгармонією між особистістю та робочим середовищем. Вигорання, на їхню думку, більше пов'язане з умовами праці, ніж із працівником, і є показником серйозної соціальної дисфункції в організаційному контексті [24; 38; 74–76].

С. Ауербах і С. Гремлинг трактують синдром вигорання як тривалу реакцію на стрес, яка формується внаслідок тривалого впливу стресових ситуацій помірної інтенсивності [24].

Ф. Дж. Сторл інтерпретує вигорання як результат зіткнення особистості з жорсткою реальністю, яку складно змінити. У такому випадку людина продовжує виконувати професійні обов'язки, але без емоційного залучення, що може призводити до проявів так званого «професійного чи побутового аутизму» [64].

Л. Бурлачук і Т. Форманюк описують вигорання як кризу, що виникає у сфері міжособистісної взаємодії під час професійної діяльності [24].

Аналізуючи різні концепції синдрому, можна дійти висновку, що він являє собою стан емоційного, інтелектуального та фізичного виснаження, який виникає внаслідок тривалого перебування в умовах некерованого стресу [64; 67].

Різноманітність підходів до розуміння цього феномену зумовила появу різних моделей його структури. Так, у рамках однофакторної моделі, запропонованої Е. Пайнс і А. Аронсоном, вигорання розглядається як стан «хронічної втоми», що охоплює фізичне, когнітивне та емоційне виснаження. Цей синдром найчастіше спостерігається у представників соціально орієнтованих професій і є наслідком тривалого перебування в емоційно насиченому спілкуванні [24].

У двофакторній моделі, розробленій В. Шауфелі та Х. Сиксма, структура вигорання включає два основних компоненти: емоційне виснаження (фізичне нездужання, психоемоційне напруження) і деперсоналізацію (негативне ставлення до інших і до себе) [24; 83].

У трьохфакторній моделі К. Маслач і С. Джексона виділено емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження суб'єктивної оцінки професійних досягнень [24; 77].

Л. Бурлачук запропонував модифікацію цієї моделі, акцентуючи увагу на поєднанні емоційного виснаження та цинізму, що супроводжується зниженням професійної ефективності [24].

На думку Д. Міллера, Д. Боургаулта та М. Мелоха, синдром вигорання має чотири послідовні стадії:

а) ентузіазм – супроводжується високою мотивацією та чутливістю до потреб інших, але водночас надмірними очікуваннями;

б) стагнація – проявляється у зниженні очікувань і зростанні особистого невдоволення;

в) фрустрація – супроводжується зменшенням віри у власну компетентність, зниженням емпатії та емоційним відстороненням;

г) апатія – виступає як захисна реакція на хронічну фрустрацію, що проявляється у формі байдужості та депресивних симптомів [61; 79].

М. Буріш виділяє шість ключових етапів розвитку синдрому емоційного вигорання:

- фаза попередження – характеризується надмірною активністю та повною віддачею справі, але вже на цьому етапі з'являються перші тривожні сигнали: підвищена втомлюваність, порушення сну, підвищена ймовірність травматичних ситуацій;

- стадія зменшення особистої залученості – відбувається втрата позитивного ставлення до оточення, заміна емпатії на контроль, виникає емоційна відстороненість, байдужість і цинізм;

- фаза емоційних реакцій – супроводжується підвищеною агресивністю або схильністю до депресивного стану;

- етап деструктивних змін – проявляється у зниженні концентрації, ригідності мислення, зменшенні мотивації, ініціативи, прагнення уникати соціальних взаємодій;

- розвиток психосоматичних порушень — з'являються проблеми зі здоров'ям, такі як зниження імунітету, а також схильність до надмірного вживання стимуляторів: кофеїну, тютюну, алкоголю;

- стадія розчарування – формується негативне бачення світу, виникає відчуття безглуздості зусиль, безнадії та емоційного спустошення [62].

І. Галецька підходить до трактування синдрому вигорання як до процесу з поступовою динамікою розвитку: від зростання емоційного

виснаження – до емоційної відстороненості у міжособистісних контактах і виникнення негативних переконань щодо власної професійної спроможності (редукція досягнень) [10].

У рамках нашого дослідження було використано трикомпонентну модель емоційного вигорання, запропоновану К. Маслач і С. Джексон [44; 75-78]. Відповідно до концепції К. Маслач, вигорання є наслідком дисбалансу між особистісними характеристиками індивіда та особливостями професійної діяльності. Це стан фізичного та емоційного виснаження, який виникає внаслідок міжособистісного стресу та супроводжується негативною самооцінкою, знеціненням роботи, втратою емпатії та розуміння до інших.

Аналізуючи наявні підходи до визначення синдрому вигорання, К. Маслач і С. Джексон дійшли висновку, що його структура складається з трьох основних компонентів.

Емоційне виснаження є центральним елементом синдрому. Воно характеризується зниженням енергетичного потенціалу, втратою інтересу до навколишнього середовища, емоційною байдужістю або перевантаженням. Такий стан може проявлятися у вигляді агресивності, вибухів гніву, відчуття внутрішньої порожнечі та симптомів депресії. Це також емоційне перенапруження, яке спричинене безперервною взаємодією в емоційно насичених ситуаціях або інтенсивною професійною діяльністю [24].

На початку формування синдрому професійна діяльність набуває домінуючого значення у житті особистості. Однак, коли зусилля особи не відповідають очікуваному результату або винагороді, починають проявлятися перші ознаки вигорання [179].

До ранніх симптомів можна віднести відчуття постійної втоми, роздратованість, ворожість і неприйняття як самої роботи, так і колег або клієнтів. Також з'являється тривожність, відчуття, що професійна діяльність стає дедалі складнішою, менш приємною та не приносить задоволення. У результаті людина починає усвідомлювати, що вже не здатна працювати з тією відданістю, як раніше. Відпочинок (вихідні, відпустка) тимчасово

полегшує стан, однак після повернення до роботи симптоматика повертається [44].

Деперсоналізація (цинізм) проявляється у формуванні емоційно відстороненого, негативного або байдужого ставлення до себе та до інших. Комунікація втрачає особистісний характер і набуває сухої, формалізованої форми. На початкових етапах це може виявлятися через приховане внутрішнє роздратування, яке з часом проривається назовні у вигляді конфліктної поведінки.

У контексті соціальної взаємодії деперсоналізація виражається у цинічному, холодному та нелюдяно-байдужому ставленні до об'єктів професійної взаємодії. Вона відображає зміну внутрішньої самоідентифікації особистості, яка втрачає зв'язок із власним «Я» і відчуває брак емоційного включення як у професійну діяльність, так і в особисті стосунки.

Для подолання надмірних емоційних навантажень працівники вдаються до психологічного самоусунення та емоційного дистанціювання. У крайніх формах прояву цей стан характеризується майже повною втратою емоційної чутливості до подій, що відбуваються на роботі. Позитивні або негативні події не викликають жодної емоційної реакції, інтерес до клієнтів або пацієнтів зникає, вони сприймаються як об'єкти, а не як живі особистості, а їх присутність навіть викликає неприязнь.

Деперсоналізація, що виникає як наслідок емоційного перенапруження, виявляється у негативних соціальних реакціях – уникненні спілкування, приниженні інших, ігноруванні їхніх прохань. Такий стиль поведінки зберігається доти, доки спеціаліст не почне усвідомлювати власні деструктивні зміни. У цей момент зазвичай формується почуття провини, яке передує третій фазі вигорання – редукції особистісних досягнень [24].

Редукція особистісних досягнень відображає зниження ефективності професійної діяльності, втрату віри у власну значущість та незадоволеність собою як фахівцем. Людина починає негативно оцінювати свою професійну

компетентність, демонструє емоційну байдужість до роботи, відчуває себе невдахою і більше не вважає свою діяльність цінною чи результативною.

У таких умовах професійна діяльність набуває надзвичайної напруженості та психологічної нестабільності, що потребує значної мобілізації внутрішніх ресурсів. При надмірному зануренні в роботу будь-яка, навіть незначна невдача сприймається як особистісна поразка, а критика з боку керівництва – як глибоко особистісне зауваження. З часом така залежність від професійної активності може перерости у стан глибокого розчарування та внутрішньої спустошеності [24].

К. Маслач вважає, що психокорекційні втручання є дієвими лише на початкових стадіях розвитку синдрому вигорання. У разі, якщо процес переходить до третьої стадії, подолання симптоматики можливе лише завдяки довготривалій глибинній психотерапії [77].

Синдром професійного вигорання представляє собою складну, багатокомпонентну систему проявів, які свідчать про «втрати душевної рівноваги», що виникають під впливом професійних навантажень. На сьогодні дослідники ідентифікують понад сто симптомів, прямо чи опосередковано пов'язаних із цим феноменом.

Прояви синдрому не мають чіткої універсальної картини та можуть варіюватися від незначних змін у поведінці – таких як дратівливість чи підвищена втома наприкінці робочого дня – до серйозних психосоматичних або невротичних порушень. Симптоматика зазвичай не виникає одномоментно, оскільки вигорання має індивідуальний характер і розвивається поступово, проходячи кілька стадій. Початкові ознаки часто включають загальну втому, негативне ставлення до роботи, колег і клієнтів, підвищену тривожність, відчуття ускладнення професійної діяльності та втрати інтересу до неї [14].

Одним із суттєвих індикаторів вигорання є трансформація поведінкових реакцій та жорсткість мислення. Наприклад, людина, яка зазвичай є відкритою та комунікабельною, може стати мовчазною,

замкнутою, або ж навпаки – демонструвати надмірну активність. Часто працівник намагається уникати взаємодії з іншими – як на фізичному рівні, так і шляхом емоційного відсторонення (через формалізоване спілкування). З'являється емоційне виснаження, відраза до себе та до виконуваної роботи, яка стає механічною, втрачається задоволення від професійної діяльності, виникає почуття провини перед колегами та рідними, переважає апатичний настрій і песимістичне бачення майбутнього.

Відповідно до підходу В. Бойка, розвиток синдрому професійного вигорання відбувається за логікою стресового реагування і включає три послідовні фази: фазу нервового напруження, фазу резистентності та фазу виснаження, кожна з яких має характерні симптоми, що дозволяють визначити рівень сформованості професійного вигорання [24].

Відповідно до концепції В. Бойка, розвиток синдрому професійного вигорання проходить через три послідовні стадії, кожна з яких має власні психологічні характеристики та набір симптомів [24]:

- фаза «Напруження» супроводжується появою емоційного виснаження, психічної перевтоми, що безпосередньо зумовлена професійною діяльністю. До основних ознак цієї стадії належать: переживання психотравмуючих подій, внутрішня незадоволеність собою, відчуття замкненості в ситуації, яка не має виходу («замкнене коло»), а також прояви тривожності та депресивного стану;

- фаза «Резистенції» характеризується продовженням емоційного виснаження, яке провокує формування психологічного захисту. На цій стадії особистість демонструє емоційне відгородження, байдужість та відсутність чутливості до подій, що раніше мали значення. Симптомами є: вибіркоче, неадекватне емоційне реагування, дезорієнтація в емоційно-моральних аспектах, зростання економії емоційних ресурсів, зниження рівня виконання професійних обов'язків (редукція).

- фаза «Виснаження» передбачає суттєве зниження

психофізіологічного тону, виснаження нервової системи, емоційне та енергетичне спустошення. У цій фазі спостерігаються: емоційна «порожнеча», відчуження, втрата особистісної залученості, дисфункція міжособистісного спілкування, цинічне ставлення до оточення, а також психосоматичні й психовегетативні порушення.

Л. Юр'єва трактує синдром професійного вигорання як системне явище, що охоплює кілька взаємопов'язаних рівнів функціонування особистості [24]:

- Емоційний рівень охоплює такі прояви, як втрата здатності до переживання позитивних емоцій, роздратованість, образливість, смуток, відчуття вини та неповноцінності, апатія, депресивні стани, а також загальне зниження емоційного фону;

- Когнітивний рівень виражається у труднощах з концентрацією уваги, мисленнєвій ригідності, недовірі до співрозмовників, появі формального, відчуженого способу мислення та нав'язливих думках, які можуть мати агресивне або деструктивне забарвлення;

- Поведінковий рівень характеризується уникненням професійних обов'язків, обмеженням контактів з колегами та клієнтами, прагненням зменшити тривалість і інтенсивність робочої активності, негнучкою поведінкою, а також можливими девіантними проявами – зловживанням алкоголем, тютюном або наркотичними речовинами;

- Соматичний рівень виявляється у загальному фізичному виснаженні: млявості, порушеннях сну, різноманітних соматичних розладах. На цьому рівні синдром супроводжується психологічним і фізичним відстороненням від будь-якої активної діяльності, що є відповіддю на надмірний стрес і внутрішнє незадоволення.

Аналіз наукової літератури [14; 16; 68; 72; 80; 81 та ін.], зосередженої на вивченні феномену емоційного вигорання, дав змогу виокремити основні його наслідки на рівні особистості, а також класифікувати характерні симптоми за п'ятьма основними групами.

Перша група охоплює психофізіологічні симптоми, до яких належать:

- хронічна втома, фізичне та емоційне виснаження;
- загальна астенія, зниження життєвого тону, порушення метаболічних і гормональних процесів;
- розлади сну (інсомнія або підвищена сонливість протягом дня);
- коливання ваги, відсутність апетиту або переїдання;
- зниження чутливості зовнішньої та внутрішньої (сенсорної) сфери (погіршення слуху, зору, нюху, відчуття власного тіла);
- загострення хронічних захворювань, дихальні розлади, регулярні головні болі;
- функціональні порушення: запаморочення, проблеми ШКТ, шкірні захворювання, серцево-судинні симптоми, м'язовий біль, сексуальна дисфункція, імунологічна нестабільність тощо.

Друга група включає емоційні симптоми, серед яких:

- притлумлення емоційних реакцій, байдужість до змін, втрата здатності реагувати на новизну чи небезпеку;
- зниження емоційного фону, апатія, пригнічення, безпорадність, розчарування;
- дратівливість, агресивність, емоційна нестабільність, підозрілість, тривожність, фобії;
- втрата здатності до гумору, душевні страждання, плаксивість, почуття самотності, істеричні реакції.

Третя група відображає поведінкові прояви:

- ухиляння від професійної діяльності, байдужість до її результатів, концентрація на несуттєвих деталях;
- зміна робочого режиму, часті перерви, зниження ентузіазму;
- ізоляція від колег та клієнтів, зменшення міжособистісних контактів;
- відчуття професійної некомпетентності, різка критика на адресу інших;
- імпульсивність, вибухові реакції на незначні подразники;
- випадкові травми, аварії, зниження продуктивності.

Четверта група – когнітивно-інтелектуальні порушення:

- падіння рівня професійних досягнень, формальне виконання обов'язків;
- втрата зацікавленості в інноваціях, перевага шаблонних рішень над творчим підходом;
- зниження концентрації уваги, ригідність мислення, складнощі з прийняттям рішень.

П'ята група об'єднує симптоми, що виявляються на соціально-психологічному рівні:

- надмірна тривожність, ірраціональні побоювання, гіпервідповідальність за клієнтів чи пацієнтів;
- обмеження соціальних зв'язків, відсутність часу та енергії на дозвілля;
- емоційна ізоляція, погіршення стосунків у колективі та родині;
- втрата професійних орієнтирів, ідеалів, ентузіазму;
- схильність до девіантної поведінки: надмірне вживання алкоголю, тютюну, кави, наркотичних речовин;
- часті конфлікти, афективні «зриви», відмова від комунікації, самоусунення.

Вказані прояви свідчать про глибокий вплив тривалого стресу на психіку людини, що, врешті, веде до дезінтеграції емоційної та інших сфер особистості [78].

Наслідки емоційного вигорання відображаються на особистісних характеристиках. З одного боку, зростає рівень емоційної нестабільності, тривожності, напруження, слабкого самоконтролю, а з іншого – помітною стає соціальна замкненість, недовіра до оточення, уникнення міжособистісної взаємодії.

Таким чином, емоційне вигорання формує специфічний особистісний тип, для якого характерні: імпульсивність, тривожність, нестійкість емоцій, недисциплінованість, слабкий контроль поведінки, підозрілість, соціальна сором'язливість і психічна вразливість. Ці риси є як наслідком вигорання, так

і результатом його впливу на особистісну структуру: формування емоційної ізоляції, зниження самооцінки, редукція досягнень, загальна незадоволеність собою [6].

На думку ряду авторів [7; 11; 19; 22; 34; 51 та ін.], професійне вигорання спричиняє негативні наслідки в роботі: хронічну напруженість у колективі, конфлікти, втрату інтересу до самореалізації, інновацій та творчості; рутинність діяльності, зниження визнання та підтримки, відсутність позитивної оцінки результатів праці, блокування кар'єрного зростання, розрив зворотного зв'язку з колегами та клієнтами, посилення особистісних конфліктів.

1.2. Актуальні наукові підходи до аналізу емоційного вигорання в батьків дітей з особливими потребами

Сучасна потреба в охороні фізичного та психічного здоров'я дітей актуалізувала важливість надання психологічної підтримки сім'ям, які виховують дітей із порушеннями здоров'я. Емоційний стан батьків у таких сім'ях має вирішальне значення не лише для їхнього власного психологічного благополуччя, а й для позитивного перебігу розвитку дитини в умовах хронічного або тяжкого захворювання.

Батьки дітей із порушеннями розвитку постійно перебувають під впливом численних стресогенних чинників, які вимагають значних внутрішніх ресурсів для саморегуляції. Одним із негативних наслідків постійного емоційного напруження та хронічного стресу може стати розвиток синдрому емоційного вигорання.

Виховання дитини з особливими потребами часто є кризовою подією для родини. Наукові джерела відзначають наявність таких феноменів, як неготовність батьків до такого повороту подій, відсутність досвіду подолання подібних ситуацій, неспроможність прийняти нову реальність, почуття провини, втрати сенсу, перспектив та інші деструктивні емоційні переживання. Такі обставини нерідко ініціюють розвиток посттравматичної

стресової реакції, що за своїм характером нагадує процес «переживання горя» [57].

Крім того, батьки постійно зіштовхуються не лише зі звичними труднощами повсякденного життя, але й з додатковими – специфічними переживаннями, які пов'язані з особливостями розвитку їхньої дитини. Це створює умови, за яких членам сім'ї доводиться адаптуватися до кардинальних змін у звичному стилі життя, формувати нові моделі поведінки та наново вибудовувати систему взаємодії [57].

У зарубіжних і вітчизняних дослідженнях дитячо-батьківських стосунків неодноразово підкреслюється вплив якості цієї взаємодії на психоемоційний розвиток дитини (В. Бехтерев, Д. Боулбі, С. Забрамна, С. Корсаков, І. Маляревський, О. Мастюкова, А. Фройд, З. Фройд, М. Кляйн, О. Співаковська, О. Смирнова). У процесі контакту з дитиною, яка має серйозні порушення здоров'я, батьки стикаються з низкою складнощів.

У вітчизняному науковому дискурсі тематика сімей, що виховують дітей з особливими потребами, розкривається в дослідженнях таких учених: Б. Андрейко – психологічна підтримка батьків дітей з порушеннями розвитку; В. Вишневський, Р. Майрамян – дослідження появи у батьків психосоматичних розладів, астеничних та вегетативних порушень, симптомів депресії; Г. Кукурудза – розробка психологічної моделі раннього втручання для підтримки сімей, які виховують маленьких дітей з порушеннями розвитку; Є. Ейдемільер, В. Юстицький – аналіз структурно-функціональних характеристик сімей, де є психічно хворі члени, а також напрямів їх розвитку; І. Іванова – вивчення соціально-психологічних проблем дітей з інвалідністю; Є. Тиха – дослідження формування самосвідомості у батьків, які переживають психотравмуючі події; Г. Соколова – вивчення психологічного супроводу батьків дітей із синдромом Дауна; В. Ткачова – аналіз особистісних змін, що виникають у батьків дітей з інвалідністю, у тому числі характерологічних особливостей; Л. Шипіцина – дослідження

специфіки родинної взаємодії у сім'ях, де виховуються діти з розумовою відсталістю, та особистісних рис матерів таких дітей.

Теоретичною основою дослідження емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку стали положення низки фундаментальних наукових концепцій і підходів:

– філософські й психологічні уявлення про природу материнства, представлені в роботах В. Брутмана, Д. Вінікотта, О. Захарова, Г. Філіппової та інших;

– системний підхід до аналізу розвитку особистості, який отримав наукове обґрунтування в працях Б. Ананьєва, Л. Анциферової, Б. Братуся, Л. Виготського, В. Зінченка, Г. Костюка, Б. Ломова, Н. Лунченко, С. Максименка, В. Слободчикова та ін.;

– діяльнісний підхід, що розкриває динаміку становлення особистості через активність (Л. Виготський, О. Дусавицький, Є. Заїка, О. Леонтьєв, С. Максименко, С. Рубінштейн та ін.);

– концепція психологічного здоров'я, у якій акцентується увага на збереженні адаптивності особистості в умовах психотравмуючих ситуацій (С. Белічева, І. Дубровіна, А. Катков, В. Моляко, Т. Русова, В. Торохтій, Т. Тунгусова, М. Cederblad, А. Ellsworth та ін.);

– положення теорії психології відносин, сформульованої В. Мясищевим;

– засади сучасної спеціальної психології, що охоплюють методичні принципи оцінювання психічного розвитку та інноваційні психокорекційні технології (Л. Борщевська, Т. Ілляшенко, Л. Кузнецова, О. Мастюкова, І. Мамайчук, К. Островська, В. Синьов, Є. Синьова, Н. Семаго, О. Усанова, Л. Фомічова, Л. Шипіцина, Д. Шульженко);

– концептуальні підходи до вивчення дитячо-батьківської взаємодії, представлені в дослідженнях О. Варги, В. Дружиніна, О. Співаковської, Е. Ейдемільлера;

- теоретичні засади дослідження феномену емоційного вигорання (В. Бойко, В. Орел, А. Рукавішніков, Л. Кітаєв-Смик, М. Водоп'янова, S. Maslach, A. Pines та ін.);
- класична концепція стресу, запропонована Г. Сельє;
- базові уявлення про закономірності дизонтогенезу, а також критерії класифікації порушень розвитку (Л. Виготський, Т. Власова, Д. Ельконін, Л. Занков, К. Лебединська, В. Лебединський, В. Лубовський, М. Певзнер, В. Синьов, І. Соловійов, Н. Стадненко, Г. Сухарева, Ж. Шиф та ін.);
- моделі переживання психологічної травми та реакцій батьків на народження дитини з обмеженнями життєдіяльності (Дж. Блейшер, М. Ірвін, Л. Кеннел, М. Клаус, Е. Кюблер-Росс, М. Семаго, Р. Майрамян);
- концепції психології сімейної взаємодії (А. Варга, Е. Ейдемільлер, О. Калмикова, О. Кляпець, В. Крамченкова, І. Нікольська, А. Столін, А. Твардовські, Т. Титаренко, Е. Шоплер);
- принципи гуманістичної та сімейної психології, які акцентують увагу на цінності особистості та підтримці в умовах кризи (Е. Ейдемільлер, К. Роджерс, В. Сатір).

Проблематика синдрому емоційного вигорання розглядалася у працях низки вітчизняних і зарубіжних дослідників, зокрема С. Бабанова, В. Бойка, М. Борисової, А. Беккера, Н. Булатевич, М. Буріша, Н. Водоп'янової, Н. Голованової, С. Джексон, Ю. Жогна, Т. Зайчикової, Л. Карамушки, В. Ковальчук, Я. Коломинського, Ю. Кузнецової, В. Мойсеюк, К. Маслач, Г. Нікіфорова, О. Старченкової, Л. Тищук, Х. Фрейденбергера, Д. Хекенена, В. Шауфелі та інших науковців [57].

У процесі наукового аналізу цього феномена простежується варіативність термінів, що використовуються в різних дослідницьких підходах. Найуживанішим є поняття «емоційне вигорання», яке використовується у працях таких авторів, як С. Андроник, Н. Булатевич, І. Ващенко, Н. Водоп'янова, М. Воробйова, І. Галецька, О. Гнездилова, І. Гроза,

Ю. Жогно, М. Кайдина, О. Кляпець, А. Ракицька, О. Старченкова, Т. Титаренко [57].

Поряд із ним застосовуються також інші терміни: «психоемоційне вигорання» (у працях А. Висоцького, Н. Гончарук, О. Матвієнка, М. Пересадіна, Є. Андросова, В. Фролова); «емоційне згорання» (у Ю. Жогно та Т. Форманюк); «синдром згорання» (у Д. Трунова); «психічне вигорання» (у Н. Булатевич, І. Калмшника, М. Надьожиної, О. Ожогової, С. Харенка); «психологічне вигорання» (у В. Орла); «психологічне вигорання особистості» та «вигорання душі» (у Л. Кітаєва-Смика та Т. Тимірової); «професійне вигорання» (у дослідженнях Т. Грубі, Л. Карамушки, Ф. Малукової, М. Островського, В. Павленка, О. Святка та ін.) [57].

Як свідчить аналіз термінології, у випадку використання понять «емоційне вигорання» чи «психоемоційне вигорання», основна увага приділяється виснаженню саме емоційної сфери. Проте, на думку Т. Грубі, такий підхід є дещо звуженим, оскільки акцент на емоційному аспекті хоч і виправданий, однак не охоплює повного спектра змін, що виникають у межах феномену вигорання.

Подібну точку зору поділяють Г. Гнускіта та Л. Карамушка. Вони вказують, що термін «емоційне вигорання» не повністю відображає багатовимірність цього стану, а його застосування доречно лише у межах специфічних діагностичних методик, які спрямовані винятково на вивчення емоційної компоненти [23].

Натомість поняття «психічне вигорання», «психологічне вигорання» або «вигорання особистості», за трактуванням В. Орла та М. Островського, мають більш інтегральний характер, адже охоплюють не лише емоційні, але й когнітивні, поведінкові та психосоматичні аспекти змін у структурі особистості. Водночас, як зазначають дослідники, занадто широке тлумачення цього синдрому може призвести до розмиття його концептуальних меж і втрати специфіки як наукового конструкта.

Поняття «вигорання душі» у науковому дискурсі використовується переважно як метафоричний образ і зустрічається досить рідко.

Натомість термін «професійне вигорання» активно застосовується у працях таких дослідників, як Т. Грубі, Л. Карамушка, Ю. Ковровський, Ф. Малюкова, М. Островський, О. Святко та ін., які акцентують увагу на впливі саме професійної діяльності на виникнення цього феномену. Вони підкреслюють, що професійне вигорання має негативний вплив як на рівень працездатності особистості, так і на її задоволеність роботою, взаєминами в трудовому колективі та загальний психологічний клімат у професійному середовищі.

У зарубіжній науковій літературі даний феномен зазвичай позначається англійським терміном «burnout», що буквально перекладається як «вигорання», «згасання» або «припинення горіння».

Оскільки емоційне вигорання має накопичувальний характер, доцільним є поетапний опис процесу його формування та прогресування в часі.

Серед перших ознак емоційного вигорання у контексті сімейних стосунків можна виокремити загальну втому, дратівливість, напруженість та поступове формування негативного емоційного ставлення до партнера, сім'ї й побутових обов'язків. Часто виникає невизначене внутрішнє занепокоєння, відчуття, що сімейне життя стає дедалі складнішим і менш наповненим позитивом. На цьому етапі спостерігається зниження емоційної чутливості, зменшення інтенсивності позитивних переживань, зокрема у сфері сексуальних стосунків. Попри відсутність критичних подій, особа відчуває емоційну спустошеність, тугу й апатію. Підвищується рівень дратівливості, емоційної збудливості, може спостерігатися надмірна увага до дрібниць та узагальнено негативне сприйняття навколишніх подій. У більш виражених формах емоційного вигорання відбуваються помітні зміни у поведінці, а також ригідність мислення.

Науковиця Л. Базалева обґрунтовує [4], що емоційне вигорання матері у взаємодії з дитиною має глибоке особистісне підґрунтя. Спираючись на результати теоретичного аналізу та емпіричних досліджень, вона визначила структурні компоненти феномена емоційного вигорання в материнстві:

- афективний компонент, що включає негативні емоції по відношенню до дитини: злість, образи, дратівливість, агресію;
- конативний компонент, який проявляється через поведінкові реакції – крики, фізичне чи психологічне дистанціювання, застосування покарань;
- когнітивний компонент, що виявляється у зниженні когнітивної активності: порушення концентрації, погіршення пам'яті, зниження здатності до інтелектуальної діяльності;
- соматичний компонент – відчуття постійного фізичного виснаження, тілесного дискомфорту, втрата відчуття відпочинку навіть після сну.

У кожній із фаз розвитку синдрому емоційного вигорання домінують різні структурні компоненти. Зокрема, у фазі «напруження» переважають симптоми когнітивного рівня – усвідомлення складнощів, початок внутрішньої боротьби; у фазі «резистенції» – емоційна економія, селективне емоційне реагування, наростання відчуження, що відповідає активації афективного компоненту; у фазі «виснаження» переважають психосоматичні симптоми, пов'язані з глибоким виснаженням організму. При цьому конативні реакції супроводжують усі етапи розвитку вигорання.

У ході емпіричного дослідження Л. Базалевою встановлено, що певні особистісні характеристики матерів мають зв'язок з ризиком розвитку емоційного вигорання. Серед рис, які сприяють цьому процесу, були виявлені: консервативність, байдужість, уникнення нових вражень, підвищена самокритичність, нестача наполегливості, емоційна нестабільність. Натомість факторами, що знижують ймовірність розвитку вигорання, є: відкритість до нових вражень, самодостатність, інтерес до

пізнавальної діяльності, наполегливість, а також емоційна врівноваженість [4].

У процесі вивчення емоційного вигорання в матерів, які виховують дітей з порушеннями розвитку, встановлено, що кожна з фаз синдрому супроводжується характерним набором особистісних рис. Зокрема, фазі «напруження» відповідають такі риси, як тривожність, внутрішнє напруження, тенденція до репресії переживань; фаза «резистенції» асоціюється з уникненням нових вражень і емоційною невиразністю; для фази «виснаження» типовою є відсутність наполегливості. Незалежно від стадії синдрому, байдужість виявляється універсальною характеристикою особистості матері [53].

Рівень емоційного вигорання у матерів виявляється тісно пов'язаним з характером їхніх взаємин із власною дитиною: низька задоволеність контактами, емоційне нехтування, непослідовність у батьківській поведінці – ці чинники виступають ключовими детермінантами вигорання. Крім того, виховні конфлікти, тривожність за дитину, емоційна дистанція, суворість, підвищена вимогливість і відсутність взаємодії у родині також мають суттєвий вплив на посилення симптомів вигорання [53].

П. Кільхольц і Р. Бек описали явище «виснажувальної депресії», що супроводжується різноманітними психосоматичними симптомами. Вони підкреслили, що такі прояви не завжди піддаються суто медичному поясненню, й потребують психологічного аналізу. До причин вигорання дослідники віднесли конфліктні ситуації на роботі, фінансові труднощі, підвищене навантаження, а для жінок – подвійний тягар, пов'язаний із професійною діяльністю та веденням домашнього господарства.

На думку М. Грабе, розвиток вигорання проходить через послідовність таких змін: початкова гіперактивність, швидка втомлюваність, пошук винних у труднощах, стани агресії або депресії, психосоматичні реакції та відчуття безвиході [53]. Ці симптоми є типовими для багатьох соціальних ситуацій, однак особливого значення набувають у контексті батьківства дітей з

порушеннями розвитку, адже на відміну від роботи, батьківські функції не підлягають «заміщенню» чи тимчасовому припиненню, вони мають тривалий, постійний характер.

У сучасній науковій літературі проблема родин, які виховують дітей з особливими потребами, представлена у працях таких дослідників, як: Б. Андрейко, Ю. Антибура, О. Івашов, С. Климов, Є. Мастюкова, А. Маллер, К. Мілютина, К. Островська, В. Поляков, В. Ткачова, О. Романчук, О. Фисун, М. Химко, А. Шипіцина. Особливості роботи з такими батьками розглядаються у наукових працях Т. Ветрили, О. Забабуриної, В. Кришталь, О. Максименка, М. Маркової, Ю. Мартинюк, О. Савіної, Г. Соколової, О. Царькової, Д. Шульженка [53].

Значна увага дослідників (Л. Базалева, Н. Бастун, М. Бетшов, Н. Божишковська, Р. Кравченко, К. Островська, М. Радченко, М. Сварник, Г. Соколова) зосереджена на впливі факту народження дитини з інвалідністю на психоемоційний стан батьків та адаптаційні процеси сім'ї до такої події. Сам факт появи в сім'ї дитини з порушеннями розвитку є психотравмуючим фактором, що може зумовити значні зміни в емоційній сфері батьків.

Першою дослідницею, яка представила концепцію синдрому батьківського вигорання у випадках виховання неповносправної дитини, вважається Г. Салліван. У 1979 році вона визначила це явище як психічне та/або фізичне виснаження, що виникає внаслідок тривалої турботи про дитину з особливими потребами. Основною причиною вигорання в цьому випадку є відсутність повноцінного відпочинку. Особливої актуальності ця проблема набуває у сучасних умовах, коли в Україні відсутня системна психологічна підтримка батьків таких дітей [3].

Б. Андрейко у своїх дослідженнях довів, що серед найважливіших чинників порушення емоційного стану батьків дітей із психофізичними порушеннями є: постановка діагнозу, що часто розтягується в часі на кілька років через складність у верифікації порушень; переживання провини, яке постійно супроводжує батьків, викликаючи глибокі емоційні реакції;

фрустраційні стани та хронічна втома, що наростають у процесі постійного догляду й виховання дитини з особливими потребами [3].

1.3. Особливості емоційного вигорання у батьків дітей із цукровим діабетом

Цукровий діабет 1 типу в дитячому віці є тяжким хронічним захворюванням, яке суттєво змінює звичний спосіб життя дитини та її родини. Від моменту постановки діагнозу батьки занурюються у нову реальність, що вимагає від них постійного контролю за станом здоров'я дитини, дотримання режиму харчування, вимірювання рівня глюкози в крові, введення інсуліну, а також психологічної підтримки самої дитини. Така постійна включеність у процес лікування та підтримки формує тривале психоемоційне напруження, що створює передумови для формування синдрому емоційного вигорання [4; 26; 63].

Особливість вигорання батьків дітей із діабетом полягає в тривалому характері стресогенних факторів, які, на відміну від професійного стресу, не мають чітких часових меж або завершення. Захворювання дитини потребує безперервної участі батьків та уваги, що унеможливорює відновлення ресурсів і формує ефект «емоційної пастки», коли батьківські зусилля не дають відчутного полегшення чи завершеності [57].

У первинній фазі вигорання домінує тривожність, страх за життя дитини, постійне напруження, що може вилитися у гіперконтроль або, навпаки, емоційне блокування. Дослідження засвідчують, що фаза напруження у таких батьків проявляється підвищеною тривожністю, страхом перед ускладненнями хвороби, відчуттям провини або безпорадності, особливо в період адаптації до діагнозу. Часто спостерігається гіперконтроль, що виснажує емоційні ресурси [13].

У фазі резистенції зростає емоційна втома, знижується чутливість до позитивних емоцій, виникає байдужість або дратівливість у ставленні до

інших членів родини, інколи навіть до самої дитини, що сприймається як втрата внутрішнього ресурсу.

Фаза виснаження характеризується повним зниженням енергії, апатією, втратою сенсу в батьківських зусиллях, зниженням мотивації до продовження активного догляду, а також формуванням психосоматичних симптомів – безсонням, хронічною втомою, головним болем, зниженням імунного захисту, порушеннями травлення, соматичною слабкістю [13; 26].

Окремою проблемою є емоційна ізоляція батьків, яка посилюється через брак розуміння з боку оточення та недостатню поінформованість суспільства про особливості діабету. Батьки уникають соціальної активності, стикаються зі стигматизацією дитини або почуттям власної «інакшості» родини, самотністю, що також поглиблює симптоматику вигорання. Тому соціальна ізоляція батьків – ще один чинник, що загострює симптоматику вигорання. Брак обізнаності суспільства, упередження щодо хвороби, обмежений доступ до фахової підтримки призводять до емоційного відчуження [26].

Особливо вразливою є група матерів, які в більшості випадків виступають основними доглядальниками. Саме в них спостерігається афективне виснаження, підвищена дратівливість, сльозливість, відчуття провини або неадекватності, конативні реакції (відсторонення, роздратованість, уникнення контакту з дитиною або перевантаження контролем), когнітивні труднощі (відчуття «туману в голові», труднощі в концентрації, порушення пам'яті, уваги), соматичні скарги (виснаження, втома, головні болі) [60].

Ключову роль у поглибленні вигорання відіграє тривожність за майбутнє дитини – зокрема її адаптацію, соціальну інтеграцію, можливість вести самостійне життя, навчання, інтимних стосунків, працевлаштування тощо. Це формує стан хронічної напруги, за якого відсутня можливість психологічної розрядки або «паузи» в батьківстві. Постійне проживання у стані напруги, відсутність емоційного «виходу» та дефіцит підтримки

створюють передумови для формування тривалого емоційного вигорання з усіма його негативними наслідками для особистості батьків.

Низка українських дослідників [4; 13; 55] акцентують на тому, що батьківство в умовах дитячого цукрового діабету є постійним стресогенним процесом, у якому вигорання не є винятком, а закономірністю без належної підтримки. Це визначає необхідність розробки спеціалізованих програм психологічної допомоги, спрямованих на збереження ментального здоров'я батьків і підвищення якості життя сім'ї загалом.

1.4. Взаємозв'язок особистісних якостей і емоційного вигорання у батьків дітей із цукровим діабетом

Психологічний стан батьків, які виховують дитину з цукровим діабетом 1 типу, значною мірою залежить від індивідуально-особистісних особливостей, що зумовлюють їхні механізми подолання хронічного стресу. У низці досліджень вказується, що емоційне вигорання не є універсальною реакцією, а формується внаслідок взаємодії між характером життєвої ситуації та особистісними рисами батьків [60].

Визначено, що низький рівень емоційної стабільності, схильність до тривожності, високий рівень самокритики та ригідність мислення є чинниками, які підвищують ризик розвитку емоційного вигорання [4; 67]. Зокрема, тривожні батьки частіше демонструють схильність до катастрофізації ситуації, що призводить до емоційного виснаження та почуття безсилля у догляді за хворою дитиною.

Дослідження Л. Базалевої [4] показали, що серед матерів, які виховують дитину з інвалідністю або хронічним захворюванням, емоційне вигорання прямо пов'язане з ригідністю мислення, відсутністю наполегливості, низьким рівнем допитливості та новаторства. Натомість особи з високим рівнем самодостатності, відкритості до досвіду та інтелектуальної гнучкості демонструють нижчі показники вигорання, адже

здатні адаптивніше реагувати на труднощі та підтримувати особистісну рівновагу.

Провідними характеристиками, що сприяють формуванню резистентності до вигорання, виступають:

- емоційна стабільність – здатність зберігати психологічну рівновагу в умовах стресу;
- висока саморегуляція – вміння контролювати власні емоції, поведінку;
- впевненість у собі – як елемент самооцінки та джерело внутрішньої сили;
- гнучкість мислення – здатність переосмислювати ситуацію та шукати варіанти адаптації;
- оптимізм – віра в позитивне майбутнє [26].

Зарубіжні дослідники, зокрема С. Eiser і колеги [63] звертають увагу на те, що батьки з високим рівнем особистісного ресурсу (*hardiness*) краще справляються зі стресом, пов'язаним із тривалим доглядом за дитиною з діабетом. У них спостерігається нижчий рівень емоційного виснаження, вища якість життя та здатність до конструктивного вирішення проблем.

У дослідженні М. Грабе [67] відзначено, що інтровертованість, залежність від зовнішнього оцінювання, а також низький рівень толерантності до фрустрації можуть провокувати швидший розвиток симптомів вигорання. Такі батьки схильні до самозвинувачень, уникання допомоги, що посилює емоційне виснаження.

Отже, особистісні характеристики виступають важливими детермінантами формування емоційного вигорання у батьків дітей з цукровим діабетом. Розуміння цих зв'язків відкриває перспективи для психопрофілактики та індивідуалізованої психологічної підтримки, зокрема через розвиток навичок саморегуляції, підвищення стресостійкості, формування позитивної «Я-концепції».

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

У дослідженні взяли участь 47 матерів, які виховують дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Усі жінки проживають на території України, представляючи Волинську область та різні соціально-економічні прошарки. Вибірка є цільовою, сформованою на основі звернень матерів до ендокринологів та громадських організацій, що займаються підтримкою родин із дітьми з хронічними захворюваннями.

Вік матерів становив від 25 до 50 років, середній вік – 38,8 років. Вік дітей – від 2 до 16 років, стаж захворювання на цукровий діабет коливався від 1 до 13 років, що дало змогу врахувати динаміку впливу хвороби дитини на психоемоційний стан матері залежно від її віку та тривалості перебігу хвороби.

Згідно з клінічними спостереженнями, саме в перші роки після встановлення діагнозу у батьків (особливо матерів) спостерігається найбільший емоційний дистрес, який може трансформуватися в хронічне емоційне виснаження. Водночас батьківство дитини з тривалим стажем захворювання передбачає накопичення втоми, психосоматичних симптомів і порушення соціального функціонування.

Усі учасниці дослідження є біологічними матерями дітей з діабетом, які беруть активну участь у догляді за дитиною, щоденній корекції режиму харчування, введенні інсуліну, контролі за рівнем цукру в крові та психологічній підтримці дитини. У багатьох жінок спостерігається підвищений рівень відповідальності, що не завжди супроводжується належною підтримкою з боку родини або соціуму, що створює передумови для формування емоційного вигорання.

Збір даних проводився конфіденційно, з дотриманням етичних норм психологічного дослідження, з обов'язковим інформованим погодженням матерів на участь у дослідженні. Усі респонденти мали можливість ознайомитися з результатами тестування за запитом.

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик:

Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів – дозволяє виявити рівень емоційного виснаження, деперсоналізації (відчуження від дитини) та зниження особистих досягнень у ролі матері. Методика містить 22 твердження, оцінюваних за 6-бальною шкалою частотності.

Методика створена на основі класичного опитувальника МВІ (Maslach Burnout Inventory), але адаптована до сфери материнства. Вона включає 22 твердження, що описують почуття, переживання та поведінку, пов'язані з материнською роллю. Респондентки оцінюють частотність прояву кожного з емоцій за 6-бальною шкалою: від «ніколи» до «щодня».

Методика дозволяє оцінити три шкали:

Емоційне виснаження – відображає відчуття спустошення, втоми, апатії, роздратування.

Деперсоналізація (відчуження від дитини) – характеризується формальним ставленням до дитини, дратівливістю, втратою емоційного тепла.

Редукція професійних (материнських) досягнень – зниження суб'єктивної значущості своєї ролі як матері, відчуття марності зусиль.

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна – дає змогу оцінити як ситуативну (реактивну), так і стійку (особистісну) тривожність матері. Це важливо для розуміння рівня емоційної напруги, пов'язаної з материнською роллю в умовах хронічного захворювання дитини.

Ця методика є однією з найбільш поширених для вимірювання двох форм тривожності:

Реактивна тривожність (СТАІ-S) – ситуативна емоційна напруга в конкретний момент.

Особистісна тривожність (СТАІ-T) – стійка індивідуальна схильність до переживання тривоги, що формується як особистісна риса.

Анкета містить 40 тверджень, з яких 20 – для кожного типу тривожності. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою. Методика дозволяє виявити рівень емоційної нестабільності, характерний для матерів, які постійно переживають за здоров'я та життя дитини.

Опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) – спрямований на оцінку основних психологічних станів: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Методика допомагає глибше зрозуміти емоційні реакції жінок у складних життєвих обставинах. Опитувальник дозволяє виявити, які емоційні прояви є провідними у поведінці жінки, як вона реагує на стресові ситуації, наскільки схильна до адаптивної або дезадаптивної поведінки. Ця методика є особливо цінною в контексті дослідження тривалого стресу.

16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) – дозволяє охарактеризувати особистісний профіль матерів, виявити риси, які можуть підвищувати або знижувати вразливість до синдрому емоційного вигорання. Зокрема, враховувалися такі фактори, як тривожність, самоконтроль, емоційна стабільність, домінантність, ригідність мислення тощо.

Цей інструмент оцінює 16 ключових рис особистості, які визначають емоційний фон, поведінкові реакції та міжособистісну взаємодію.

А – Товариськість (Циклотимія) vs Замкненість (Шизотомія)

+: Доброзичливість, комунікабельність

–: Замкненість, дратівливість, емоційна відчуженість

- В – Абстрактність мислення vs Конкретність мислення
+: Аналітичний склад розуму
–: Зосередженість на практичних діях, слабка абстракція
- С – Емоційна стабільність vs Нейротизм
+: Спокій, витримка
–: Емоційна нестійкість, тривожність
- Е – Домінантність vs Підкорення
+: Воля, лідерство
–: Пасивність, покірність
- F – Жвавість (Сургенція) vs Стриманість (Десургенція)
+: Веселість, енергійність
–: Серйозність, мовчазність
- G – Відповідальність (Сила суперего) vs Безвідповідальність
+: Дисциплінованість, моральність
–: Імпульсивність, безвідповідальність
- Н – Сміливість (Рішучість) vs Осторога (Несміливість)
+: Ризикованість, упевненість
–: Невпевненість, стриманість
- I – Чутливість vs Твердість
+: Емпатійність, співчуття
–: Суворість, жорсткість
- L – Підозрілість vs Довірливість
+: Замкненість, ревності
–: Простота, відкритість
- M – Мрійливість (Абстрагованість) vs Практичність
+: Уява, фантазія
–: Реалізм, практичність
- N – Хитрість (Дипломатичність) vs Наївність
+: Тактичність, маніпулятивність
–: Простодушність

O – Тривожність vs Спокій

+: Хвилювання, внутрішній неспокій

–: Самовладання, впевненість

Q1 – Радикалізм vs Консерватизм

+: Незалежність суджень, ліберальність

–: Традиційність, авторитаризм

Q2 – Самостійність vs Соціальна залежність (Конформність)

+: Індивідуалізм

–: Орієнтація на думку групи

Q3 – Самоконтроль vs Імпульсивність

+: Організованість, відповідальність

–: Імпульсивність, безконтрольність

Q4 – Напруженість vs Розслабленість

+: Висока енергія, стресовість

–: Розслабленість, низький тонус

Дані з опитувальника дозволяють оцінити глибший рівень особистісної вразливості матерів до впливу хронічного емоційного навантаження. Зокрема, буде звернуто увагу на ті риси, які асоціюються з високим рівнем тривоги, ригідності, невпевненості у власних силах і труднощами в адаптації.

Усі методики були апробовані, стандартизовані та валідизовані для української вибірки. Отримані результати дозволяють здійснити як кількісний, так і якісний аналіз рівнів емоційного вигорання, емоційної напруги та особистісної структури матерів дітей з цукровим діабетом.

2.2. Результати емпіричного вивчення взаємозв'язку особистісних якостей та емоційного вигорання у батьків дітей з цукровим діабетом

Розглянемо отримані результати дослідження. В результаті дослідження (за методикою «Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів») було виявлено, що:

- симптом «Емоційне виснаження» має середнє значення $\Sigma = 26,3$ бали. Цей показник є достатньо високим і свідчить про наявність емоційної перевтоми у більшості респонденток. Емоційне виснаження проявляється у почутті втоми, виснаженості, втрати сил і бажання продовжувати повсякденні обов'язки, особливо пов'язані з доглядом за хворою дитиною.

Особи з високим рівнем (більше 27 балів) зазвичай відзначають: часте почуття емоційного спустошення, небажання взаємодіяти з оточенням, ранкове пробудження з відчуттям втоми ще до початку дня, відчуття постійного обов'язку без задоволення від материнства.

Особи із середнім рівнем (21–27 балів): відчують напругу, але ще зберігають ресурс на підтримання стабільного функціонування, можуть справлятися із щоденними обов'язками, хоча з меншим ентузіазмом.

- Симптом «Деперсоналізація» має середнє значення $\Sigma = 17,7$ балів. Результат є високим, що свідчить про поширення емоційного відчуження та цинізму в поведінці матерів. Вони можуть ставитись до дитини як до об'єкта, а не як до особистості, демонструючи втрату емпатії та тепла у спілкуванні.

Особи з високим рівнем (понад 17 балів) зазвичай: схильні до емоційного відсторонення, формального виконання материнських обов'язків, виявляють дратівливість, холодність, іноді навіть роздратування у спілкуванні з дитиною, часто описують відчуття, що «роблять усе механічно» або «на автоматі».

Особи із середнім рівнем (13–17 балів): зберігають емоційний контакт з дитиною, але час від часу можуть уникати глибшого включення у спілкування.

- симптом «Редукція особистих досягнень» має середнє значення $\Sigma = 32,9$ балів. Оцінка вказує на тенденцію до зниження віри в ефективність власного материнства, відчуття безрезультатності зусиль та втрати цінності своєї ролі.

Особи з високими балами (35 і вище) – тобто з низьким рівнем досягнень, демонструють: почуття невпевненості, незадоволення собою як

матір'ю, переживання власної некомпетентності, невіри у свою здатність допомогти дитині, часті роздуми на кшталт: «Я нічого не можу змінити», «Усе марно».

Особи з середнім рівнем (27–34 бали) мають періодичне відчуття безсилля, але в окремих ситуаціях усе ж усвідомлюють значущість власної ролі, відчувають втому, але ще спроможні бачити сенс у своїй діяльності.

Особи з низьким балом (нижче 27) – тобто з високою самооцінкою досягнень зазвичай усвідомлюють цінність своєї праці, частіше бачать результати своїх зусиль і почуваються реалізованими в материнстві.

Результати представлені на Рис. 2.1.

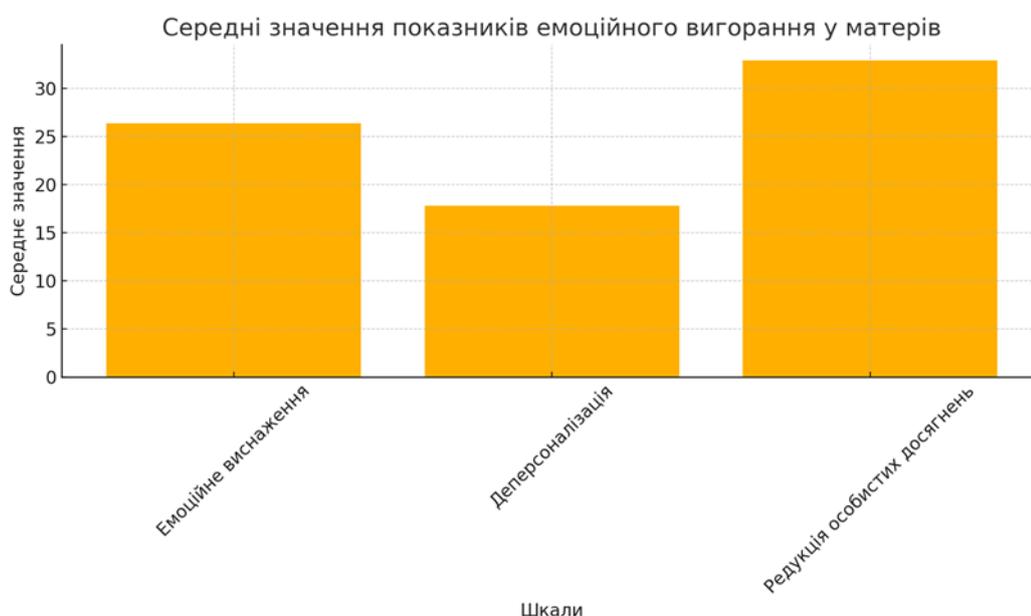


Рис. 2.1. Середньогрупові результати за методикою «Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів»

Загалом, вигорання серед матерів дітей із цукровим діабетом виражене чітко: найчастіше спостерігається емоційне виснаження і деперсоналізація. Досліджувані мають тривожні рівні редукції досягнень, що свідчить про втрату сенсу, ефективності, впевненості в материнських ролях.

Такі результати підтверджують попередні дослідження українських (Г. Соколова, Б. Андрейко) і зарубіжних (Maslach, Jackson, Leiter) авторів щодо емоційного вигорання як хронічного психоемоційного стану батьків у ситуації тривалого догляду за дитиною з хворобою.

Таким чином, більшість матерів мають виражені симптоми емоційного вигорання: у понад 90% виявлено середній або високий рівень емоційного виснаження та деперсоналізації. Водночас понад половина матерів демонструють знижену впевненість у власній ефективності, що вказує на високий ризик тривалого вигорання та потребу в психологічній підтримці.

Ці особливості можуть пояснюватися хронічним навантаженням, високою відповідальністю, обмеженими ресурсами на відпочинок та самореалізацію, що типово для батьків, які тривалий час виховують дитину з діагнозом цукровий діабет.

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу рівнів емоційного вигорання у вибірці досліджуваних (таблиця 1).

Таблиця 1

Відсотковий розподіл рівнів емоційного вигорання

Рівень	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень
Низький	14,9%	27,7%	12,8%
Середній	38,3%	48,9%	36,2%
Високий	46,8%	23,4%	51,0%

Проаналізуємо отримані результати. Так, симптом «Емоційне виснаження» виявлено високий рівень у 46,8% респондентів. Це найбільш чисельна група. Матері з високим рівнем емоційного виснаження постійно відчувають втому, енергетичне виснаження, пригніченість. У них може виникати відчуття «вичавленості» наприкінці дня, а також складність у відновленні сил. Такі риси характерні для жінок, які не мають ресурсів для відновлення через хронічне навантаження, зокрема тривалий догляд за

хворою дитиною. Середній рівень прояву цього симптому виявлено у 38,3%. Ця група демонструє вже помітну напругу, хоча ще зберігає часткові ресурси саморегуляції. У матерів спостерігаються окремі епізоди виснаження, дратівливості, бажання усамітнення. Такий рівень часто супроводжує ситуації тривалого догляду за дитиною без належної підтримки ззовні, але ще не переходить у стадію хронічного вигорання. Низький рівень прояву означеного симптому притаманний 14,9%. Це найменша група. Вони демонструють високу стресостійкість, ефективні стратегії саморегуляції, наявність підтримки (можливо, з боку партнера, родини або фахівців). Ці жінки, найімовірніше, мають менший стаж догляду або користуються ефективними механізмами допомоги.

Симптом «Деперсоналізація» виявлено високий рівень у 23,40% вибірки. Матері з цим рівнем відчують емоційне відчуження від своєї дитини, можуть виявляти холодність, відстороненість, іноді – цинізм. Це прояв хронічного стресу, коли психіка «захищається» через емоційну «економію». Такий стан часто супроводжується почуттям провини, тривогою та емоційною притупленістю. Середній рівень прояву цього симптому виявлено у 48,94%. Більшість матерів демонструють помірні ознаки деперсоналізації – іноді відчують втому, емоційну байдужість до потреб дитини, однак ці епізоди носять непостійний характер. Зазвичай цей рівень вказує на перевантаження, але ще не є критичним. Низький рівень симптому виявлено у 27,7%. Матері з низьким рівнем деперсоналізації зберігають емоційний контакт з дитиною, виявляють чуйність і співпереживання. Це може свідчити про хорошу адаптацію до складної ситуації або ефективну психоемоційну підтримку ззовні.

Симптом «Редукція особистих досягнень»: високий рівень – 51,0% . Ці матері не відчують задоволення від виконання материнських обов'язків, знецінюють себе як матір, мають знижену самооцінку, почуття невдачі. Цей стан є надзвичайно небезпечним, оскільки прямо пов'язаний з розвитком депресії та втратою сенсу; середній рівень – 36,2%. Матері з таким рівнем

іноді сумніваються у власній спроможності, не завжди задоволені результатами своєї материнської діяльності, проте ще мають елементи впевненості у собі. Це, ймовірно, свідчить про амбівалентне ставлення до ситуації – між прийняттям і розчаруванням; низький рівень – 12,8%. Ці жінки зберігають позитивне ставлення до своєї ролі, впевнені у власних силах, отримують емоційне підкріплення з боку дитини або оточення. Можливо, вони реалізують себе також у інших соціальних ролях, що допомагає підтримувати баланс.

Таким чином, більшість матерів у вибірці мають середні або високі рівні емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень, що свідчить про значне психоемоційне навантаження та ризик формування синдрому емоційного вигорання.

Означемо психологічні особливості матерів із високими рівнями вигорання: високий рівень емоційного виснаження: дратівливість, хронічна втома, апатія, проблеми зі сном, тривожність; деперсоналізація – байдужість, уникання емоційного контакту, механічне виконання обов'язків, жорсткість у стосунках із дитиною; редукція особистих досягнень – відчуття неспроможності, сумнів у власних силах, втрата мотивації до материнських функцій, відчуття провини.

Ці результати вказують на необхідність психопрофілактичної роботи з цією категорією батьків, зокрема надання психологічної підтримки, навчання навичкам саморегуляції, формування підтримуючого середовища.

Розглянемо отримані результати дослідження, враховуючи такий фактор як «стаж хвороби» діабетом. Результати представлені на Рис. 2.2.

Симптом «Емоційне виснаження». Найвищий середній показник емоційного виснаження виявлено у матерів із середнім стажем (5–10 років) $\Sigma = 28,2$ бали. Це свідчить про накопичення хронічної втоми впродовж кількох років догляду за дитиною, що вичерпує ресурси жінки. У групі з невеликим стажем (до 5 років) показник нижчий – $\Sigma = 25,6$ бали, можливо, через ще збережену мобілізацію внутрішніх ресурсів. У групі з тривалим

стажем (понад 10 років) – $\Sigma = 27,1$ бали. Це говорить про виснаження, яке хоч і трохи нижче за середній стаж, але є стабільно підвищеним, що вказує на високу психологічну напругу протягом багатьох років.

Симптом «Деперсоналізація». Показники деперсоналізації зростають із роками: стаж до 5 років $\Sigma = 17,7$ бали; 5–10 років; $\Sigma = 18,7$ бали; понад 10 років $\Sigma = 20,4$ бали. Ця динаміка вказує на поступове формування емоційного відсторонення, коли мати через хронічний стрес починає дистанціюватися від емоційних проявів у стосунках із дитиною, щоб уберегти себе від надмірного психоемоційного навантаження.

Симптом «Редукція особистих досягнень». Із тривалістю захворювання дитини падає відчуття ефективності жінки як матері: стаж до 5 років $\Sigma=31,9$ бали; 5–10 років $\Sigma=34,0$ бали; понад 10 років $\Sigma=35,9$ бали. Це свідчить про зростаюче відчуття безнадійності, втрату впевненості, низьку самооцінку, що, ймовірно, зумовлено монотонністю догляду, відсутністю результату або покращення стану дитини.

Таким чином, виявлено, що стаж хвороби дитини прямо пропорційно впливає на зростання проявів емоційного вигорання, особливо в площині деперсоналізації та редукції досягнень. Найбільш уразливою психологічно є група матерів зі стажем понад 10 років, які мають найвищі показники емоційного відчуження, втрати сенсу діяльності, виснаження. Проте пік емоційного виснаження – у групі середнього стажу, що може бути пов'язано з тим, що саме в цей період мати ще активно бореться за стабілізацію стану дитини, витрачаючи багато ресурсів, але не отримуючи бажаного покращення.

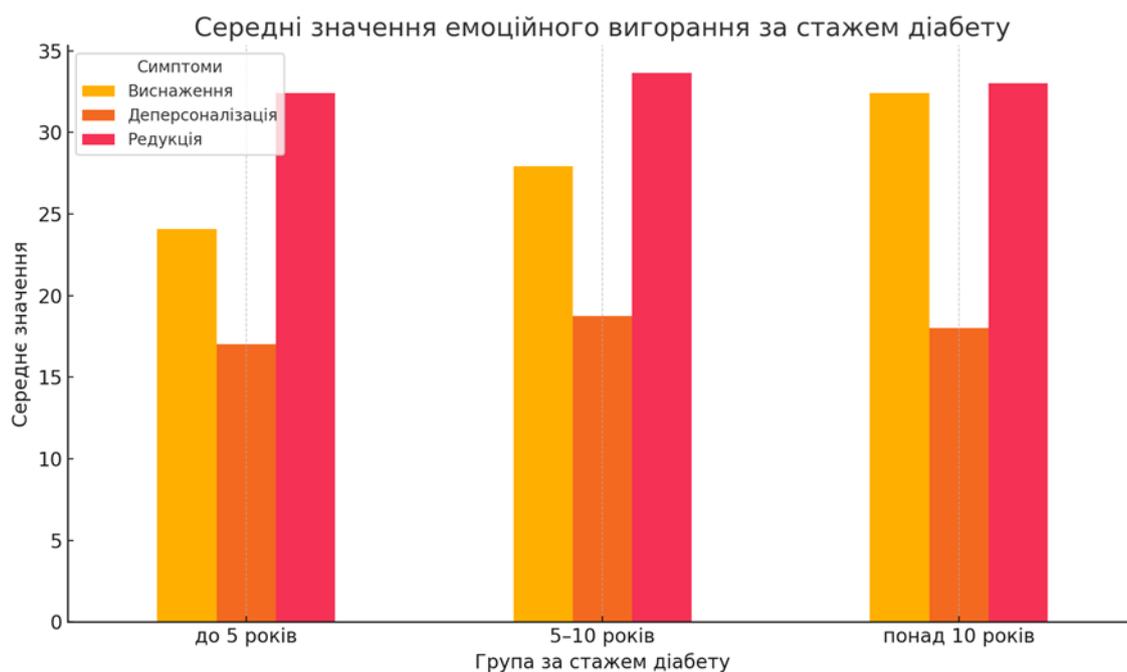


Рис. 2.2. Середньогрупові результати за методикою «Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів» (Симптоми емоційного вигорання матерів залежно від стажу діабету у дитини)

Проаналізуємо результати, враховуючи критерій «вік дитини» (Рис.2.3.).

На основі зведених середніх значень емоційного вигорання за віком дитини (до 5 років, 6–10 років, понад 10 років), отримано такі результати:

- Група: діти до 5 років: «Емоційне виснаження» $\Sigma=27,2$ бали, Деперсоналізація $\Sigma=17,9$ балів, «Редукція особистих досягнень» $\Sigma= 33,6$ балів. Таким чином, матері маленьких дітей демонструють найвищі рівні емоційного виснаження, що є очікуваним, оскільки ранній вік дитини вимагає безперервного догляду, нічного пильнування та високої відповідальності. Деперсоналізація також вища порівняно з іншими групами – це свідчить про певну втрату емоційної чутливості у спілкуванні з дитиною. Високий рівень редукції особистих досягнень вказує на почуття неефективності, розчарування в материнстві та знижену самооцінку.

- Група: діти від 6 до 10 років: «Емоційне виснаження» $\Sigma=27,3$ бали,

«Деперсоналізація» $\Sigma=17,2$ бали, «Редукція особистих досягнень» $\Sigma=32,3$ бали. У матерів цієї вікової категорії емоційне виснаження залишається на високому рівні, майже не змінюючись відносно групи з молодшими дітьми. Це може бути пов'язано з напруженим режимом шкільного життя дитини, потребою у постійній допомозі з навчанням та турботою про дотримання режиму при діабеті. Деперсоналізація дещо знижується, а редукція особистих досягнень усе ще висока, що свідчить про відсутність відчуття реалізованості у ролі матері.

- Група: діти старше 10 років: «Емоційне виснаження» $\Sigma=26$ балів, «Деперсоналізація» $\Sigma=16,8$ балів, «Редукція особистих досягнень» $\Sigma=32,1$ бали. У матерів підлітків рівень емоційного виснаження дещо знижується, хоча залишається високим. Це можна пояснити тим, що дитина в цьому віці вже має певну самостійність. Водночас, деперсоналізація та редукція особистих досягнень залишаються помітними, що свідчить про психоемоційне перенапруження і збережену емоційну відчуженість у стосунках з дитиною, можливо, через конфлікти у підлітковому віці.

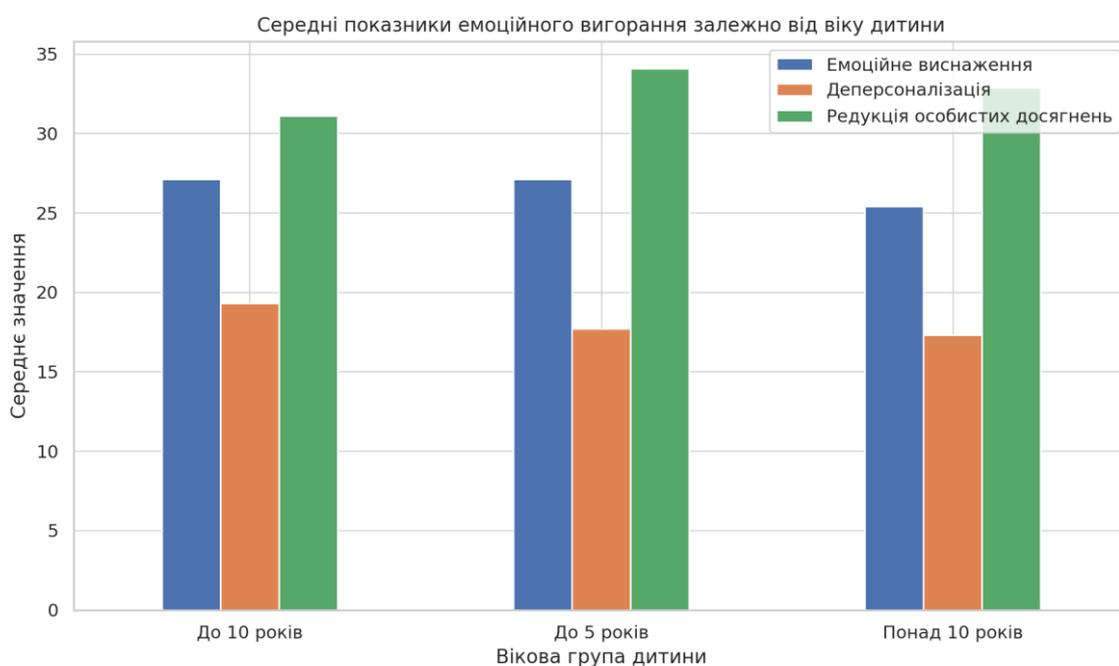


Рис. 2.3. Середньогрупові результати за методикою «Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів» (Симптоми емоційного вигорання матерів залежно від віку дитини)

Таким чином, найвища напруга спостерігається у матерів дітей до 5 років, що логічно з огляду на інтенсивність турбот у ранньому віці.

Усі три групи мають високі рівні редукції особистих досягнень, що може бути свідченням хронічного відчуття втрати контролю, самореалізації та професійного зростання, пов'язаного з материнством у контексті хвороби дитини.

Незважаючи на деяке зниження симптомів із віком дитини, емоційне вигорання залишається актуальною проблемою для всіх вікових категорій.

В результаті дослідження (за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна») було виявлено, що середнє значення за шкалою «Реактивна тривожність» становить $\Sigma=61.6$ балів, а за шкалою «Особистісна тривожність» середнє значення – $\Sigma= 57.1$ бал. Отримані показники засвідчують високий рівень як реактивної, так і особистісної тривожності у респондентів (Рис. 2.4.).

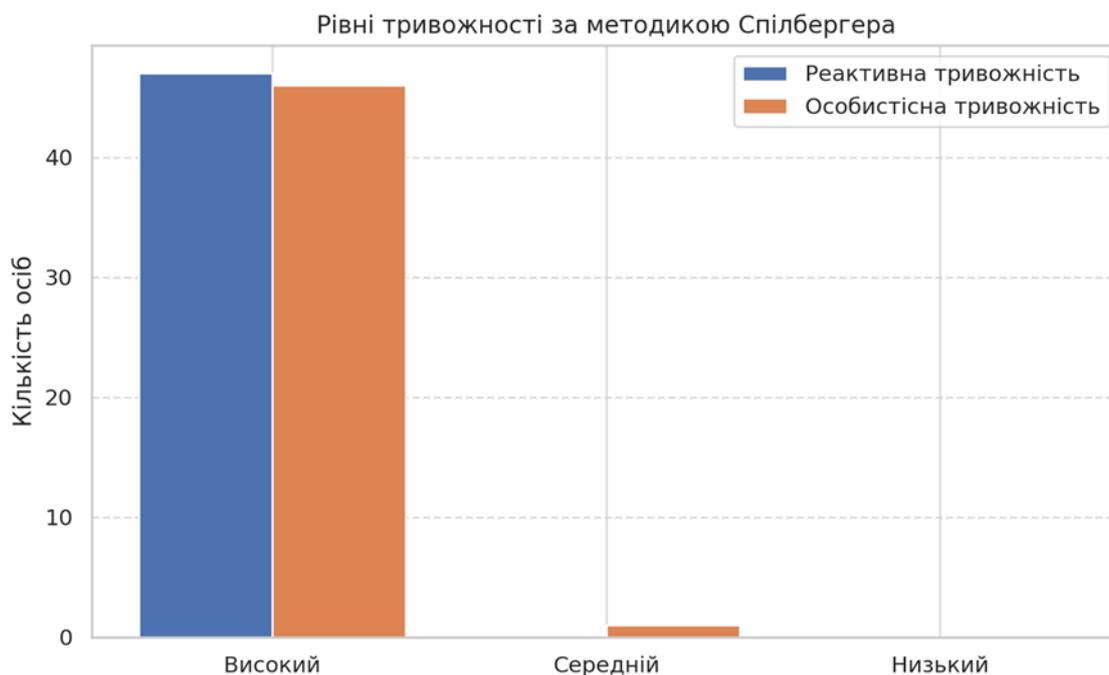


Рис. 2.4. Середньогрупові результати за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна»

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу рівнів емоційного вигорання у вибірці досліджуваних (таблиця 2).

Таблиця 2

Відсотковий розподіл рівнів тривожності

Рівень	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький	0%	2%
Середній	0%	0%
Високий	100%	98%

Високий рівень реактивної тривожності вказує на те, що більшість матерів у дослідженні відчують сильні тривожні реакції на зовнішні ситуації. Це може бути зумовлено хронічним стресом, постійною турботою про стан дитини та відчуттям відповідальності.

Високий рівень особистісної тривожності говорить про те, що у матерів сформований сталий тривожний тип реагування, незалежно від зовнішніх умов. Це може свідчити про емоційну напруженість, внутрішню невпевненість та високий рівень стресу.

Таким чином, загальна картина вказує на глибоку психоемоційну напругу серед матерів дітей із цукровим діабетом, що підвищує ризик емоційного вигорання.

Розглянемо отримані результати дослідження, враховуючи такий фактор як «стаж хвороби» діабетом. Результати представлені на Рис. 2.5.

На основі наданих даних про реактивну та особистісну тривожність у матерів дітей із цукровим діабетом, згрупованих за стажем захворювання, було проведено аналіз.

Середній рівень реактивної тривожності у групі респондентів, що мають дітей зі стажем хвороби до 5 років $\Sigma=61,5$ бали, а особистісної – $\Sigma=57$ балів. Реактивна тривожність у цій групі наближається до високого рівня, що вказує на часту схильність до тривожних реакцій на стресові ситуації, пов'язані з новизною діагнозу, необхідністю адаптації до режиму лікування, гіпервідповідальності за стан дитини.

Особистісна тривожність також підвищена, що свідчить про стійку тривожність як рису характеру – у матерів ще не сформувалися стабільні механізми подолання стресу.

Середній рівень реактивної тривожності у групі респондентів, що мають дітей зі стажем хвороби до 10 років $\Sigma=63,1$ бали, а особистісної – $\Sigma=60,4$ бали. У цій групі показники тривожності найвищі, особливо щодо особистісного компоненту. Це вказує на емоційну та психологічну хронізацію напруження: мами живуть в умовах постійного стресу та очікування критичних епізодів (гіпо-/гіперглікемії), що стає частиною особистісного функціонування.

Ці жінки часто демонструють високий рівень тривожної настороженості, страху перед ускладненнями, соціальною стигматизацією дитини тощо.

Середній рівень реактивної тривожності у групі респондентів, що мають дітей зі стажем хвороби понад 10 років $\Sigma=61,3$ бали, а особистісної – $\Sigma=59,2$ бали. Хоча рівні тривожності залишаються високими, у цій групі помітна тенденція до зниження – особливо реактивної тривожності. Це свідчить про адаптацію до хронічного захворювання дитини, формування стабільніших копінг-стратегій, більший досвід контролю глікемії, зменшення невизначеності.

Однак особистісна тривожність залишається вираженою, що говорить про тривалу психологічну напругу, яка не повністю компенсується часом.

Таким чином, усі групи мають підвищений рівень як реактивної, так і особистісної тривожності, що є типовим для батьків дітей із хронічними захворюваннями.

Найвищі значення виявлені у групі зі стажем 5–10 років, що може бути періодом «емоційного виснаження» системи саморегуляції, коли навантаження вже значне, але ще не трансформоване в стійке прийняття.

Навіть у групі з великим досвідом (10+ років) тривожність не знижується до нормативних меж – це підтверджує хронічний характер

психологічного навантаження в умовах тривалої турботи про дитину з діабетом.

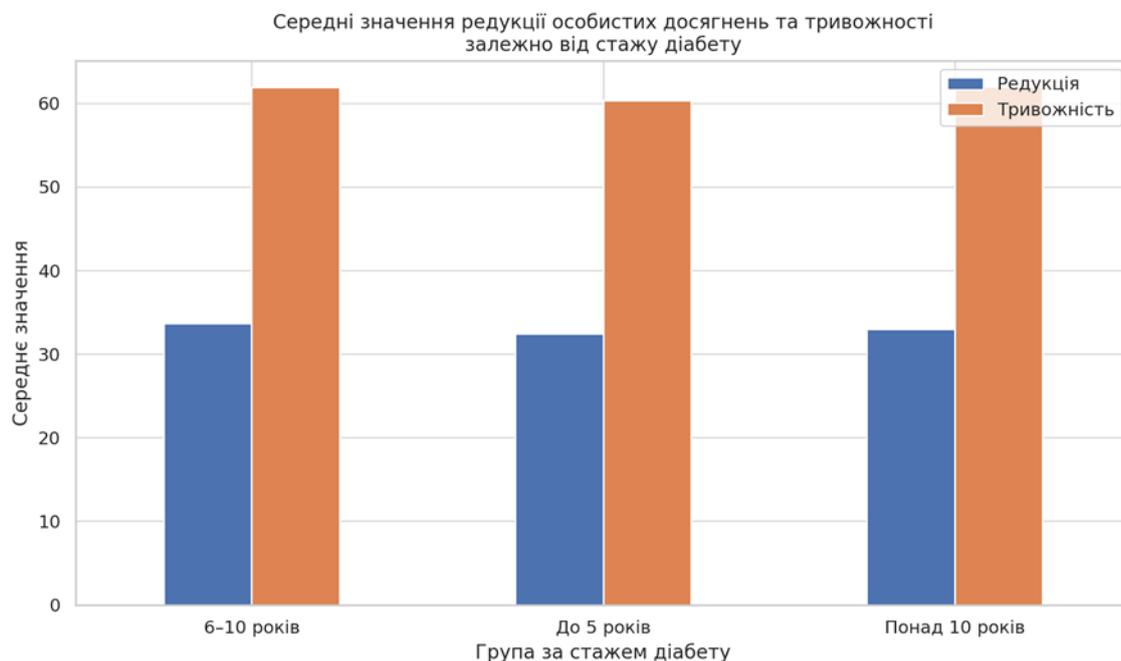


Рис. 2.5. Середньогрупові результати за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (залежно від стажу діабету у дитини)

Проаналізуємо результати, враховуючи критерій «вік дитини» (Рис.2.6.).

Отже, у групі матерів, де є діти віком до 5 років середній рівень реактивної тривожності $\Sigma=65,1$ бали, а особистісної тривожності $\Sigma=60,5$ бали. Тому можемо стверджувати, що фіксується високий рівень реактивної тривожності, що вказує на гостру емоційну реактивність. Це може бути пов'язано з тривогою щодо адаптації дитини до інсулінотерапії, страхом перед гіпоглікемією, відчуттям власної некомпетентності. Особистісна тривожність також перевищує норму, що свідчить про формування хронічного емоційного напруження на тлі постійного догляду за маленькою дитиною з діабетом.

У групі матерів, де є діти віком від 5 до 10 років середній рівень реактивної тривожності $\Sigma=62,4$ бали, а особистісної тривожності $\Sigma=58,6$ балів. Показники тривожності дещо нижчі, ніж у першій групі, однак залишаються високими. Ймовірно, це пов'язано з тим, що діти в цьому віці вже навчаються в школі, де зростають ризики пов'язані з режимом харчування, навантаженням, але мама частково делегує контроль, що знижує реактивну напругу. Водночас високий рівень особистісної тривожності свідчить про збереження глибоких переживань і високого ступеня тривожності як риси.

У групі матерів, де є діти віком понад 10 років середній рівень реактивної тривожності $\Sigma=60,3$ бали, а особистісної тривожності $\Sigma=56,1$ бали. У матерів підлітків тривожність трохи знижується, що свідчить про поступове звикання до хвороби та делегування відповідальності дитині. Проте особистісна тривожність залишається вище нормативної межі, що свідчить про тривале навантаження, виснаження та можливо — відсутність ефективної психологічної підтримки.

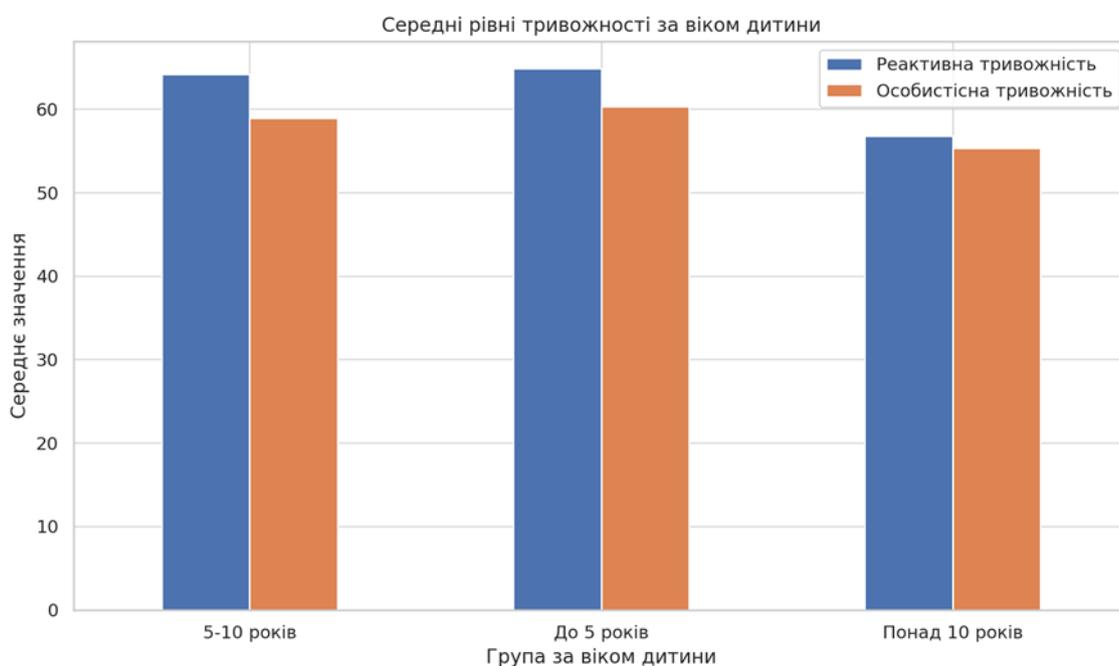


Рис. 2.6. Середньогрупові результати за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (залежно від віку дитини)

Таким чином, найвищі показники тривожності спостерігаються в матерів наймолодших дітей. Із віком дитини тривожність поступово зменшується, але залишається в межах підвищених значень у всіх групах. Це свідчить про хронічний характер тривожних переживань у матерів дітей із ЦД, який лише частково знижується із віком дитини та набуттям досвіду.

В результаті дослідження (за методикою *Опитувальник «Самооцінка психічних станів»* (Г. Айзенк) (Рис. 2.7) було виявлено, що за шкалою «Нейротизм» середній показник становить $\Sigma=17,43$ (вище середнього). Нейротизм є емоційною нестабільністю, що виявляється у схильності до частих змін настрою, переживання тривоги, дратівливості, депресивних станів. Показник у межах 17–18 балів вважається дещо підвищеним. Матері дітей із цукровим діабетом демонструють високий рівень емоційної напруги. Це може бути пов'язано з хронічним стресом догляду за хворою дитиною, постійною тривогою щодо її стану здоров'я, гіпервідповідальністю та втомою. Високий нейротизм може сприяти підвищеній емоційній вразливості, схильності до емоційного вигорання та зниженню стресостійкості.

Показник «Тривожність» $\Sigma=16,49$ – середній рівень із тенденцією до підвищення). Матері переживають часту або постійну тривогу, пов'язану з хронічним перебігом хвороби дитини. Такий рівень тривожності може впливати на їхнє психоемоційне благополуччя та знижувати якість повсякденного функціонування. Присутня тенденція до переживання як реальних, так і уявних загроз.

Показник «Ригідність» $\Sigma=13,24$ – середній рівень. Ригідність – це особистісна риса, що характеризується стійкістю переконань, труднощами в адаптації до нових умов, негнучкістю мислення. Середній рівень ригідності свідчить про відносну адаптивність, але з можливими труднощами в ситуаціях змін (наприклад, у випадках зміни лікувального режиму, зміни рекомендацій лікаря тощо). Ці матері можуть потребувати більше часу для прийняття нової інформації чи нових стратегій поведінки.

Показник « Фрустрація» $\Sigma=12,73$ – середній рівень. Фрустрація – це стан розчарування, викликаний неможливістю досягти бажаного результату, що може проявлятися у вигляді агресії, замкненості або відчаю. Показник вказує на те, що матері часто переживають ситуації, які викликають у них емоційне виснаження чи відчуття безсилля. Це логічно пов'язано з хронічним характером захворювання дитини та значним психологічним навантаженням.

Таким чином, психоемоційний портрет матерів, які виховують дітей із цукровим діабетом, за методикою Айзенка свідчить про: високий рівень емоційної напруги; схильність до частих тривожних станів; помірну стійкість до змін (ригідність); емоційне виснаження, викликане фрустрацією.

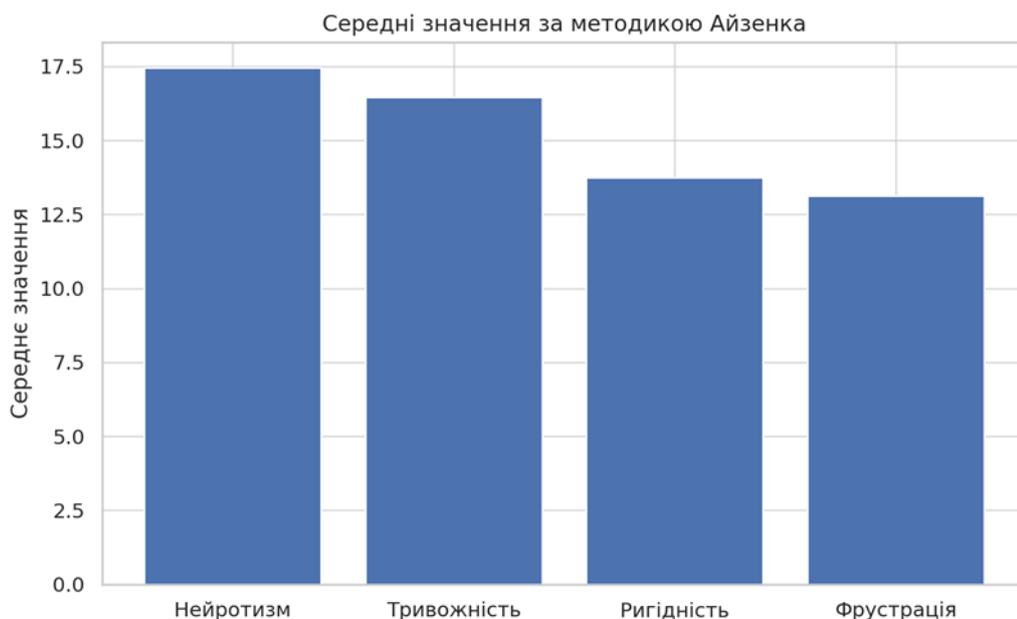


Рис. 2.7. Середньогрупові результати за методикою Опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу рівнів психічних станів у вибірці досліджуваних (таблиця 3).

Відсотковий розподіл рівнів психічних станів

Рівень	Нейротизм	Тривожність	Ригідність	Фрустрація
Низький	44,7%	40,4%	36,2%	31,9%
Середній	44,7%	53,2%	44,7%	48,9%
Високий	10,6%	6,4%	19,1%	19,1%

Переважає високого та середнього рівня нейротизму вказує на те, що більшість матерів емоційно вразливі, схильні до частих коливань настрою, тривоги та напруги. Це характерно для осіб, які перебувають у хронічно стресогенній ситуації – як у випадку догляду за дитиною з цукровим діабетом.

Понад 93% матерів демонструють середній або високий рівень тривожності. Це свідчить про значну напругу, занепокоєння за стан здоров'я дитини, побоювання за майбутнє та постійний контроль ситуації. Такий стан може призводити до емоційного вигорання.

Ригідність – це схильність до зниженого когнітивного гнучкого мислення, трудність адаптації до нових умов. Майже 37% респонденток мають високий рівень, що свідчить про напружене сприймання змін, складність у пристосуванні до нових режимів, процедур та вимог у догляді за дитиною. Це також може впливати на втому та стрес.

Фрустрація – це показник реакцій на перешкоди до досягнення цілей. Високий рівень фрустрації може свідчити про почуття безсилля, розчарування, втрату контролю або зниження віри в позитивні зміни. В умовах хронічного захворювання дитини це природна емоційна реакція, проте якщо фрустрація тривала – вона підвищує ризик емоційного виснаження.

Отже, отримані результати засвідчують емоційне напруження, високий рівень тривожності та нейротизму, а також значну когнітивну ригідність і фрустрованість матерів дітей з цукровим діабетом. Такі особливості є чинниками ризику для розвитку емоційного вигорання.

Розглянемо отримані результати дослідження, враховуючи такий фактор як «стаж хвороби» діабетом. Результати представлені на Рис. 2.8.

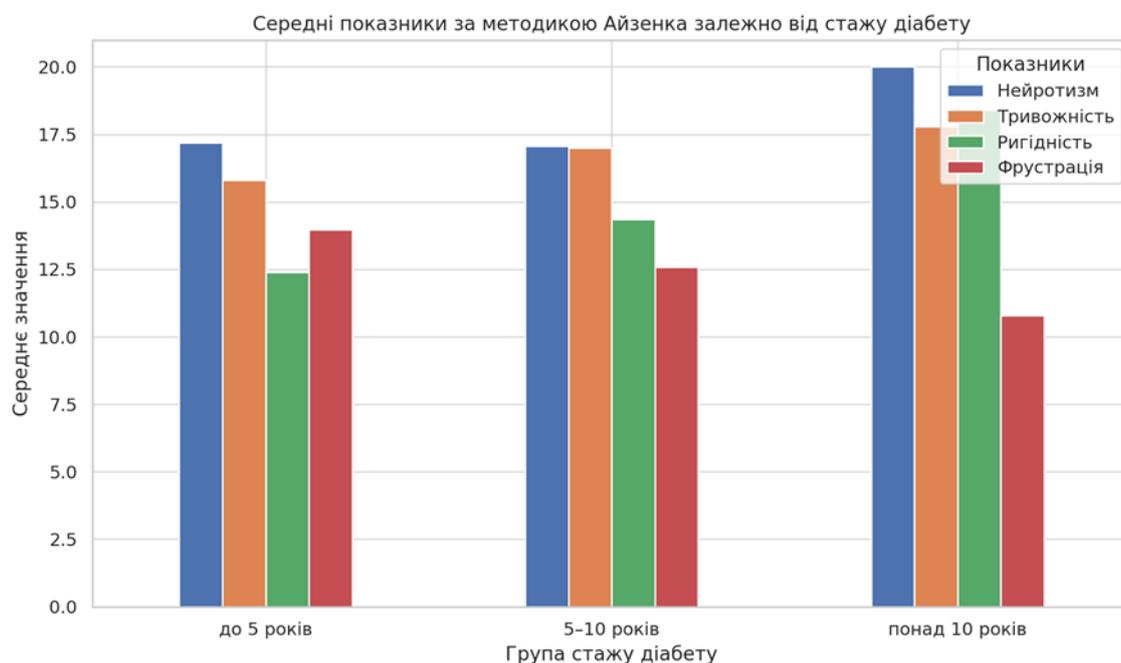


Рис. 2.8. Середньогрупові результати за методикою Опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) (залежно від стажу діабету у дитини)

Отже, у групі матерів, де є діти зі стажем хвороби до 5 років середньогруповий рівень «Нейротизму» становить $\Sigma=17$ балів. Це помірний рівень емоційної вразливості. Батьки, чії діти нещодавно захворіли, демонструють емоційну нестабільність, нестійкість до стресів, схильність до сильного переживання труднощів. У цей період вони ще не повністю адаптувалися до нової реальності, що призводить до високої чутливості.

Середньогруповий рівень «Тривожність» становить $\Sigma=16$ балів. Тривожність перебуває на середньому рівні. Це свідчить про підвищену напруженість і очікування можливих загроз, але водночас про збережену здатність до контролю емоцій. Часто це пов'язано з невизначеністю щодо подальшого перебігу хвороби.

Середньогруповий рівень «Ригідність» становить $\Sigma=12,5$ балів. Середній рівень ригідності вказує на помірну гнучкість у поведінкових і когнітивних реакціях. Батьки в цій групі ще здатні змінювати свої підходи до ситуацій, експериментувати з новими стратегіями догляду та виховання.

Середньогруповий рівень «Фрустрація» становить $\Sigma=13,3$ бали. Помірний рівень фрустрації свідчить про часті зіткнення з бар'єрами або труднощами в досягненні бажаного, що викликає емоційне напруження, розчарування та, іноді, втрату мотивації.

У групі батьків з дітьми стаж хвороби яких від 5 до 10 років середньогруповий рівень «Нейротизму» становить $\Sigma=17$ балів. Рівень емоційної вразливості залишається сталим. Батьки зіштовхуються з хронічною напругою, пов'язаною з тривалим контролем за станом дитини, зростанням її потреб і віковими труднощами.

Середньогруповий рівень «Тривожність» становить $\Sigma=17,1$ бали. Стає дещо вищою, що може бути ознакою накопиченої тривоги. Батьки усвідомлюють хронічність захворювання і його довготривалий вплив на життя дитини. Їхня увага постійно сфокусована на профілактиці криз.

Середньогруповий рівень «Ригідність» становить $\Sigma=13,1$ балів. Показник демонструє зростання жорсткості мислення та поведінки. Це може бути проявом вироблення стабільних шаблонів догляду, зменшення готовності адаптуватися до нових обставин. Такі батьки прагнуть контролювати все, що пов'язане з хворобою.

Середньогруповий рівень «Фрустрація» становить $\Sigma=13,2$ бали. Фрустрація залишається на помірному рівні, що свідчить про тривалий вплив емоційної втоми, неуспішних спроб вплинути на ситуацію, повторювані обмеження.

У групі матерів з дітьми стаж діабету яких понад 10 років середньогруповий рівень «Нейротизму» становить $\Sigma=18,2$ бали. Цей рівень є найвищим серед трьох груп і свідчить про накопичення емоційного виснаження. У батьків спостерігаються симптоми хронічної втоми, відчаю,

дратівливості, що не минають із часом. Вони можуть відчувати безнадійність або сильну внутрішню напругу.

Середньогруповий рівень «Тривожність» становить $\Sigma=17$ балів. Попри високий нейротизм, рівень тривожності стабілізується. Це може бути пов'язано або з адаптацією до постійного стресу, або з емоційним вигоранням, коли тривожні реакції поступово згасають через втому нервової системи.

Середньогруповий рівень «Ригідність» становить $\Sigma=14,7$ балів. Це найвищий показник ригідності. Можна припустити, що в батьків сформувалися ригідні поведінкові та мисленнєві стратегії, які вони не готові змінювати. Це може ускладнювати взаємодію з дитиною, яка змінюється з віком.

Середньогруповий рівень «Фрустрація» становить $\Sigma=11,7$ балів. Цей показник знижується. Найімовірніше, це результат зниження очікувань, прийняття незмінності ситуації або втрати ресурсу для активної боротьби. Така фрустрація може бути ознакою пасивного пристосування.

Таким чином, можемо зазначити, що чим більший стаж хвороби, тим вища емоційна напруга (нейротизм) і вираженіша ригідність, що говорить про поглиблення емоційної виснаженості та зменшення психологічної гнучкості.

Тривожність залишається стабільно високою впродовж усього періоду, що вказує на постійний стан напруженого очікування загроз та відповідальності.

Фрустрація зменшується з роками, що може трактуватися як адаптація або як емоційне «вигоряння» і зниження енергії для спротиву ситуації.

Розглянемо отримані результати дослідження, враховуючи такий фактор як «вік дитини» діабетом. Результати представлені на Рис. 2.9.

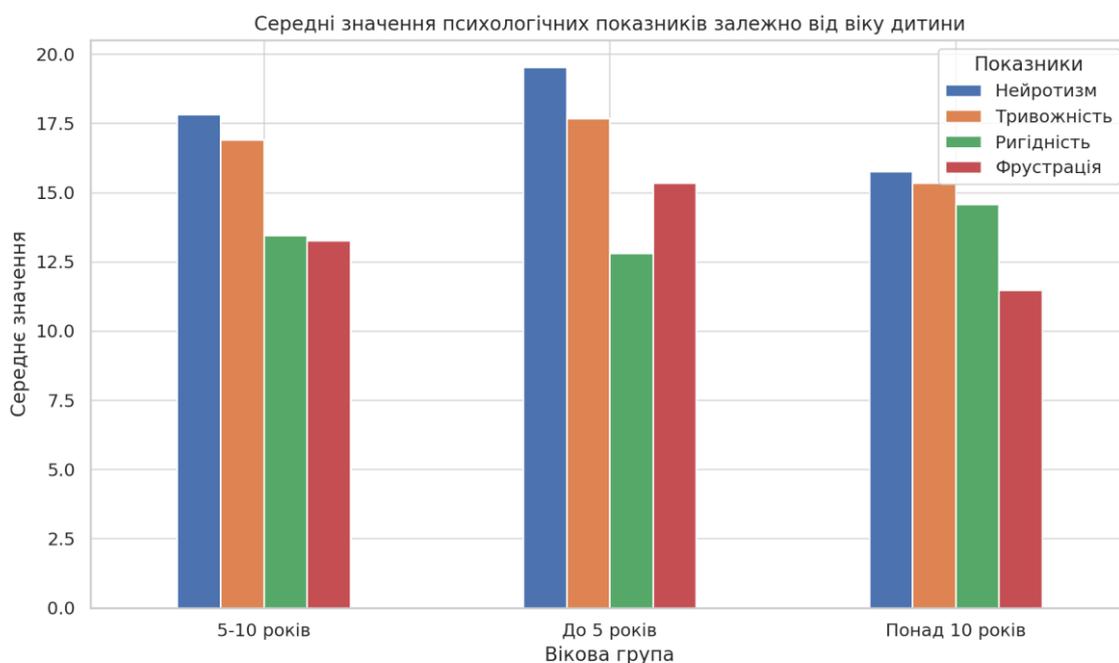


Рис. 2.9. Середньогрупові результати за методикою Опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) (залежно від віку дитини)

Отже, у групі батьків дітей віком до 5 років середньогрупові показники становлять: «Нейротизм» – $\Sigma=18,7$ балів, «Тривожність» – $\Sigma=17$ балів, «Ригідність» – $\Sigma=12,5$ балів, «Фрустрація» – $\Sigma=14,2$ бали.

Нейротизм на найвищому рівні серед усіх вікових груп. Це свідчить про підвищену емоційну нестабільність, часті перепади настрою, схильність до тривожних роздумів, невпевненість у собі. Можна припустити, що це обумовлено відсутністю досвіду у догляді за хворою дитиною, страхом за її життя, високим рівнем відповідальності, що часто лежить на матері.

Тривожність є високою, але дещо нижчою за групу дітей шкільного віку. Це пояснюється тим, що контроль за станом дитини повністю в руках матері, і попри хвилювання, вона має безпосередній вплив на ситуацію.

Ригідність – відносно низька. Це означає, що матері ще не виробили стійких реакцій або звичок у догляді за дитиною з діабетом, часто змінюють тактики або пристосовуються до нових умов.

Фрустрація – на найвищому рівні. Вона може бути пов'язана з порушенням життєвих планів, емоційним виснаженням, соціальною ізоляцією у зв'язку з повною зайнятістю хворою дитиною.

У групі батьків дітей віком до 6-10 років середньогрупові показники становлять: «Нейротизм» – $\Sigma=17,5$ балів, «Тривожність» – $\Sigma=17,3$ балів, «Ригідність» – $\Sigma=13,2$ балів, «Фрустрація» – $\Sigma=13,3$ бали.

У цій групі ми бачимо зниження рівня нейротизму – вірогідно, це свідчить про поступову адаптацію до хвороби та накопичення досвіду в управлінні станом дитини. Водночас емоційна напруга ще залишається значною.

Тривожність найвища серед усіх груп. Це пов'язано з тим, що в цьому віці дитина починає відвідувати школу, збільшується обсяг соціальної взаємодії, і в матері з'являється більше страхів, пов'язаних із відсутністю належного контролю у навчальному середовищі (небезпечні гіпоглікемії, знущання, недовіра до вчителів тощо).

Ригідність – зростає. Це може свідчити про накопичення типових поведінкових моделей, звичок у догляді, опір новим підходам, небажання експериментувати.

Фрустрація знижується порівняно з попередньою групою. Ймовірно, батьки відчувають часткове полегшення, адже дитина стає більш самостійною у виконанні щоденних процедур (вимірювання глюкози, введення інсуліну).

У групі батьків дітей віком понад 10 років середньогрупові показники становлять: «Нейротизм» – $\Sigma=17,1$ балів, «Тривожність» – $\Sigma=16,3$ балів, «Ригідність» – $\Sigma=14,1$ балів, «Фрустрація» – $\Sigma=12,9$ бали.

У цій віковій групі спостерігається подальше зниження нейротизму. Це пояснюється тим, що батьки вже мають багаторічний досвід, опанували хворобу на побутовому рівні, вміють регулювати емоції, краще прогнозують реакції дитини.

Тривожність також є нижчою. Вочевидь, дитина вже має навички самоконтролю, може повідомити про погіршення самопочуття, контролює харчування. Це зменшує рівень емоційної напруги батьків.

Ригідність – найвища серед усіх трьох груп. Це свідчить про те, що за роки боротьби з хворобою батьки сформували стійкі установки, зокрема до лікування, харчування, стилю життя дитини. Вони можуть проявляти опір до змін, що іноді заважає дитині стати більш самостійною.

Фрустрація – на найнижчому рівні. Це може свідчити про часткове прийняття ситуації, формування стратегій подолання, а також зниження очікувань щодо «ідеального» розвитку подій.

Таким чином, найбільш емоційно вразливими є батьки наймолодших дітей, що потребують постійної уваги. Тривожність пікує у шкільному віці, коли зростають вимоги до дитини та рівень самостійності. З роками знижується емоційна нестабільність і фрустрованість, але зростає ригідність, що свідчить про небажання змінювати усталені способи догляду, навіть якщо дитина стає старшою.

В результаті дослідження (за методикою 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) (Рис. 2.10) було виявлено, що:

- Середньогруповий показник А. «Циклотимія–шозотомія» становить $\Sigma=5.7$ балів. Респонденти демонструють помірний рівень товариськості. Вони зазвичай відкриті до спілкування, легко встановлюють контакти, однак можуть коливатися між доброзичливістю та бажанням зберігати особисті межі. Це свідчить про збалансований соціальний стиль взаємодії.

- Середньогруповий показник В. «Абстрактність–конкретність» мислення становить $\Sigma=5.8$ балів. У групі переважає абстрактне, логічне мислення. Такі особистості схильні аналізувати явища, володіють хорошими когнітивними здібностями, демонструють високий рівень загального інтелекту.

- Середньогруповий показник С. «Емоційна зрілість–нейротизм» становить $\Sigma=5.7$ балів. Середній показник на шкалі свідчить про емоційну

врівноваженість. Респонденти здатні контролювати емоції, адаптуватися до труднощів, не схильні до імпульсивних реакцій або деструктивного стресу.

- Середньогруповий показник Е. «Домінантність–підкорення» дорівнює $\Sigma=4.9$ балів. Досліджувані займають нейтральну позицію між домінуванням і поступливістю. Вони можуть виявляти як ініціативу, так і схильність до компромісу залежно від ситуації. Це свідчить про гнучкість поведінки та адаптивність у соціальних відносинах.

- Середньогруповий показник Ф. «Сургенція–десургенція» становить $\Sigma=5.2$ бали. Помірний рівень життєрадісності. Особи схильні до спокійної активності, виявляють стриману енергійність і не прагнуть постійно бути в центрі уваги. Їх стиль поведінки можна охарактеризувати як урівноважений.

- Середньогруповий показник Г. «Сила суперего» становить $\Sigma=4.8$ балів. Респонденти демонструють певну гнучкість у дотриманні соціальних норм. Вони можуть порушувати правила, якщо це видається доцільним, що свідчить про автономність моральних орієнтацій.

- Середньогруповий показник Н. «Рішучість–нерішучість» становить $\Sigma=5.1$ бали. У більшості учасників спостерігається баланс між впевненістю та стриманістю. Вони здатні до соціального самовираження, проте уникають надмірної імпульсивності або домінування у групі.

- Середньогруповий показник І. «Чутливість–нечутливість» дорівнює $\Sigma=5.7$ балів. Особистості, що брали участь у дослідженні, мають розвинену емоційну чутливість. Вони емпатійні, уважні до почуттів інших, схильні до м'якості у спілкуванні.

- Середньогруповий показник Л. «Підозрілість–довірливість» становить $\Sigma=5.9$ балів. Показник вказує на помірну настороженість. Респонденти не схильні до відкритої ворожості, але можуть виявляти недовіру в ситуаціях, де є ризик. Їм притаманна обережність у міжособистісних стосунках.

- Середньогруповий показник М. «Непрактичність–практичність»

дорівнює $\Sigma=5.1$ бали. Значення демонструє рівновагу між мрійливістю та орієнтацією на реальність. Особи володіють уявою, здатністю фантазувати, але водночас можуть зосереджуватись на практичних завданнях.

- Середньогруповий показник N. «Хитрість (Дипломатичність)–наївність» становить ($\Sigma=5.3$ бали. Показник свідчить про наявність соціальної гнучкості. Респонденти вміють бути відкритими й щирими, але за необхідності демонструють стриманість і дипломатичність.

- Середньогруповий показник O. «Невпевненість–впевненість» становить $\Sigma=6$ балів. Цей результат вказує на високий рівень упевненості у власних силах. Особи демонструють здатність долати труднощі, виявляють внутрішню стабільність та самовладання.

- Середньогруповий показник Q1. «Радикалізм–консерватизм» становить $\Sigma=5.8$ балів. Група схильна до прийняття нових ідей, відкритості до інновацій. Такі особистості готові адаптуватися до змін і шукати нестандартні рішення.

- Середньогруповий показник Q2. «Незалежність–залежність2» становить $\Sigma=4.8$ балів. Респонденти демонструють баланс між самостійністю та готовністю діяти у злагоді з групою. Їм притаманна як незалежність, так і здатність до колективної взаємодії.

- Середньогруповий показник Q3. «Висока–низька самооцінка» становить $\Sigma=4.6$. Легке зниження самоконтролю може вказувати на коливання самооцінки або емоційну нестабільність у стресових ситуаціях. Особи можуть потребувати підтримки у формуванні стабільної самооцінки.

- Середньогруповий показник Q4. «Напруженість–розслабленість» дорівнює $\Sigma=5.7$ балів. Результат свідчить про схильність до внутрішньої напруженості. Це може проявлятися у відповідальності, самоорганізації та бажанні досягати результатів, хоча й з деякою ціною емоційного ресурсу.

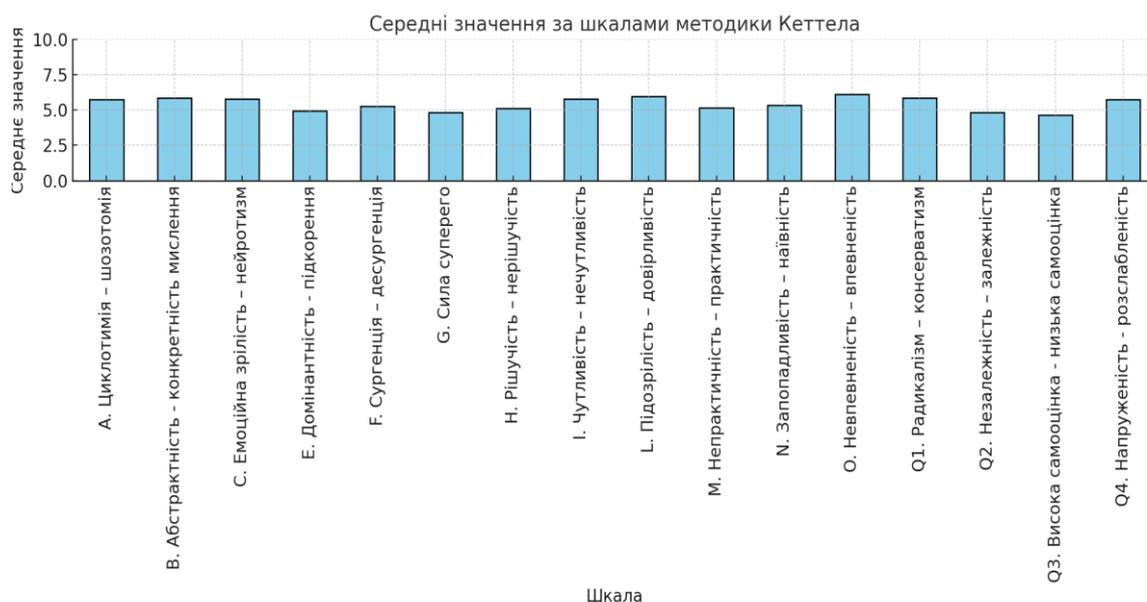


Рис. 2.10. Середньогрупові результати за методикою 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С)

Група загалом демонструє емоційну зрілість, помірну соціальну активність, адекватну самооцінку та відкритість до нового. Виявлено дещо підвищену впевненість, чутливість і схильність до логічного мислення. Водночас рівень самоконтролю та нормативності може бути нижчим, що свідчить про потребу в розвитку саморегуляції поведінки.

Розглянемо отримані результати щодо відсоткового розподілу рівнів психічних станів у вибірці досліджуваних (таблиця 4). У таблиці нижче представлено відсотковий розподіл респондентів за рівнями прояву кожної з 16 шкал методики Кеттелла. Рівні поділені на: низький (1–3 бали), середній (4–7 балів) та високий (8–10 балів).

Відсотковий розподіл рівнів особистісних характеристик

Шкала	Низький (%)	Середній (%)	Високий (%)
А. Циклотимія – шозотомія	25.53	42.55	31.91
В. Абстрактність - конкретність мислення	29.79	27.66	42.55
С. Емоційна зрілість – нейротизм	25.53	48.94	25.53
Е. Домінантність - підкорення	38.3	36.17	25.53
ґ. Сургенція – десургенція	34.04	38.3	27.66
Г. Сила супереґо	36.17	40.43	23.4
Н. Рішучість – нерішучість	40.43	31.91	27.66
І. Чутливість – нечутливість	25.53	42.55	31.91
Л. Підозрілість – довірливість	19.15	51.06	29.79
М. Непрактичність – практичність	42.55	23.4	34.04
Н. Запопадливість – наївність	29.79	44.68	25.53
О. Невпевненість – впевненість	25.53	40.43	34.04
Q1. Радикалізм – консерватизм	23.4	40.43	36.17
Q2. Незалежність – залежність	38.3	42.55	19.15
Q3. Висока самооцінка - низька самооцінка	44.68	36.17	19.15
Q4. Напруженість - розслабленість	29.79	34.04	36.17

У переважній більшості шкал найбільший відсоток респондентів продемонстрував середній рівень прояву особистісних рис (від 27% до 51%). Це свідчить про емоційний баланс, соціальну пластичність та здатність до саморегуляції. Такі особистості не демонструють крайнощів у поведінці, що забезпечує їх адаптивність до різних життєвих ситуацій. Особливо це спостерігається у шкалах:

- С (емоційна зрілість) – 48.94% мають врівноважений емоційний стан;
- Л (підозрілість – довірливість) – 51.06% дотримуються обережної, але не надмірно підозрілої лінії у міжособистісних відносинах;

- Q2 (незалежність – залежність) – 42.55% балансують між самостійністю і соціальною інтегрованістю.

Підвищені значення (вище 8 балів) спостерігаються в значній частині вибірки у таких шкалах:

- В (абстрактність мислення) – 42.55% на високому рівні: це вказує на сильні логіко-аналітичні здібності, мислення абстрактного типу;

- Q1 (радикалізм) – 36.17%: прояв інтелектуальної незалежності, відкритості до нових ідей, критичного мислення;

- O (впевненість) – 34.04%: емоційна стабільність, психологічна зрілість, вміння справлятися зі стресами;

- M (творче мислення) – 34.04%: уявність, креативність, нестандартне бачення ситуацій.

Ці результати свідчать про високий інтелектуальний потенціал, гнучке мислення, здатність до самоактуалізації.

Варто звернути увагу на шкали, де частка низьких рівнів була найвищою:

- Q3 (самоконтроль/самооцінка) – 44.68%: можливі труднощі з емоційною регуляцією, самодисципліною, непевність у власних силах;

- M (мрійливість/практичність) – 42.55%: сильна орієнтація на конкретику, що може обмежувати творчі підходи;

- H (рішучість) – 40.43%: значна частка осіб є непевненими, сором'язливими, що може заважати ефективній соціальній активності;

- E (домінантність) – 38.30%: схильність до підкорення, низький рівень лідерства;

- Q2 (незалежність) – 38.30%: залежність від думки оточення, низька автономність у прийнятті рішень.

Це означає, що певна частина вибірки має риси підвищеної залежності, непевненості, і може потребувати додаткової психологічної підтримки або розвитку навичок самоствердження.

Узагальнюючи результати, можна сказати, що досліджувана вибірка демонструє здорову, збалансовану особистісну структуру, в якій переважають середні рівні більшості характеристик.

Розглянемо отримані результати дослідження, враховуючи такий фактор як «стаж хвороби» діабетом. Результати представлені на Рис. 2.11.

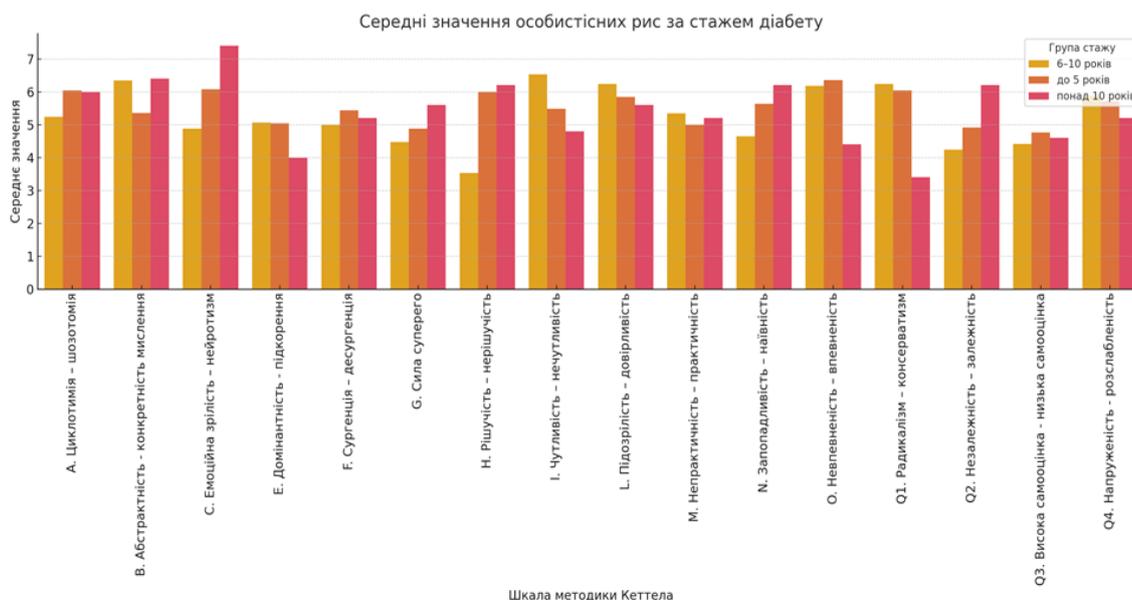


Рис. 2.11. Середньогрупові результати за методикою 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) (залежно від стажу діабету у дитини)

Отже, у групі батьків дітей стаж хвороби яких становить менше 5 років ключові середньогрупові показники наступні:

- «Емоційна зрілість» ($\Sigma=6$ балів) – емоційна стійкість, здатність зберігати контроль у складних ситуаціях.
- «Рішучість» ($\Sigma=6$ балів) – здатність приймати рішення, впевненість у поведінці.
- «Впевненість» ($\Sigma=6.3$ бали) – низький рівень тривожності, внутрішня сила.
- «Радикалізм» ($\Sigma=6$ балів) – відкритість до нового, інтелектуальна незалежність.

- «Чутливість» ($\Sigma=5.5$ балів) – схильність до емпатії, м'якість у стосунках.

Ця група характеризується високою емоційною адаптивністю, соціальною активністю та внутрішньою впевненістю. Особистості з цієї групи демонструють готовність до сприйняття нових підходів, емоційну відкритість і водночас вміння діяти рішуче.

Вони менше піддаються стресовому впливу, ймовірно, завдяки ще невеликому періоду адаптації до діагнозу, наявності підтримки й активному пошуку способів ефективного функціонування.

У групі батьків дітей стаж хвороби яких становить 5-10 років ключові середньогрупові показники наступні:

- «Абстрактність мислення» ($\Sigma=6.3$ бали) – розвинене логічне мислення, схильність до аналізу.

- «Чутливість» ($\Sigma=6.5$ балів) – високий рівень емпатії, вразливість.

- «Впевненість» ($\Sigma=6.2$ бали) – загалом позитивний рівень самосприйняття.

- «Рішучість» ($\Sigma=3.5$ балів) – зниження впевненості у діях.

- «Сила суперего» ($\Sigma=4.4$ бали) – менша схильність до дотримання норм.

- «Самооцінка/самоконтроль» ($\Sigma=4.4$ бали) – можливе зниження впевненості, труднощі з самодисципліною.

Ця група демонструє суперечливий профіль: з одного боку, високий інтелектуальний потенціал, емоційна глибина, рефлексивність. З іншого – схильність до невпевненості, емоційна вразливість, зниження нормативності.

Можливо, під хронічного навантаження (5–10 років з діагнозом) вичерпав адаптаційні ресурси, сформував виснаження, емоційне перенапруження. Ця група потенційно найбільш потребує психологічної підтримки, особливо у зміцненні самооцінки, рішучості, формуванні внутрішньої стійкості.

У групі батьків дітей стаж хвороби яких становить 5-10 років ключові середньогрупові показники наступні:

- «Емоційна зрілість» ($\Sigma=7.4$ бали) – дуже високий рівень стабільності, внутрішньої сили.
- «Рішучість» ($\Sigma=6.2$ бали) – здатність до самостійних рішень.
- «Наївність/відкритість» ($\Sigma=6.2$ бали) – емоційна відкритість або залежність.
- «Впевненість» ($\Sigma=4.4$ бали) – порівняно нижча впевненість у собі.
- «Радикалізм» ($\Sigma=3.4$ бали) – низька відкритість до змін, схильність до консерватизму.
- «Незалежність» ($\Sigma=6.2$ бали) – підвищена потреба в підтримці, менш виражена автономність.

Це найбільш стабільна, але консервативна група. Особи демонструють високу стійкість до емоційних навантажень, добре інтегровані у свої соціальні ролі. Водночас спостерігається зниження інноваційності, менша гнучкість мислення, схильність до традиційного стилю поведінки.

Можливо, з роками хвороба стала частиною особистісної ідентичності, сформувалася стратегія «звикання», при якій зберігається емоційна стабільність, але втрачається мотивація до новизни або змін.

Розглянемо результати дослідження, враховуючи такий чинник як вік дитини (Рис. 2.12.).

Отже, у групі батьків дітей віком до 5 років середньогрупові показники вказують на такі сильні сторони:

- «Емоційна зрілість» ($\Sigma=7.2$ бали) – дуже високий рівень, свідчить про сильну внутрішню стабільність матері.
- «Рішучість» ($\Sigma=6.6$ балів) – впевненість у діях, активна соціальна поведінка.
- «Чутливість» ($\Sigma=6.2$ бали) – високий рівень емпатії.
- «Довірливість» ($\Sigma=6.44$) – відкрита, менш підозріла поведінка.

Слабкими сторонами цієї вибірки є:

- «Абстрактність мислення» ($\Sigma=3.7$ балів) – схильність до конкретного, практичного мислення, можливо — менш виражене стратегічне бачення.

- «Низька самооцінка» ($\Sigma=4.1$ бали) – вказує на труднощі із самоконтролем, потребу в зовнішній підтримці.

Таким чином, респонденти, що увійшли до цієї групи – це особи з високою емоційною чутливістю, самоконтролем і готовністю діяти, але з певною залежністю від конкретики, зовнішніх оцінок. Емоційна інтенсивність часто пов'язана з малим віком дитини — матір ще адаптується до нової ролі.

У групі батьків дітей віком 5-10 років середньогрупові показники вказують на такі сильні сторони:

- «Радикалізм» ($\Sigma=7.2$ бали) – відкритість до нового, інтелектуальна самостійність.

- «Абстрактність мислення» ($\Sigma=6$ балів) – здатність мислити концептуально.

- «Чутливість» ($\Sigma=6.3$ бали) – висока емпатія.

Слабкими сторонами цієї вибірки є:

- «Емоційна зрілість» ($\Sigma=4.4$ бали) – знижена, що може свідчити про вразливість до стресу.

- «Самооцінка» ($\Sigma=4.23$ бали) – невиражена стабільність «Я»-образу.

- «Рішучість» ($\Sigma=4.4$ бали) – нижча впевненість у соціальній взаємодії.

Ця група – найбільш інтелектуально активна, з вираженою потребою в новому та глибокому сприйнятті світу. Але водночас – емоційно вразлива, з певним зниженням самосприйняття та впевненості. Можливо, саме в цей період зростає напруження через тривалий досвід догляду за дитиною та шкільні виклики.

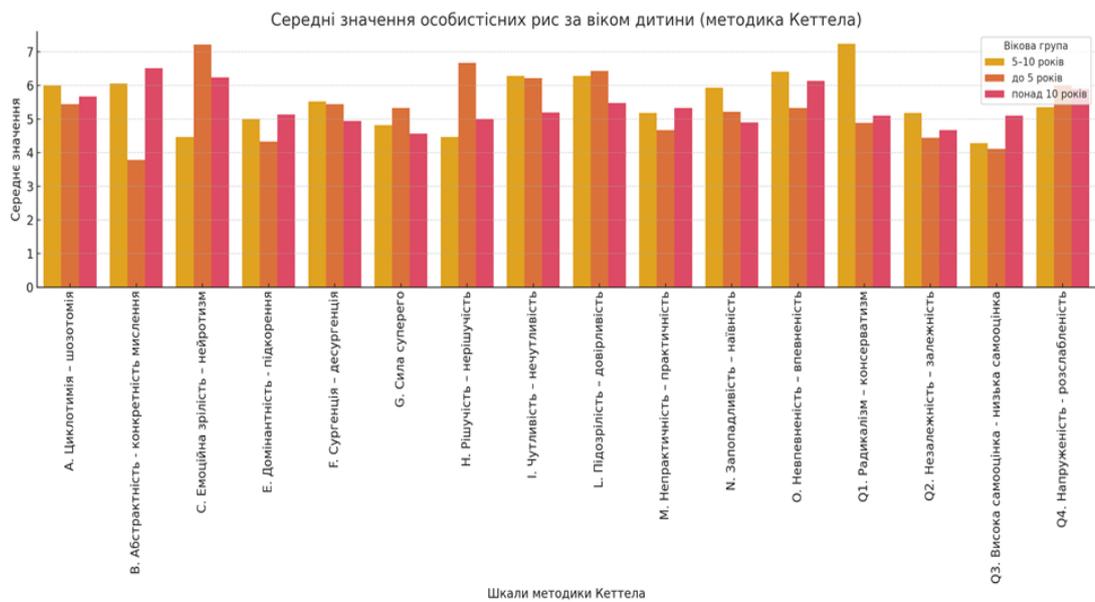


Рис. 2.12. Середньогрупові результати за методикою 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) (залежно від віку дитини)

У групі батьків дітей віком 5-10 років середньогрупові показники вказують на такі сильні сторони:

- «Емоційна зрілість» ($\Sigma=6.2$ бали) – достатня стабільність у поведінці.
- «Абстрактність мислення» ($\Sigma=6.5$ балів) – найвищий рівень абстракції, стратегічне бачення.
- «Самооцінка» ($\Sigma=5.1$ бали) – вища стабільність образу «Я».

Слабкими сторонами цієї вибірки є:

- «Рішучість» ($\Sigma=5$ балів) – середній рівень, зменшення активної соціальної ініціативи.
- «Довірливість» ($\Sigma=5.4$ бали) – зростає критичність, обережність.
- «Наївність» ($\Sigma=4.9$ балів) – зниження відкритості, більше захисних механізмів.

Це емоційно сформовані особистості з високим аналітичним мисленням, які, втім, стають більш закритими, обережними, менш схильними до ризику. Така адаптація – результат тривалого досвіду життя з хворобою,

коли новизна втрачає значення, а на перший план виходять прагнення до стабільності.

Аналізуючи отримані результати емпіричного дослідження було виявлено деякі розбіжності у показниках у різних психодіагностичних методиках. Спробуємо обґрунтувати і пояснити їх.

Результати, отримані за методикою Кеттела, частково не збігаються з попередніми психодіагностичними даними. Це може пояснюватися різною теоретико-методологічною базою опитувальників: Кеттел оцінює стійкі особистісні риси, тоді як інші методики відображають ситуативні психічні стани, мотиваційні прояви або адаптаційні стратегії. Така невідповідність є очікуваною та підтверджує складну багатовимірну природу особистості, в якій стабільні риси не завжди прямо корелюють з поточними емоційними чи поведінковими патернами.

У ході дослідження застосовувались не лише шкали методики 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С), а й інші психодіагностичні інструменти, зокрема «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, «Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів» та Опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк). У процесі аналізу результатів виявлено часткові невідповідності між отриманими показниками. Це є типовим явищем і пояснюється різницею у теоретичних підходах, структурі методик та об'єктах вимірювання.

Методика 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) спрямована на оцінювання стабільних особистісних рис, тоді як інші інструменти переважно фіксують ситуативні стани або темпераментні особливості. Зокрема:

- Методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна вимірює реактивну та особистісну тривожність. Різниця між високим рівнем тривожності за цією методикою та середніми показниками за шкалами С (емоційна стабільність) чи Q4 (напруженість) у

Кеттела свідчить про наявність ситуативного емоційного напруження за відносно стабільного особистісного фону.

- Дані щодо емоційного вигорання за методикою «Адаптований опитувальник емоційного вигорання Маслач для матерів» можуть не співпадати з показниками за шкалами G (суперего), Q3 (самоконтроль) чи Q4 (напруженість) у Кеттела, оскільки вигорання є реакцією на зовнішні перевантаження, тоді як шкали Кеттела характеризують глибинні особистісні властивості.

- Порівняння із шкалами Айзенка (нейротизм, тривожність, ригідність, фрустрація) демонструє, що деякі риси (нейротизм – C/O, ригідність – B/Q1) у Кеттела деталізуються і подаються у ширшому контексті.

Отже, розбіжності між результатами пояснюються не суперечностями, а багатовимірністю та комплексністю особистості. Людина може мати стабільну внутрішню структуру особистості (за Кеттелом), але водночас переживати ситуативне емоційне виснаження або тривожність.

Наявність високої ситуативної тривожності чи емоційного вигорання за відносно врівноваженої структури особистісних рис може вказувати на напружені адаптаційні процеси та потребу у підтримці ресурсів психіки».

Такий порівняльний аналіз дозволяє глибше інтерпретувати результати та забезпечує цілісне уявлення про психологічний стан особистості.

З метою надання дослідженню комплексного аналізу ми використали *метод кореляційного аналізу Пірсона*.

Найбільш значущі кореляційні зв'язки представлені у таблиці 5.

Отже, найбільш значущими кореляціями є такі показники:

- Стаж діабету ↔ Емоційне виснаження ($r = 0.64, p < 0.001$) та Реактивна тривожність ($r = 0.53, p < 0.001$). такі показники засвідчують, що чим довше мати доглядає за дитиною з цукровим діабетом, тим вищий рівень її емоційного виснаження. Це може свідчити про кумулятивний ефект хронічного стресу, втоми та зниження ресурсів, які не відновлюються з часом. З тривалістю захворювання у дитини мати не адаптується повністю –

навпаки, рівень тривожних реакцій зростає. Це вказує на хронічний характер психологічної напруги.

Таблиця 5

Найбільш значущі кореляційні зв'язки між показниками

Змінні	r	p	Тип зв'язку
«Особистісна тривожність (Спілбергер)» & «Нейротизм (Айзенк)»	0.77	< 0.001	сильний прямий
«Реактивна тривожність (Спілбергер)» & «Особистісна тривожність (Спілбергер)»	0.75	< 0.001	сильний прямий
«Реактивна тривожність (Спілбергер)» & «Нейротизм (Айзенк)»	0.71	< 0.001	сильний прямий
«Особистісна тривожність (Спілбергер)» & «Тривожність (Айзенк)»	0.66	< 0.001	сильний прямий
«Стаж діабету (роки)» & «Ригідність (Айзенк)»	0.65	< 0.001	сильний прямий
«Вік дитини» & «Фрустрація (Айзенк)»	-0.64	< 0.001	сильний обернений
«Стаж діабету (роки)» & «Емоційне виснаження»	0.64	< 0.001	сильний прямий
«Вік дитини» & «Реактивна тривожність (Спілбергер)»	-0.62	< 0.001	сильний обернений
«Реактивна тривожність (Спілбергер)» & «Тривожність (Айзенк)»	0.61	< 0.001	сильний прямий
«Емоційне виснаження» & «Нейротизм (Айзенк)»	0.6	< 0.001	сильний прямий
«Вік дитини» & «Стаж діабету (роки)»	0.58	< 0.001	сильний прямий
«Емоційне виснаження» & «Особистісна тривожність (Спілбергер)»	0.58	< 0.001	сильний прямий
«Емоційне виснаження» & «Реактивна тривожність (Спілбергер)»	0.57	< 0.001	сильний прямий
«Нейротизм (Айзенк)» & «Тривожність (Айзенк)»	0.57	< 0.001	сильний прямий
«Вік дитини» & «Нейротизм (Айзенк)»	-0.52	< 0.001	сильний обернений

- Нейротизм (Айзенк) ↔ Емоційне виснаження ($r = 0.60, p < 0.001$) та Особистісна тривожність ($r = 0.56, p < 0.001$). Особи з високим рівнем нейротизму мають підвищену емоційну чутливість і схильність до тривожних, депресивних переживань, що сприяє швидшому вигоранню. Вразливість до стресу посилює втому й виснаження в умовах догляду за хворою дитиною. Психологічна риса нейротизму є базисом для формування високого рівня тривожності. Це свідчить про загальну нестійкість емоційного фону матерів.

- Емоційне виснаження ↔ Особистісна тривожність (Спілбергер) ($r = 0.58, p < 0.001$) та Реактивна тривожність (Спілбергер) ($r = 0.57, p < 0.001$). Чим вища базова тривожність особистості, тим більш імовірно, що жінка відчуватиме емоційне виснаження. Постійна напруга і неспокій призводять до хронічного стресу та втрати внутрішніх ресурсів. Ситуаційна тривожність також значно впливає на виснаження. Реакція на конкретні життєві виклики (епізоди гіпо-/гіперглікемії, медичні процедури) викликає сильний стрес і втому.

- Редукція особистих досягнень ↔ Особистісна тривожність ($r = 0.51, p < 0.001$). Висока тривожність матері зумовлює зниження її впевненості у власних досягненнях і знецінення результатів своєї материнської діяльності. Це типовий симптом вигорання – відчуття, що «нічого не роблю добре».

Таким чином, найсильніші зв'язки показують тісну взаємодію між вигоранням та тривожністю, а також особистісними рисами (нейротизмом).

Стаж хвороби дитини виявився значущим фактором у формуванні як емоційного виснаження, так і підвищеної тривожності матері.

Наявність подвійних зв'язків між тривожністю, вигоранням та стажем свідчить про взаємопідсилювальний ефект у тривалому догляді за хворою дитиною.

Помірно значущі кореляційні зв'язки між показниками представлено у таблиці

Помірно значущі кореляції наступні:

- Особистісна тривожність ↔ Редукція особистих досягнень ($r = 0.45$, $p < 0.01$) – матері з високою тривожністю частіше переживають зниження самооцінки своєї ефективності. Тривожні думки та самокритичність сприяють появі відчуття неспішності у ролі матері, що є елементом емоційного вигорання.

- Емоційне виснаження ↔ Особистісна тривожність ($r = 0.42$, $p < 0.01$) та Реактивна тривожність ($r = 0.38$, $p < 0.05$). Високий рівень особистісної тривожності сприяє розвитку емоційного виснаження. Матері постійно перебувають у стані очікування негативу, що виснажує їхні емоційні ресурси. Часті ситуаційні тривожні реакції (наприклад, при змінах у стані дитини, під час госпіталізацій) призводять до накопичення втоми та зниження енергетичних ресурсів матері.

- Стаж діабету ↔ Редукція особистих досягнень ($r = 0.39$, $p < 0.050$). Зі збільшенням тривалості хвороби у дитини у матерів наростає відчуття безперспективності й знецінення власної ролі. Можливо, це зумовлено втратою надії на поліпшення ситуації.

- Нейротизм ↔ Редукція особистих досягнень ($r = 0.37$, $p < 0.05$). Жінки з високим рівнем нейротизму схильні до емоційної нестабільності, що посилює переживання власної неефективності. Це може впливати на загальне зниження самооцінки в контексті материнства.

Таким чином, помірно значущі зв'язки підтверджують, що емоційне вигорання є багатовимірним процесом, у якому беруть участь як особистісні риси (тривожність, нейротизм), так і ситуаційні чинники (стаж догляду за дитиною).

Спостерігається тенденція до знецінення себе як матері у тривожних та емоційно нестійких жінок.

Редукція досягнень виступає як ключова ознака психічного виснаження, пов'язана з тривожністю, нейротизмом і стажем хвороби дитини.

Таблиця 6

Помірно значущі кореляційні зв'язки між показниками

Змінні	r	p	Тип зв'язку
«Особистісна тривожність» & «Редукція досягнень»	0.45	<0.01	помірний прямий
«Емоційне виснаження» & «Особистісна тривожність»	0.42	<0.01	помірний прямий
«Стаж діабету» & «Редукція особистих досягнень»	0.39	<0.05	помірний прямий
«Емоційне виснаження» & «Реактивна тривожність»	0.38	<0.05	помірний прямий
«Нейротизм» & «Редукція особистих досягнень»	0.37	<0.05	помірний прямий

Зворотні (негативні) кореляційні зв'язки між показниками представлені у таблиці 7

Таблиця 7

Зворотні (негативні) кореляційні зв'язки між показниками

Змінні	r	p	Тип зв'язку
«Вік дитини» & «Реактивна тривожність»	-0.62	<0.001	сильний обернений
«Вік дитини» & «Особистісна тривожність»	-0.43	<0.01	помірний обернений
«Нейротизм» & «Вік дитини»	-0.52	<0.01	сильний обернений
«Редукція досягнень» & «Впевненість»	-0.36	<0.05	помірний обернений

Проаналізуємо негативні кореляції:

- Вік дитини ↔ Реактивна тривожність ($r = -0.62$, $p < 0.001$) та Особистісна тривожність ($r = -0.43$, $p < 0.01$). Молодші діти викликають у матерів значно більший рівень ситуаційної (реактивної) тривожності. Це може бути пов'язано з тим, що батьки молодших дітей ще не мають достатнього досвіду управління діабетом, більше хвилюються за кожну ситуацію, особливо за ризики гіпоглікемії. Загальна (стійка) тривожність у матерів також знижується з віком дитини. Це може свідчити про адаптацію

до хронічного захворювання, формування більшої впевненості в догляді за дитиною та зниження рівня емоційного напруження.

- Нейротизм ↔ Вік дитини ($r = -0.52$, $p < 0.01$). Матері молодших дітей мають вищий рівень нейротизму – тобто емоційної нестійкості, схильності до негативних переживань. З часом (зі зростанням дитини) жінки набувають емоційної стабільності або менш схильні до переживань.

- Редукція особистих досягнень ↔ Впевненість (О-фактор) ($r = -0.36$, $p < 0.05$). Жінки, які мають вищий рівень впевненості в собі, рідше відчують зниження власної ефективності. Тобто впевненість у своїх діях є захисним фактором проти емоційного вигорання, зокрема проти редукції досягнень.

Таким чином, встановлено, що негативні зв'язки демонструють, що вік дитини є ключовим фактором, який пом'якшує тривожність і нейротизм матері.

Молодші діти викликають більше тривожних переживань, особливо на початкових етапах догляду.

Впевненість у собі виступає важливим захисним ресурсом, який знижує прояви емоційного вигорання.

Підводячи підсумки, можемо зазначити, що емоційне вигорання тісно пов'язане з тривожністю та нейротизмом.

У матерів, які мають високий рівень як особистісної, так і реактивної тривожності, значно вищі показники емоційного виснаження та редукції особистих досягнень. Це свідчить про те, що тривожність є потужним предиктором розвитку синдрому вигорання.

Нейротизм виступає особистісним фактором ризику. Виявлено значущі позитивні зв'язки між нейротизмом та усіма складовими вигорання. Матері з підвищеною емоційною нестабільністю більше схильні до виснаження, самознецінення та підвищеної тривожності.

Тривалість хвороби дитини (стаж діабету) посилює вигорання. Стаж захворювання має позитивну кореляцію з емоційним виснаженням та

тривожністю матері, що свідчить про хронічне накопичення стресу внаслідок тривалого догляду за дитиною з особливими потребами.

Молодший вік дитини асоційований із підвищеною тривожністю матері. Виявлені зворотні кореляції між віком дитини та тривожністю (реактивною, особистісною), а також нейротизмом. Це вказує на адаптаційний ефект часу – з віком дитини жінки поступово знижують рівень тривоги та стабілізують емоційний стан.

Самовпевненість матері знижує ризики емоційного вигорання. Негативна кореляція між впевненістю у собі (фактор О) та редукцією досягнень свідчить про те, що внутрішня опора жінки виступає захисним фактором, який знижує суб'єктивне переживання неефективності.

Редукція особистих досягнень є «центральною» ланкою вигорання. Вона пов'язана як із тривожністю, так і з нейротизмом, емоційним виснаженням, стажем діабету. Це підтверджує, що ключовим симптомом

Нами було виділено чинники, що сприяють виникненню емоційного вигорання та чинники, що попереджають або знижують ризик емоційного вигорання.

Чинники, що сприяють виникненню емоційного вигорання:

1. Психоемоційні особливості матері.

- Підвищений рівень тривожності (як реактивної, так і особистісної): призводить до постійного напруження, очікування загрози, емоційного виснаження.

- Нейротизм: емоційна нестабільність, вразливість до стресу, схильність до депресивних переживань.

- Низька самооцінка: сприяє розвитку редукції особистих досягнень, втрати впевненості у своїй компетентності як матері.

2. Фактори, пов'язані з доглядом за дитиною

- Тривалий стаж захворювання дитини: хронічне напруження без періодів відновлення, кумулятивне психоемоційне виснаження.

- Молодший вік дитини: потребує постійного фізичного догляду, контролю, що підвищує ризик перенапруження.

- Часті критичні стани (гіпо-/гіперглікемія, госпіталізації): провокують сильні стресові реакції у матері.

3. Соціально-психологічні чинники

- Брак соціальної підтримки (з боку партнера, родини, медичного персоналу).

- Відсутність вільного часу, перевантаження ролями (мама, дружина, працівниця).

- Соціальна ізоляція: втрата спілкування, почуття самотності.

Чинники, що попереджають або знижують ризик емоційного вигорання:

1. Особистісні ресурси.

- Висока впевненість у собі: дозволяє жінці зберігати відчуття ефективності, долати труднощі без самоосуду.

- Оптимізм і позитивне мислення: сприяють формуванню стійкості до стресу.

- Емоційна зрілість: здатність регулювати емоції, розпізнавати потребу у відпочинку.

2. Адаптація до хвороби з часом.

- Зрілість дитини: зі зростанням дитини мати менше хвилюється, більше покладається на її самостійність.

- Набутий досвід самоконтролю захворювання: дає відчуття контролю, знижує тривогу.

3. Зовнішні ресурси

- Соціальна підтримка (чоловік, родичі, колеги, медики): знижує відчуття самотності, сприяє відновленню ресурсів.

- Психологічна допомога: психотерапія, групи підтримки, просвітницькі програми.

- Наявність часу на себе: дозвілля, хобі, відпочинок, переключення на інші ролі.

Ці висновки можуть стати підґрунтям для розробки практичних рішень, які можуть покращити психологічне благополуччя матерів і підвищити якість життя дітей.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-емпіричного дослідження «Взаємозв'язок особистісних якостей та емоційного вигорання у батьків дітей із цукровим діабетом» зроблено такі висновки:

1. На теоретичному рівні було встановлено, що емоційне вигорання батьків дітей із хронічними захворюваннями є складним інтегральним феноменом, що поєднує елементи психоемоційного виснаження, зниження особистісного ресурсу, зміну ставлення до дитини й себе як батька/матері. Основними чинниками, які провокують розвиток вигорання у батьків, виступають тривалий хронічний стрес, емоційне навантаження, нестача соціальної підтримки та підвищений рівень тривожності.

2. У результаті емпіричного дослідження виявлено, що найбільше матерів мають середній рівень вигорання, що проявляється у нестійкому емоційному фоні, втраті задоволення від батьківства, частій втомі, зниженні внутрішнього ресурсу.

У групі матерів, чії діти хворіють понад 10 років, вигорання виражене найбільше – підвищуються показники виснаження, тривожності, роздратованості, що вказує на хронічний перебіг вигорання.

У матерів дітей віком до 5 років спостерігається емоційне напруження, що можна пов'язати з переживанням діагнозу, адаптацією до нової ролі та відповідальності.

У більшості матерів спостерігається високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про схильність до постійного занепокоєння, емоційної напруги, низького відчуття безпеки.

Реактивна тривожність також має підвищені показники, що свідчить про емоційно напружену реакцію на ситуацію хвороби дитини.

Частина матерів має високі показники нейротизму, тобто емоційної нестабільності, вразливості, схильності до афективних реакцій.

У досліджуваних також проявляються підвищена тривожність, фрустрованість і ригідність, що ускладнює адаптацію до умов життя з дитиною, яка має хронічну хворобу.

У матерів з високим вигоранням виявлено підвищені показники за такими факторами: чутливість, тривожність, напруженість, емоційна нестабільність, ригідність, що свідчить про їхню знижену психологічну витривалість. Водночас спостерігалися низькі показники по шкалах відкритості, самоконтролю та впевненості, що свідчить про знижену здатність до мобілізації ресурсів у стресових ситуаціях.

3. Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв'язків між рівнем емоційного вигорання та такими особистісними рисами: високим рівнем особистісної тривожності та нейротизму; чутливістю, фрустрованістю, ригідністю, напруженістю.

Виділено чинники, що сприяють виникненню емоційного вигорання:

- Психоемоційні особливості матері (підвищений рівень тривожності (як реактивної, так і особистісної) призводить до постійного напруження, очікування загрози, емоційного виснаження; нейротизм: емоційна нестабільність, вразливість до стресу, схильність до депресивних переживань; низька самооцінка: сприяє розвитку редукції особистих досягнень, втрати впевненості у своїй компетентності як матері.

- Фактори, пов'язані з доглядом за дитиною (тривалий стаж захворювання дитини: хронічне напруження без періодів відновлення, кумулятивне психоемоційне виснаження; молодший вік дитини: потребує постійного фізичного догляду, контролю, що підвищує ризик перенапруження; часті критичні стани (гіпо-/гіперглікемія, госпіталізації) провокують сильні стресові реакції у матері.

Виявлено чинники, що попереджають або знижують ризик емоційного вигорання:

- Особистісні ресурси (висока впевненість у собі дозволяє жінці зберігати відчуття ефективності, долати труднощі без самоосуду; оптимізм і

позитивне мислення сприяють формуванню стійкості до стресу; емоційна зрілість – здатність регулювати емоції, розпізнавати потребу у відпочинку.

- Адаптація до хвороби з часом – зрілість дитини (зі зростанням дитини мати менше хвилюється, більше покладається на її самостійність); набутий досвід самоконтролю захворювання (дає відчуття контролю, знижує тривогу).

На основі проведеного теоретико-емпіричного аналізу перспективними напрямами подальших наукових досліджень у межах обраної проблематики є такі: поглиблене вивчення емоційного вигорання у батьків залежно від статі та ролі у догляді за дитиною (мати, батько, бабуся/дідусь, опікун) для з'ясування гендерних відмінностей у переживанні хронічного стресу та адаптаційних стратегій; порівняльне дослідження емоційного вигорання батьків дітей із різними типами хронічних або аутоімунних захворювань, що дозволить з'ясувати специфіку психоемоційного навантаження залежно від особливостей перебігу хвороби; лонгitudне спостереження за динамікою емоційного стану батьків упродовж різних етапів розвитку дитини та перебігу захворювання (від постановки діагнозу до підліткового віку), що дозволить виявити часові особливості прояву вигорання; розширення вибірки дослідження з урахуванням соціально-демографічних чинників (вік батьків, рівень освіти, кількість дітей у родині, місце проживання тощо) з метою виявлення соціокультурних особливостей впливу на емоційний стан батьків; розробка, впровадження та емпірична перевірка ефективності психокорекційних програм, спрямованих на зниження тривожності, розвиток стресостійкості, формування ресурсного ставлення до батьківства в умовах хронічного захворювання дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдюкова Н. В. Професійне вигоряння як психологічна проблема / Н. В. Абдюкова // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано–Франківськ, 2007. – Вип. 12, ч. 1. – С. 31–37.
2. Авраменко М. Л. Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери. Методичні рекомендації / за заг. ред. М.Л. Авраменка. — Л. : Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. – 2008. – 53 с.
3. Андрейко Б.В. Психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку. Психологія і особи стість. 2016. № 2 (10). С. 58–64.
4. Базалева, Л. В. (2019). Емоційне вигорання матерів дітей з обмеженими можливостями здоров'я: фактори ризику та профілактика. Психологія і сучасність, 1(18), 34–41.
5. Булатевич Н. М. Психічне вигорання у професійній діяльності вчителя: огляд зарубіжних досліджень / Н. М. Булатевич // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – К., 2003. – Вип.15–16. – С. 117–120.
6. Булатевич Н. М. Психічне вигоряння як вияв невідповідності між особистістю та стилем її життєдіяльності / Н. М. Булатевич // Науковий часопис. – К., 2007. – Вип. 19 (43). – С. 58–62.
7. Булатевич Н. М. Синдром емоційного вигорання вчителя: роль індивідуальних й організаційних чинників / Н. М. Булатевич // Вісник Київського університету ім. Т.Г.Шевченка. – Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка. – К., 2005. – Вип. 22–23. –С. 47–50.
8. Ващенко І. В. Про деякі показники емоційного вигорання працівників ОВС / І. В. Ващенко, С. Л. Андроник // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. –Х., 2007. – Вип. 23. – С. 44–52.
9. Висоцький А. А. Динаміка циклічних нуклеотидів (цАМФ та цГМФ) у хворих із синдромом психоемоційного вигорання при лікуванні артіхолом та галавітом / А. А. Висоцький, В. М. Фролов, М. О. Пересадин // Проблеми

екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – К.; Луганськ; Х., 2009. – Вип. 1–2 (88–89). – С. 313–322.

10. Галецька І. І. Особливості емоційного вигорання менеджерів з різним рівнем самоактуалізації / І. І. Галецька // Актуальні проблеми психології. – К., 2007. –Т.5. – Вип.6: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. – С. 89–95.

11. Говорун М. В. Проблема «професійного вигорання»: порівняльний аналіз різних професійних груп / М. В. Говорун //Збірник наукових праць. – Кам'янець–Подільський, 2008. –Вип. 10: Матеріали III–ї Міжнародної науково–практичної конференції «Сучасні тенденції розвитку корекційної освіти». –С. 52–55.

12. Гончарук Н. М. Соціально–психологічний тренінг як метод формування навичок саморегуляції у педагогів з синдромом психоемоційного вигорання / Н. М. Гончарук // Збірник наукових праць. – Кам'янець–Подільський, 2009. – Вип. 11. –С. 135–141.

13. Грабе, М. (2015). Емоційне вигорання: структура, причини, профілактика. Психологічна думка, 4(1), 23–29.

14. Грубі Т. В. Особливості вияву синдрому професійного вигорання у працівників державної податкової служби України /Т. В. Грубі // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. – 2009. – Т.1. – Ч.24. –С. 213–217.

15. Грубі Т. В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної податкової служби України / Т. В. Грубі //Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. – 2008. – Т.1. – Ч.20. – С. 42–45.

16. Емоційне вигорання / В. Дудяк (упоряд.). – К. : Главник, 2007. –128 с.

17. Зайчикова Т. В. Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами / Т. В. Зайчикова // Наук. зап. – К., 2005. – Вип. 26. – Т.2. – С. 107–114.

18. Зайчикова Т. В. Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та соціально–демографічними факторами вчителів / Т. В. Зайчикова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, 2006. – Т.1. – Ч.18. – С. 43–49.

19. Зайчикова Т. В. Особливості прояву емоційного інтелекту у студентів / Т. В. Зайчикова // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – № 26 (50). – Ч. I. – С. 240-244.

20. Зайчикова Т. В. Технології практичної психології щодо подолання професійного вигорання майбутніх фахівців системи „людина-людина” / Т. В. Зайчикова // Практична психологія в системі вищої освіти: теорія, результати досліджень, технології: монографія / за ред. Н. І. Пов'якель // Авт. кол. кафедри практичної психології та психотерапії: Н. І. Пов'якель, П. В. Лушин та ін. – К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. – С. 313–324.

21. Калашник І. В. Нівелювання тенденції до психологічної смерті як передумова профілактики психічного вигорання психолога–практика / І. В. Калашник // Науковий часопис. – К., 2007. – Вип. 19 (43). – С. 38–43.

22. Кандиба Т. О. Синдром вигорання / Т. О. Кандиба // Форум психіатрії та психотерапії. – Львів, 2003. – Т.4. – С. 59–60.

23. Карамушка Л.М., Гнускіна Г.В. Психологія професійного вигорання підприємців : монографія. Київ : Логос, 2018. 198 с.

24. Карамушка Л. М. , Бондарчук О. І. , Грубі Т. В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної фіскальної служби України : монографія / Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі. – К. - Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2015. – 254 с.

25. Клименко О. В. Можливості попередження виникнення синдрому психічного вигорання у психолога–практика / О. В. Клименко // Науковий часопис. – К., 2007. – Вип. 19 (43). – С. 43–45.

26. Ковальчук, В. (2020). Соціально-психологічні аспекти переживання хронічного стресу в батьків дітей з діабетом 1 типу. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 3(6), 112–117.

27. Комплекс методик для діагностики синдрому «професійного вигорання» у вчителів / [Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В., Ковальчук О. С., Федосова Г. Л., Філатова О. Ф., Філь О. А.]. – К. : Міленіум, 2004. – 24 с.

28. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. – К. : ГЛАВНИК, 2004. – 96 с.

29. Кукурудза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушенням розвитку : монографія. Харків : Точка, 2013. 244 с.

30. Куфлієвський А. С. Оцінка рівня емоційного «вигорання» у працівників пожежно–рятувальних підрозділів МНС України /А. С. Куфлієвський // Проблеми екстремальної та кризової психології. – Х., 2007. – Вип. 2. – С. 70–79.

31. Лащенко С. В. Про «вигорання» і джерело оптимізму /С. В. Лащенко // Кримська світлиця. – 2006. – №1. – С. 16–19.

32. Леженіна Л. М. Методи дослідження емоційного вигорання /Л. М. Леженіна // Наука і освіта. – 2008. – № 8–9. – С. 37–49.

33. Малишева К. О. Синдром «емоційного вигоряння» психолога–консультанта: психологічні чинники, профілактика та корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. : спец 19.00.04 «Медична психологія» / К. О. Малишева. – К., 2003. – 16 с.

34. Мартинюк О. Ю. Ціннісні орієнтації та проблема «професійного вигорання» практичного психолога / О. Ю. Мартинюк // Наук. зап. – К., 2005. – Т.3. – Вип.26. – С. 101–105.

35. Матвієнко О. М. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання /О. М. Матвієнко, М. П. Пересадін, Є. В. Андросов // Персонал. –2007. – № 1. – С. 13–16.

36. Методичні рекомендації «Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери» / за заг. ред. М. Л. Авраменка. – Л. : Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, 2008. – 53 с.

37. Мілютіна К.Л., Івашова О.О. Вплив батьківського ставлення до дітей із розладами аутистичного спектру на перспективу інклюзивного навчання. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2017. Вип. 5 (1). С. 98–102.

38. Морозова Т. Р. Експрес-діагностика перевтоми у працівників органів внутрішніх справ України / Т. Р. Морозов // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К., 2001. – Т.1. – Ч.2. – С. 137–141.

39. Островська К.О. Психологічні особливості ставлення матерів до їх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями. Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія № 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія» : збірник наукових праць. 2015. Вип. 29. С. 213–219.

40. Островський М. М. Синдром професійного «вигорання» в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики /М. М. Островський, М. В. Франко // Практична медицина. –2008. – Т.14. – №4. – С. 13–19.

41. Павленко В. В. Психологічний зміст синдрому «професійного вигорання» у вчителя / В. В. Павленко // Актуальні проблеми психології. – К., 2002. – Т.1. – Ч.7. – С. 243–250.

42. Профілактика синдрому емоційного вигорання педагогів / укл. А. Г. Дербеньова, А. В. Кунцевська. – Х.: Основа, 2009. – 223 с.

43. Руденко В. М. Математичні методи в психології : підручник В. М. Руденко, Н. М. Руденко. – К. : Академ-видав, 2009. – 384 с.

44. Самикіна Н. А. Синдром вигорання у працівників пенітенціарної системи / Н. А. Самикіна, В. К. Сулицький // Соціальна психологія. – 2004. – №4(6). – С. 43–48.
45. Святка О. О. Глибинно–психологічна сутність професійного вигорання в контексті психологічного опору / О. О. Святка // Науковий часопис. – К., 2007. – Вип. 19 (43). – С. 126–131.
46. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: навч. посіб[для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін–тів післядиплом. освіти] / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. – К. : Міленіум, 2004. – 264 с.
47. Соколова Г.Б. Особливості емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із синдромом Дауна. Наука і освіта. 2018. № 5–6. С. 118–122.
48. Соціально–психологічні чинники розуміння та інтерпретації особистого досвіду: монографія / [Чепелева Н. В., Титаренко Т. М., Смульсон М. Л., Андрієвська В. В., Зарецька О. О., Васильченко А. А.] / АПН України; Інститут психології ім. Г. С. Костюка / за ред. Н. В. Чепелевої. – К. : Педагогічна думка, 2008. – 255 с.
49. Татенко В. О. Проблема актуалізації суб'єктних можливостей людини: психореабілітаційний аспект / В. О.Татенко // Актуальні проблеми психології: Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 1999. – Вип. 19. – С. 231–239.
50. Технології роботи організаційних психологів : [навч. посібник для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін–тів післядиплом. освіти] / за наук. ред. Л. М. Карамушки. – К. : ІНКОС, 2005. – 366 с.
51. Тимофєєва Т. О. Залежність синдрому емоційного вигорання від особистісних особливостей у медичних працівників /Т. О. Тимофєєва // Актуальні проблеми психології. – К., 2007. – Т.5. – Вип.7: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. – С. 293–299.

52. Титаренко Т. М. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин: наук.–метод. посіб. / Т. М. Титаренко, О. Я. Кляпець. – К. : Міленіум, 2007. – 142 с.

53. Титаренко Т.М., Кляпець О.Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин : науково-методичний посібник. Київ : Міленіум, 2007. 142 с.

54. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування /Т. М. Титаренко. – К. : ГЛАВНИК, 2004. – 96 с.

55. Ткачова, В. В. (2019). Психологічні особливості вигорання батьків дітей з обмеженими можливостями. Психологія і педагогіка, 2(25), 54–60.

56. Царькова О.В. Особливості допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами. Проблеми сучасної психології. 2014. Вип. 23. С. 687–697.

57. Шевчук В. Наукові засади дослідження емоційного вигорання батьківдітей із комплексними порушеннями розвитку / Електронний ресурс. Режим доступу: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/17024/1/%D0%A8%D0%B5%D0%B2%D1%87%D1%83%D0%BA%20%D0%92.%20%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B1.%20%D1%81%D1%83%D1%87%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB.pdf>

58. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції /В. Ю. Шелков // Український медичний часопис. – 2009. – №2(70). – III–IV. – С. 57–59.

59. Шульженко Д.І. Особливості психологічної роботи з емоційними станами батьків дітей з психофізичними порушеннями раннього віку. Психологічний часопис. 2017. № 5 (9). С. 173–180.

60. Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 32(1), 19–31.

61. Bourgault D. Burnout or Dying of Exhaustion like a Chamelon on a Kilt / D. Bourgault, M. Meloche // *The Social Worker*. – 1982. –V.50. – №3. – P. 32–34.
62. Burisch M. Das Burnout-Syndrome – Theorie der inneren Erschoepfung / M. Burisch. – Berlin: Springer, 1989. – 325 p.
63. Eiser, C., Eiser, J. R., Mayhew, A. G., & Gibson, A. T. (2007). Parenting stress and psychological adjustment in mothers and fathers of children with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 24(6), 522–528.
64. Frances S. Burnout: The elaboration of a concept / S. Frances // *American Journal of Nursing*. – 1979. – December. – № 79. –P. 2108–2111.
65. Freudenberger H. J. Staff burn-out / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues*. – 1974. – № 30. – P. 159–166.
66. Glenn A. Roberts. Prevention of burn-out / Glenn A. Roberts // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 1997. – vol.3. – P. 282–289.
67. Grabbe, M. (2015). Burnout and fatigue among parents of chronically ill children: A review. *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1138–1147.
68. Greenberg J. Behaviour in organizations understanding and managing the human side of work / J. Greenberg, A. Baron. Robert. –USA : Prentice–Hall, Inc., 1997. – P. 230–243.
69. Grubi T. V. Factors of Professional Burnout of Ukrainian State Tax Service Employees / T. V. Grubi // XI European Congress of Psychology (July 7–10, 2009, Oslo, Norway) (Abstract 519–1, CD–ROM) – 1 електрон. опт. диск (CD–ROM) ; 12 см. – Системні вимоги: Pentium ; 32 Mb RAM ; Windows 95, 98, 2000, XP ; MS Word 97–2000. – XI European Congress of Psychology.
70. Grubi T. Factors Contributing to Burnout of Ukrainian State Tax Service Employees / T. Grubi // SEERCP 2009: Southeastern Europe Looking Ahead – Paradigms, Schools, Needs, and Achievements of Psychology in the Region. South-East European Regional Conference of Psychology (Sofia, 30 October – 1 November 2009): Abstracts of Conference (CD-ROM).

71. Grubi T. Correlations between job stressors, job resources and wellbeing in Ukrainian state tax service employees / T. Grubi // Psychological aspects of innovative changes in organization and organizational development (Ukrainian-Polish Workshop (20-24 October 2010 Kyiv, Ukraine): Programme. Book of abstracts; Eds.: Liudmyla Karamuchka, Barbara Kozusznik. – Kyiv : Interlink, 2010. –P. 24–25.

72. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the emperical evidence / S. Kahill // Canadian Journal of counselling review. – 1988. – Vol.22(3). – P. 310–342.

73. Kondo K. Burnout syndrome II / K. Kondo // Asian Medical Journal. – 1991. – №34(11). – P. 26–29.

74. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. In The Burnout syndrome / C.Maslach / ed. by J. W. Jones. – L. : London House, 1982. – 139 p.

75. Maslach C. Job burnout – how people cope / C. Maslach // Public Wealf. – 1978. – Spring. – P. 56–63.

76. Maslach C. Prevention of burnout: New perspectives / C. Maslach, J. Goldberg // Applied and Preventive Psychology. – 1998. – V.7. –P. 63–74.

77. Maslach C. The Maslach Burn–Out Inventory Manual / C. Maslach, S. E. Jackson. – 2nd ed. – CA : Consulting Psychologist Press. –1986. – 285 p.

78. Maslach C. Job burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli // Rev. Psychol. – 2001. – V. 52. – №.11. – P. 51–54.

79. Miller D. Stress and Burnout in HIV/AIDS Carers / D. Miller // AIDS. – 1996. – Vol.10 (supl.). – P. 213–219.

80. Neils H. 13 Signs of Burnout and How to Help You Avoid It. / H. Neils /
Электронний ресурс. Режим доступу:
<http://www.assessment.com/mappmembers/avoidingburnout.asp>

81. Ross C. Stress and burnout /C. Ross / Электронний ресурс. Режим доступу: http://stress.about.com/od/burnout/a/stressn_burnout.htm

82. Schaufeli W. B. The burnout companion to study & practice; a critical analysis /W. B. Schaufeli, D. Enzmann. – L. : Taylor and Francis, 1998. – P. 77–85.

83. Schaufeli W. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study / W. B. Schaufeli, A. B. Bakker // Journal of Organizational Behavior. – 2004. – № 25. – P. 293–315.

Додаток А

Індекс	Вік мам	Вік дитин	діабету	іне висна	ерсоналі	собистих	ивожність	ивожність	отизм (Ай)	жність (Ай)	жність (Ай)	рація (Ай)	тійя - щ - кон	крет	зрілість	тність - п	ція - дес	ила супер	ність - нер	ність - неч	ність - до	чність - по	лівість	ність - ві	лізм - ко	жність - з	їнка - н	ність - ро	
Вік мам	1.0																												
Вік дитин	-0.12	1.0																											
Стаж діаб	0.05	0.58	1.0																										
Емоційне	0.11	-0.02	0.64	1.0																									
Деперсон	-0.12	0.19	0.15	-0.0	1.0																								
Редукція	0.1	0.16	0.15	0.19	0.15	1.0																							
Реактивні	0.17	-0.62	0.18	0.57	-0.05	-0.15	1.0																						
Особистіс	0.09	-0.43	0.35	0.58	0.02	0.08	0.75	1.0																					
Нейротиз	0.26	-0.52	0.22	0.6	-0.12	-0.11	0.71	0.77	1.0																				
Тривожні	-0.01	-0.33	0.34	0.5	-0.03	0.07	0.61	0.66	0.57	1.0																			
Ригідність	0.08	0.44	0.65	0.36	0.03	-0.03	0.07	0.1	0.18	0.27	1.0																		
Фрустрац	0.06	-0.64	-0.45	-0.03	-0.17	0.05	0.29	0.36	0.32	0.2	-0.31	1.0																	
А. Циклот	0.11	-0.05	-0.04	-0.07	-0.19	0.1	0.05	-0.0	-0.11	-0.09	-0.08	0.06	1.0																
В. Абстра	0.06	0.24	0.12	-0.09	0.15	-0.1	-0.21	-0.08	0.01	-0.07	0.09	-0.29	-0.19	1.0															
С. Емоцій	-0.1	0.03	0.05	0.2	-0.17	0.01	0.03	0.1	0.03	0.12	0.09	-0.13	-0.09	-0.01	1.0														
Е. Доміна	0.03	0.1	-0.08	-0.24	-0.09	0.06	-0.16	-0.21	-0.36	-0.22	0.01	0.12	0.48	-0.3	-0.26	1.0													
Ф. Сургені	0.03	-0.04	0.02	0.05	0.03	-0.01	0.03	0.07	0.04	0.16	0.18	-0.02	0.03	-0.05	0.2	0.22	1.0												
Г. Сила су	-0.03	0.02	0.01	0.15	-0.01	0.18	0.05	-0.04	0.08	0.01	0.17	0.09	-0.01	-0.3	0.01	0.09	0.22	1.0											
Н. Рішучіс	-0.12	-0.21	-0.12	0.09	-0.14	0.05	0.08	0.18	0.12	0.22	-0.05	0.06	-0.04	-0.11	0.36	-0.13	0.38	-0.02	1.0										
І. Чутливі	-0.06	-0.13	-0.08	0.04	-0.12	-0.03	0.02	0.01	0.11	0.08	0.07	0.27	-0.08	0.03	-0.02	0.13	-0.1	-0.03	-0.15	1.0									
Л. Підозрі	-0.01	-0.09	-0.14	-0.05	0.09	-0.33	0.09	-0.11	0.05	-0.09	-0.04	0.13	-0.34	-0.04	0.01	-0.08	-0.35	0.04	-0.25	0.22	1.0								
М. Непрай	0.1	0.05	0.02	-0.07	-0.1	-0.04	0.05	-0.07	-0.17	-0.16	0.03	-0.15	0.25	0.03	0.07	-0.02	-0.05	0.14	-0.13	-0.15	-0.07	1.0							
Н. Запопа	-0.08	-0.13	0.04	0.28	0.07	0.27	0.14	0.15	0.24	0.2	-0.09	0.09	-0.05	-0.2	0.22	-0.16	0.09	0.3	0.27	0.06	-0.23	-0.09	1.0						
О. Невапе	0.06	0.09	-0.14	-0.24	0.14	-0.03	-0.21	-0.17	-0.23	-0.15	-0.15	-0.0	-0.06	-0.19	-0.15	0.33	0.24	0.06	-0.05	-0.08	0.1	-0.07	0.03	1.0					
Q1. Радик	0.13	-0.15	-0.24	-0.18	0.22	-0.04	-0.01	0.01	-0.09	-0.11	-0.16	0.02	0.07	-0.06	-0.28	-0.0	0.03	0.04	-0.09	0.1	-0.05	0.21	-0.1	0.02	1.0				
Q2. Незап	0.13	0.01	0.03	-0.03	0.07	-0.02	0.08	-0.07	-0.06	0.04	0.2	-0.07	0.26	0.15	0.1	0.23	0.08	0.12	-0.05	-0.33	-0.09	0.17	-0.05	-0.05	-0.06	1.0			
Q3. Висок	-0.27	0.15	-0.05	-0.07	0.11	-0.05	-0.17	-0.19	-0.16	-0.21	-0.06	-0.13	-0.22	-0.06	-0.01	-0.22	-0.31	-0.15	-0.01	-0.07	0.02	-0.19	0.0	-0.09	0.09	0.05	1.0		
Q4. Напру	0.14	0.05	0.04	0.17	0.12	0.16	-0.04	-0.12	0.08	0.17	0.15	0.09	-0.09	0.0	0.01	0.05	0.01	0.02	-0.0	0.16	0.11	-0.23	-0.02	0.18	-0.19	0.03	-0.02	1.0	