

Міністерство освіти і науки України

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи і психології

Кафедра Школа соціальної роботи ім. В. І. Полтавця

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«ВИГОРАННЯ У НЕФОРМАЛЬНИХ ДОГЛЯДАЛЬНИКІВ, ЯКІ
ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ЛЮДЬМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання
Спеціальності

231 Соціальна робота

Сениш Катерина Юріївна

Керівник: Савчук О. М.,

кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент: Дума Л. П.,

старший викладач

Кваліфікаційна робота захищена

З оцінкою «_____»

«_____» _____ 2026 р.

Київ 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У НЕФОРМАЛЬНИХ ДОГЛЯДАЛЬНИКІВ ЛЮДЕЙ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ	7
1.1 Поняття «вигорання» та його складові.....	7
1.2 Специфіка догляду за людьми з деменцією та їхні потреби	8
1.3 Причини вигорання в доглядальників	10
1.4 Нормативне врегулювання статусу неформальних доглядальників в Україні	13
1.5 Напрями роботи з психоемоційним станом доглядальників	16
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	19
2.1 Час і місце проведення дослідження	19
2.2 Етапи проведення дослідження	19
2.3 Процедура проведення дослідження	20
2.4 Методи й інструменти дослідження	21
2.5 Характеристика вибірки	23
2.6 Труднощі/обмеження/етичні засади проведення дослідження	25
2.7 Концептуалізація/операціоналізація понять	26
РОЗДІЛ 3. ВИГОРАННЯ У НЕФОРМАЛЬНИХ ДОГЛЯДАЛЬНИКІВ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ЛЮДЬМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ	28
3.1 Рівень вигорання у доглядальників та фактори, які на нього впливають.....	28
3.2 Причини вигорання, що впливають на доглядальників людей з деменцією під час догляду	33
3.3 Потреби доглядальників у контексті профілактики вигорання	38
ВИСНОВКИ	42
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	45
ДОДАТКИ	50
Додаток А. Гайд напівструктурованого інтерв'ю	50
Додаток Б. Опитувальник	54

Додаток В. Використання ІШ при підготовці кваліфікаційної роботи	57
--	----

ВСТУП

Упродовж останніх десятиліть деменція дедалі частіше привертає увагу наукової спільноти та суспільства. За даними досліджень, кількість людей з деменцією у світі зросте з 57,4 мільйона у 2019 році до 152,8 мільйона у 2050 році, що зумовлено старінням та зростанням населення (Catalá-López & GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators, 2022). Така стрімка динаміка зростання синдрому вказує на те, що суспільство вже найближчим часом зіткнеться зі значним навантаженням на системи охорони здоров'я та соціального захисту.

Окрім цього, деменція створює значне навантаження на родини людей з деменцією. Високий рівень залежності людей із деменцією від сторонньої допомоги потребує тривалого та інтенсивного догляду, що часто лягає на плечі близьких. Зі зростанням поширеності синдрому це призводить до додаткового тиску на емоційний стан і якість життя доглядальників (Ramakrishnan & Malhotra, 2025).

Вивченням питань, пов'язаних із вигоранням неформальних доглядальників людей із деменцією, займаються такі науковці, як Gérain (2019), Awwaliyah (2024), Chan (2021), Brites (2025), Truzzi (2012), які досліджували виміри, чинники та наслідки вигорання у цій групі. Серед вітчизняних науковців, що вивчають цю тему, можна назвати Орлову, Животовську, Борисенко (2022), Івасюк (2024).

Попри актуальність цієї теми, дослідження у зазначеній сфері залишаються вкрай обмеженими, що зумовлено труднощами у доступі до самої досліджуваної групи. Неформальні доглядальники є важкодоступними учасниками для наукових досліджень, оскільки вони, як правило, перебувають у стані постійної зайнятості та виснаження (Okamura та ін., 2023). Попередні дослідження намагалися вирішити цю проблему, залучаючи учасників через місця їхнього можливого перебування — лікарні, асоціації доглядальників чи служби патронажного догляду. Однак такий підхід залишає поза увагою тих, хто не має можливості відвідувати подібні установи, а також тих, хто не є членом родини людини з деменцією. Таким чином, існуюча наукова база відображає

лише частину реальної картини, що підкреслює необхідність поглибленого вивчення феномену вигорання саме у цій важкодоступній групі.

Об'єкт дослідження: вигорання у неформальних доглядальників, які здійснюють догляд за людьми з деменцією.

Предмет дослідження: причини та рівень вигорання у неформальних доглядальників людей з деменцією та їхні потреби щодо його профілактики.

Мета дослідження: виявити причини та рівень вигорання у неформальних доглядальників, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, а також визначити потреби доглядальників у контексті його профілактики.

Завдання дослідження :

1. Теоретично проаналізувати синдром вигорання у неформальних доглядальників через особливості догляду за людьми з деменцією.
2. Визначити рівень вигорання у неформальних доглядальників, які здійснюють догляд за людьми з деменцією.
3. Виявити причини вигорання у неформальних доглядальників людей з деменцією.
4. Визначити потреби доглядальників у контексті профілактики вигорання.
5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики синдрому вигорання у неформальних доглядальників людей з деменцією.

Структура роботи

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та двох додатків. У першому розділі розглядаються теоретичні засади синдрому вигорання у неформальних доглядальників людей із деменцією. Другий розділ присвячений методології дослідження. Третій розділ містить результати емпіричного дослідження, аналіз причин вигорання, потреб доглядальників та практичні рекомендації щодо профілактики синдрому вигорання. Зміст роботи

викладений на 50 сторінках. При написанні роботи було опрацьовано 43 джерела, з яких 36 англомовних.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У НЕФОРМАЛЬНИХ ДОГЛЯДАЛЬНИКІВ ЛЮДЕЙ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ

1.1 Поняття «вигорання» та його складові

Термін вигорання (burnout) уперше був використаний у художньому контексті Гремом Гріном у романі «A Burnt-Out Case», де він описує історію архітектора, який втратив відчуття сенсу у власній професійній діяльності та задоволення від життя загалом (Edú-Valsania, Laguía, & Moriano, 2022). Надалі термін перейшов у психологічну та наукову площину, де вигорання починають описувати з переліком сталих симптомів та станів, що відрізняється від звичного функціонування особистості.

Вигорання описане в Міжнародній класифікації захворювань 11 перегляду Всесвітньою організацією охорони здоров'я як синдром (World Health Organization, 2022). Він характеризується трьома вимірами: 1) відчуттям енергетичного виснаження або втоми; 2) підвищеною ментальною дистанцією від роботи або почуттям негативізму чи цинізму, пов'язаними з роботою; та 3) відчуттям неефективності та відсутності досягнень. Проте у цій класифікації вигорання фігурує лише як результат хронічного стресу на робочому місці, стосується саме явищ у професійному контексті та не рекомендується до застосовування опису досвіду в інших сферах життя.

У наукових джерелах симптоми вигорання загалом узгоджуються навколо трьох базових компонентів. До спільних проявів належать емоційне виснаження (втрата енергії, хронічна втома, спустошення), цинізм або деперсоналізація (негативні установки, дратівливість, відсторонення), а також зниження відчуття особистої ефективності чи досягнень (зменшення продуктивності, переживання неспроможності впоратися з вимогами) (Alwhaibi та ін., 2022; Grebski та Mazur, 2022; Івасюк, 2024). Саме ці симптоми формують ядро синдрому в різних підходах.

Водночас окремі дослідження деталізують і розширюють перелік цих проявів. Зокрема, описані переживання психотравмуючих обставин, тривожність і депресивні

стани, неадекватні емоційні реакції, емоційно-моральна дезорієнтація, звуження емоційної залученості та зменшення професійних обов'язків (Kalynychenko та ін., 2022).

Gerain і Zech (2019) спираючись на класичну трьохвимірну модель, розглядають вигорання у контексті непрофесійного догляду як тривимірний синдром, що виникає у відповідь на стрес, який може створювати ситуація догляду. Емоційне виснаження у цьому випадку проявляється як відчуття перевантаженості, неможливості продовжувати догляд та емоційної спустошеності у взаємодії як із самою ситуацією догляду, так і з особою, про яку піклуються. Деперсоналізація описує відсторонену, емоційно дистанційовану реакцію у стосунках із людиною, за якою здійснюється догляд. У стані вигорання особистісна реалізація зазвичай знижується, що призводить до втрати почуття значущості власних зусиль і зменшення суб'єктивного відчуття успішності догляду.

Отже, термін «вигорання» еволюціонував від опису стану до науково обґрунтованого синдрому, що офіційно визнаний міжнародними медичними стандартами. Його основу складають три взаємопов'язані компоненти: глибоке емоційне виснаження, відсторонення та відчуття власної неефективності. Сучасні дослідження доводять, що ці прояви є релевантними не лише для професійної сфери, а й для обставин неформального догляду.

1.2 Специфіка догляду за людьми з деменцією та їхні потреби

Потреби людей з деменцією є різноманітними та залежать від низки факторів. До них належать місця проживання, вік, стать, тип перебігу і ступінь розвитку деменції, рівня соціальних контактів, матеріального забезпечення та використання послуг догляду.

Дослідження Cignow та ін. (2021) підтверджує, що люди з деменцією та їхні опікуни загалом пріоритезують однакові потреби, зокрема харчування, ведення домашнього господарства, підтримку пам'яті та фінансові питання. Проте опікуни схильні оцінювати рівень потреб людини, за якою вони доглядають, як вищий, ніж це

роблять самі особи з деменцією. Це може бути пов'язано з неможливістю осіб із важкою формою деменції самотійно пройти оцінювання. Окрім того, люди з деменцією рідко формулюють свої бажання чи конкретні вимоги щодо способів задоволення потреб, що ускладнює процес задоволення індивідуальних потреб (Van Der Roest та ін., 2007).

Найчастіше у дослідженнях потреб людей з деменцією згадувалася необхідність в управлінні поведінковими проявами деменції, а саме підтримки у випадках збудження, агресії чи інших поведінкових змін. Другою за поширеністю є потреба в індивідуалізованому щоденному догляді, що враховує рівень функціональних можливостей людини, зокрема спеціалізованій дієті (Fostinelli та ін., 2020). Також важливими особи з деменцією визначають соціальні та емоційні потреби, зокрема збереження почуття гідності та особистісної цілісності. Втрата попередніх соціальних ролей часто викликає у людей із деменцією почуття смутку та зниження відчуття власної цінності, оскільки багато хто з них раніше мав значущу професійну чи суспільну роль (Shiells та ін., 2020). Якісні дослідження особливо наголошують на важливості підтримки особистості та емоційного благополуччя, тоді як кількісні більше зосереджені на поведінкових і функціональних аспектах (Cadieux та ін., 2013).

Частина потреб людей з деменцією пов'язана зі здатністю впоратися з хворобою, отримати інформацію про її перебіг і можливі форми професійної допомоги. Згідно з даними досліджень, люди з деменцією та їхні неформальні доглядальники найчастіше потребують інформації про особливості захворювання, способи організації догляду, доступні медичні та соціальні послуги, а також ресурси для підтримки власного благополуччя. Водночас вони здебільшого активно шукають таку інформацію самотійно, часто звертаючись до електронних джерел, а характер і обсяг інформаційних потреб можуть змінюватися залежно від стадії захворювання та ролі людини у процесі догляду (Soong та ін., 2020).

За даними Leverton і Pui Kin Kor (2023), більшість людей з деменцією віддають перевагу проживанню у власному домі навіть за умов прогресування симптомів. Дім асоціюється з відчуттям безпеки та комфорту. Водночас проживання вдома пов'язане з

підвищеними ризиками для фізичного здоров'я (падіння, самонедогляд, неправильний прийом ліків) і загрозою для психологічного благополуччя (соціальна ізоляція, самотність) (Arsenault-Lapierre та ін., 2023). Переміщення до стаціонарного закладу часто сприймається як втрата незалежності для людини з деменцією та як морально складне рішення для родичів. Доповнюючи це, Telenius та ін. (2022) зазначають, що фізична активність відіграє важливу роль на різних стадіях деменції. Вона сприяє формуванню відчуття компетентності, приносить позитивні емоції та задоволення. Для багатьох людей з деменцією значущим є перебування на природі та активність на свіжому повітрі.

Отже, догляд за людьми з деменцією потребує комплексного підходу, що враховує фізичні, соціально-емоційні та інформаційні потреби людини. Важливими є індивідуалізація догляду, підтримка гідності, збереження соціальних зв'язків і забезпечення доступу до необхідної інформації та послуг. Сукупність цих причин, разом із високою відповідальністю та тривалим характером догляду, ілюструє підвищену схильність неформальних доглядальників до емоційного виснаження та вигорання.

1.3 Причини вигорання в доглядальників

На емоційний стан і рівень вигорання неформальних доглядальників людей з деменцією впливає сукупність індивідуальних, соціальних і медичних чинників.

Одною із ключових причин є освітній рівень та психічна історія самого доглядальника. Особи з нижчим рівнем освіти та з наявними психічними розладами частіше стикаються з підвищеним рівнем депресії та емоційного виснаження (Ahlruwaili, Chapra & Kofi, 2022).

Важливим факторами ризику розвитку вигорання у доглядальника є характер взаємин між доглядальником і пацієнтом та медична історія психіатричних захворювань особи з деменцією. Емоційне навантаження доглядальника часто зумовлюється поведінковими симптомами пацієнта: дослідження показують, що підвищена кількість

нейропсихіатричних симптомів у людини з деменцією спричиняє зростання відчуття «тягаря догляду» (анг. «burden»), який призводить до вигорання. Таким чином, поведінкові розлади пацієнта формують ланцюг «симптоми - навантаження - вигорання». Водночас гармонійне функціонування сім'ї виявляється захисним чинником для психологічного стану доглядальника, оскільки наявність підтримки з боку членів родини пом'якшує емоційний стрес (Brites та ін., 2025).

Значний вплив мають і фізичні та організаційні аспекти догляду. Залежність людини з деменцією у виконанні базових щоденних активностей (анг. ADL – activities-of-daily-living), спільне проживання з особою, а також надмірна кількість годин догляду на тиждень, понад 21 годину — тісно пов'язані з підвищеним рівнем емоційного виснаження у доглядальника (Chan та ін., 2021). Подібні результати спостерігаються в різних регіонах: наприклад, у Новій Зеландії вирішальними чинниками є залежність пацієнта від допомоги і співмешкання з доглядальником, тоді як у Гонконзі більший вплив має ситуація, коли основним доглядальником виступає дитина пацієнта (Chan та ін., 2021). Як зазначає Bennett (2018), частка доглядальників старшого віку відчувають провину перед людиною з деменцією через власні обмеження у фізичних можливостях. Оскільки люди пенсійного віку часто самі мають хронічні захворювання, неможливість повноцінно виконувати маніпуляції з догляду сприймається ними не як фізичне обмеження, а як брак зусиль (Lilly та ін., 2012).

На рівень вигорання також впливають індивідуальні характеристики доглядальників. Стать є одним із найпомітніших чинників: жінки, за статистикою, емоційно виснажуються частіше, ніж чоловіки (Truzzi та ін., 2012; Stanfors & Jacobs, 2023; Marchand та ін., 2018). Особливо вразливими є літні доглядальники та подружжя пацієнтів, адже вони демонструють вищі показники самотності, дистресу та вигорання (Ali та ін., 2024). Такі фактори, як фінансовий стан, рівень освіти, спільне проживання з пацієнтом, тривалість догляду та обсяг виконуваної допомоги, мають прямий зв'язок із рівнем емоційного виснаження (Awwaliyah та ін., 2024). Економічна сторона догляду також є суттєвою: висока «ціна догляду» і відсутність належної матеріальної підтримки

створюють додаткове навантаження, яке підсилює емоційний дистрес доглядальників (Ali та ін., 2024). Крім того, депресивні симптоми у доглядальника та делюзії у пацієнта виявляються значущими предикторами емоційного виснаження (Truzzi та ін., 2012). Сукупність цих чинників свідчить про те, що вигорання не є наслідком лише психологічної перевтоми, а формується в результаті взаємодії соціально-економічних, поведінкових і медичних умов.

Соціокультурні чинники суттєво впливають на характер вигорання у непрофесійних доглядальників осіб з деменцією, впливаючи на інтенсивність стресу та на готовність особи шукати зовнішню допомогу. Культурні норми, суспільні цінності та гендерні стереотипи визначають, чи сприймається догляд як виснажливий тягар чи як джерело особистісного зростання.

Вигорання та способи його подолання значно залежать від соціокультурного середовища, в якому перебуває доглядальник. У багатьох суспільствах ця тема досі залишається стигматизованою, через що люди уникають звернень по допомогу навіть тоді, коли емоційне виснаження стає очевидним (Awwaliyah та ін., 2024). Подібне замовчування проблеми поглиблює психологічні труднощі доглядальників, а також обмежує їх в отриманні соціальної та фахової підтримки. Замовчування проблеми ізолює доглядальників і зміцнює переконання, що вони мають справлятися з усім самотужки.

Розуміння міжкультурних відмінностей потребує врахування того, як суспільні цінності формують ставлення до допомоги та переживання стресу. Дослідження за участю 57 австралійських доглядальників показало, що індивідуалістична культура країни спонукає людей звертатися по спеціалізовані послуги, що відповідають їхнім особистим потребам. Водночас брак таких сервісів для доглядальників осіб з деменцією виявився пов'язаним з вищим рівнем вигорання серед австралійців (Chan та ін., 2021).

Поширеною проблемою у багатьох родинах є нерівномірний розподіл доглядових обов'язків. Як правило, вся відповідальність лягає на одну людину, найчастіше жінку, без можливості розділити відповідальність з іншими членами сім'ї (Truzzi та ін., 2012). Це посилює виснаження, почуття провини та самотності. Дослідження підтверджують,

що жінки-доглядальниці частіше відчують підвищене навантаження та емоційне виснаження. Гендерна нерівність проявляється і у сфері зайнятості: саме жінки частіше стають доглядальниками і скорочують робочий час заради цієї ролі. Ті, хто продовжує працювати, зазвичай мають менший обсяг доглядових обов'язків або додаткову підтримку (Gérain & Zech, 2019). Для тих, хто її позбавлений, накопичений стрес від поєднання ролей часто змушує залишати роботу, щоб розв'язати конфлікт між професійними та доглядовими обов'язками (Vinarski-Peretz та ін., 2024).

За даними Maximiano-Barreto та ін. (2022), одним із ключових соціокультурних чинників, що впливають на рівень вигорання, є фамілізм (анг. Familism). Це поняття охоплює орієнтацію членів родини на спільні цілі, взаємну підтримку та збереження сім'ї, зокрема усвідомлення відповідальності за піклування про її членів. Дослідження показало, що нижчий рівень фамілізму, зокрема відсутність відчуття морального обов'язку доглядати за старшим родичем, пов'язаний із вищим рівнем навантаження у непрофесійних доглядальників (Maximiano-Barreto та ін., 2022). Коли догляд сприймається як природна частина сімейної взаємодії, він рідше переживається як виснажливий тягар. Так, сприйняття турботи як взаємного та міжпоколінного процесу асоціюється з нижчим рівнем суб'єктивного відчуття навантаження і вигорання серед неформальних доглядальників.

Отже, вигорання непрофесійних доглядальників осіб з деменцією є результатом не лише особистісних особливостей, а й ширшого соціокультурного середовища: культурних норм, гендерних ролей, сімейних цінностей та доступності підтримки. Це свідчить про необхідність розробки комплексних стратегій допомоги, які враховували б культурний контекст, сприяли дестигматизації та розширювали доступ доглядальників до необхідних ресурсів підтримки.

1.4 Нормативне врегулювання статусу неформальних доглядальників в Україні

В українській практиці догляд за особами, які потребують сторонньої допомоги (включно з людьми з деменцією), умовно можна поділити на два види: фактичний (неформальний) та юридично врегульований догляд.

Догляд фактичний — це форма допомоги, за якої держава не бере участі у регулюванні відносин між доглядальником і особою, що потребує допомоги, та не надає фінансової підтримки. У цьому випадку догляд здійснюється на добровільних засадах, найчастіше членами сім'ї або близькими родичами, без офіційного оформлення статусу та без отримання компенсаційних виплат. Натомість юридичний догляд передбачає включення такої діяльності до сфери соціальних послуг. У цьому випадку догляд регулюється державними стандартами, визначаються права та обов'язки сторін, а держава може надавати відповідну фінансову допомогу або компенсацію доглядальникам.

Головним нормативно-правовим актом, що регулює надання догляду, є Закон України «Про соціальні послуги» (2019). Зокрема, закон окреслює державні стандарти для надання соціальних послуг та механізм надання допомоги від доглядальника до людини з деменцією. У згаданому документі, доглядальником є: "фізична особа, яка надає соціальні послуги з догляду без провадження підприємницької діяльності на непрофесійній основі, без проходження навчання та дотримання державних стандартів соціальних послуг". Законодавство також визначає осіб, яким може надаватися соціальна послуга догляду. До них належать індивіди з числа членів сім'ї доглядальника, які спільно з ним проживають, пов'язані спільним побутом або потребою догляду. Крім того, право на отримання соціальної послуги з догляду мають особи з інвалідністю І групи, діти з інвалідністю, громадяни похилого віку з когнітивними порушеннями, невиліковно хворі, які потребують постійного догляду, а також діти без встановленої інвалідності, які страждають на тяжкі захворювання з визначеного переліку (Верховна Рада України, 2019).

Окрім закону «Про соціальні послуги» (2019) статус неформальних доглядальників в Україні регулюється іншими нормативно-правовими актами. Зокрема,

Постанова № 64 від 14 січня 2026 року «Деякі питання організації надання соціальних послуг» деталізує порядок організації та надання соціальних послуг на рівні територіальної громади. Вона прийнята з метою реалізації положень Закону «Про соціальні послуги» та конкретизує механізми виявлення осіб і сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах або мають ризик їх виникнення. Відповідно до пункту 10 цієї Постанови, суб'єкт виявлення зобов'язаний повідомити уповноважений орган громади про осіб, на яких впливають чинники ризику, зокрема похилий вік, втрату пам'яті, психічні та поведінкові розлади, невиліковні хвороби та інші обставини, визначені законодавством (Кабінет Міністрів України, 2026). Такі положення створюють правові підстави для своєчасного реагування громади на потребу в догляді, у тому числі у випадках деменції.

Державна підтримка осіб із деменцією та людей, які здійснюють за ними догляд, регулюється Законами України «Про психіатричну допомогу» (2020) та «Про соціальні послуги» (2019), а також постановами Кабінету Міністрів України — №1192 від 02.08.2020, №859 від 23.09.2020 і №1040 від 06.10.2021.

Відповідно до Постанови №1192, щомісячна грошова допомога призначається особі, яка спільно проживає з людиною з інвалідністю I або II групи внаслідок психічного розладу та здійснює за нею догляд, якщо така особа за висновком лікарської комісії потребує постійної сторонньої допомоги (Кабінет Міністрів України, 2000).

Постанова №859 передбачає щомісячну компенсацію фізичним особам, які на непрофесійній основі, без здійснення підприємницької діяльності, надають соціальні послуги з догляду членам своєї сім'ї. Йдеться про осіб, які проживають разом, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки. Компенсація може призначатися у разі догляду за особами з інвалідністю I групи, дітьми з інвалідністю, людьми похилого віку з когнітивними порушеннями, а також невиліковно хворими, які через стан здоров'я не здатні самостійно пересуватися (Кабінет Міністрів України, 2020).

Варто зазначити, що при наданні фактичного догляду не всі доглядальники людей з деменцією звертаються до держави за фінансовою допомогою та не оформлюють

офіційний статус доглядальника. Тому згадані правові акти є актуальними лише для доглядальників та людей з деменцією, що офіційно перебувають у системі соціального захисту, подали відповідні заяви, отримали медичні висновки та пройшли процедуру призначення допомоги.

Отже, чинна нормативно-правова база України створює умови для офіційного визнання статусу неформальних доглядальників та надання їм фінансової підтримки. У той же час, державне регулювання охоплює лише тих осіб, які пройшли процедуру реєстрації та підтвердили право на допомогу, тоді як значна частина сімей продовжує здійснювати догляд на суто добровільних засадах без залучення зовнішніх ресурсів.

1.5 Напрями роботи з психоемоційним станом доглядальників

Сучасні дослідження підкреслюють, що для зменшення емоційного виснаження та підвищення якості життя неформальних доглядальників людей із деменцією необхідне комплексне поєднання психоосвітніх, медико-соціальних і психотерапевтичних стратегій. Найефективнішими серед різних видів втручань визнано психоосвітні програми, оскільки вони підвищують рівень знань про особливості деменції та догляд, а також сприяють зниженню депресії, навантаження та покращенню загального самопочуття. Такі програми формують у доглядальників здатність краще розуміти власні емоційні реакції, усвідомлювати потребу у відпочинку й самопомозі та розвивати навички ефективного подолання стресу (Ahlruwaili, Chapra & Kofi, 2022).

Важливу роль у зниженні вигорання відіграє доступ до суміжних медичних послуг, таких як фізіотерапія, ерготерапія чи логопедія. Результати дослідження, проведеного в Гонконзі, показали, що наявність таких послуг зменшує ризик емоційного виснаження у доглядальників, особливо коли вони доглядають за людьми похилого віку або людьми з високим рівнем залежності у виконанні повсякденних дій. Таким чином, медико-соціальна підтримка, яка включає допомогу суміжних фахівців, виступає захисним

чинником, знижуючи тиск на доглядальника та сприяючи підтриманню його психічного балансу (Chan та ін., 2021).

Серед психологічних ресурсів, що допомагають долати емоційне перевантаження, особливу увагу дослідники приділяють вдячності. Awwaliyah та ін. (2024) стверджують, що доглядальники, які отримують більше вдячності з боку отримувача допомоги або оточення, демонструють нижчий рівень суб'єктивного навантаження і вищу стійкість до стресу. Вдячність сприяє формуванню відчуття сенсу життя, підтримує мотивацію до догляду та зменшує ризик вигорання, що особливо важливо у тривалих і виснажливих формах доглядової діяльності.

Крім того, профілактика вигорання передбачає багатoproфільну оцінку стану як пацієнта, так і доглядальника. Зокрема, наявність у доглядальника симптомів депресії або тривожності, а у пацієнта — делюзій і поведінкових розладів, повинна враховуватись під час розробки індивідуального плану допомоги. Такий підхід дає змогу вчасно ідентифікувати фактори ризику і забезпечити психологічну підтримку або консультування (Truzzi та ін., 2012). Окрім того, високий рівень психологічного стресу тісно пов'язаний із підвищеною частотою депресивних і тривожних симптомів серед доглядальників, тому для цієї категорії осіб рекомендовано використовувати консультативну та психоосвітню допомогу, спрямовану на покращення усвідомлення власного стану й підвищення якості життя (Орлова та ін., 2022; Queluz та ін., 2020).

Одним із найперспективніших напрямів психологічної підтримки є застосування майндфулнес- і співчуттєво орієнтованих арттерапевтичних програм, які поєднують саморефлексію, усвідомленість і творче вираження емоцій. Ефективність подібних підходів підтверджено в дослідженні програми Mindful-Compassion Art-Based Therapy (МСАТ), розробленої для медичних працівників. Результати показали, що участь у таких групах сприяє зменшенню емоційного виснаження, розвитку резилієнтності, підвищенню рівня співчуття та відчуття підтримки з боку спільноти. Терапія на основі усвідомленості й творчого самовираження допомагає учасникам усвідомити власні

емоції, навчитися приймати труднощі догляду та відновити відчуття сенсу в роботі (Нота ін., 2021).

Отже, для забезпечення психоемоційного благополуччя неформальних доглядальників людей з деменцією необхідно поєднувати психоосвітні програми, мультидисциплінарну підтримку, розвиток емоційних ресурсів (зокрема вдячності) та впровадження майндфулнес- і арттерапевтичних підходів. Таке поєднання дозволяє зменшити рівень вигорання і тривоги, сприяє підвищенню емоційної стійкості, відновленню емпатії та загального відчуття благополуччя у процесі догляду.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Час і місце проведення дослідження

Дослідження проводилося із жовтня 2025 року по квітень 2026 року на базі Благодійного фонду «Незабутні».

Фонд було засновано у 2021 році з метою надання допомоги людям з деменцією та їх близьким. На сьогодні організація є найбільшою в Україні, що займається адвокацією прав людей з деменцією та підвищенням обізнаності про синдром. Діяльність організації спрямована на створення комплексної системи підтримки для сімей, які зіткнулися з когнітивними порушеннями у близьких. Основними напрямками роботи фонду є психологічна допомога (групи підтримки, індивідуальні консультації), юридичний супровід та освітня діяльність. Зокрема, на базі платформи функціонує «Школа турботи» — серія навчальних тренінгів для доглядальників, що допомагають опанувати навички комунікації та догляду за людьми з деменцією. Крім того, БФ «Незабутні» забезпечує роботу всеукраїнської гарячої лінії з питань деменції та розвиває проєкт «Кафе Незабутні», що сприяє соціалізації людей із цим синдромом у дружньому середовищі.

2.2 Етапи проведення дослідження

Дослідження вигорання у непрофесійних доглядальників людей з деменцією відбувалося в три етапи: підготовчий, основний і заключний.

Під час першого етапу (жовтень 2025 року – лютий 2026 року) було визначено тему, мету та основні завдання дослідження. На цьому етапі також здійснено аналіз наукової літератури з питань емоційного вигорання, психологічного навантаження доглядальників та особливостей неформального догляду за людьми з деменцією. Окрім

цього, було обрано методи дослідження, розроблено інструментарій для збору емпіричних даних, зокрема анкету для непрофесійних доглядальників. Також підготовчий етап передбачав комунікацію з працівниками Благодійного фонду «Незабутні» та організацію пошуку потенційних респондентів серед осіб, які здійснюють догляд за людьми з деменцією.

Другий етап дослідження тривав з лютого по березень 2026 року та передбачав безпосередній збір емпіричних даних. У цей період було проведено опитування та інтерв'ю з непрофесійними доглядальниками людей з деменцією, які отримують підтримку або взаємодіють із програмами Благодійного фонду «Незабутні». Збір інформації здійснювався шляхом онлайн-опитування та проведення напівструктурованих онлайн-інтерв'ю.

Третій етап дослідження (березень – квітень 2026 року) був спрямований на обробку та аналіз отриманих результатів. У цей час здійснювалося узагальнення зібраних даних, інтерпретація результатів та формулювання основних висновків дослідження. Завершальний етап також передбачав розроблення практичних рекомендацій щодо профілактики та зниження рівня емоційного вигорання серед непрофесійних доглядальників людей з деменцією, які можуть бути використані у діяльності фахівців соціальної сфери та організацій, що працюють із сім'ями, які доглядають за людьми з когнітивними порушеннями.

2.3 Процедура проведення дослідження

По-перше, було опрацьовано наукову літературу з теми дослідження та визначено об'єкт, предмет, мету й завдання роботи. По-друге, завдяки попередньому етапу було обрано змішаний дизайн дослідження, що передбачав використання як якісного, так і кількісного інструментарію. Відповідно до цього було сформовано вибірку респондентів та розроблено інструменти для збору даних.

Якісну інформацію від неформальних доглядальників було зібрано за допомогою напівструктурованих інтерв'ю, що проводилися онлайн з використанням програмного

забезпечення Zoom. Кількісну інформацію було отримано шляхом проведення онлайн-опитування через Google Forms на основі опитувальника Maslach Burnout Inventory (MBI).

Пошук респондентів для напівструктурованих інтерв'ю здійснювався методом цільового відбору: до участі у дослідженні цілеспрямовано запрошувалися неформальні доглядальники, які є бенефіціарами благодійного фонду «Незабуті» та отримують там відповідні послуги з підтримки.

Інтерв'ю проводилися у форматі відеодзвінків за допомогою додатку Zoom. До початку кожного інтерв'ю респондентів було поінформовано про тему й мету дослідження, метод і формат опитування, його орієнтовну тривалість, а також про право не відповідати на окремі запитання або достроково завершити участь в опитуванні за власним бажанням. Учасників також було повідомлено про дотримання принципу конфіденційності. Аудіозаписи інтерв'ю здійснювалися виключно за попередньою усною згодою респондентів, отриманою до початку розмови. Інтерв'ю тривали від 24 до 46 хвилин, середня тривалість інтерв'ю складала 33 хвилини.

Для опитування на основі опитувальника Maslach Burnout Inventory (MBI) застосовувався змішаний метод відбору учасників. Опитувальник було поширено серед спільноти доглядальників фонду «Незабуті» (цільовий відбір), однак участь у ньому була добровільною, що передбачало елемент самовідбору. Питання для опитувальники було розроблено на основі детального опрацювання стандартизованої інструкції з проведення методики Maslach Burnout Inventory з метою дотримання вимог щодо її застосування та забезпечення точності й валідності отриманих результатів.

2.4 Методи й інструменти дослідження

Дослідження є описовим та проводилось із використанням змішаного дизайну, що поєднував якісний та кількісний підходи до збору емпіричних даних. Це дозволило отримати як статистично узагальнену картину емоційного стану неформальних

доглядальників, так і глибше зрозуміти їхній індивідуальний досвід, потреби та стратегії подолання труднощів.

Для збору кількісних даних було модифіковано опитувальник на основі стандартизованого опитувальника Maslach Burnout Inventory (MBI). Відповідно до класичної структури методики, анкета складається з трьох субшкал: «Емоційного виснаження», «Деперсоналізації» та «Особистих досягнень» (загалом 22 запитання згідно з оригінальною інструкцією Maslach). На початку опитувальника було розміщено демографічний блок запитань для збору базової інформації про респондентів з метою подальшого аналізу та статистичного опрацювання даних. Відповідно до вимог інструкції Maslach, у тексті опитувальника свідомо не використовувався термін «вигорання». Метою цієї вимоги є зменшення впливу особистих упереджень респондентів на результати дослідження. Натомість в описі опитувальника застосовувалася нейтральна термінологія, що стосується загального емоційного стану доглядальників людей із деменцією.

Для збору якісних даних було розроблено гайд напівструктурованого інтерв'ю. На відміну від анкети, гайд не включав розгорнутих запитань на соціально-демографічну характеристику респондентів, а був зосереджений на отриманні змістовної якісної інформації щодо досвіду догляду, проявів вигорання та потенційних стратегій його подолання. Гайд напівструктурованого інтерв'ю складається з чотирьох тематичних блоків. Перший блок «Потреби та специфіка догляду» (4 запитання) — спрямований на з'ясування характеру та навантаження з доглядової діяльності респондентів. Другий блок «Розуміння та сприйняття соціальної ізоляції» (3 запитання) досліджує суб'єктивний досвід ізоляції та її вплив на повсякденне життя доглядальників. Третій блок «Прояви та наслідки вигорання» (4 запитання) орієнтований на виявлення конкретних ознак емоційного та фізичного виснаження у досвіді учасників. Четвертий блок «Стратегії подолання та ресурси підтримки» (3 запитання) присвячено дослідженню наявних копінг-стратегій та доступних для доглядальників форм підтримки. Інструменти дослідження надані у додатках.

2.5 Характеристика вибірки

Респонденти для напівструктурованих інтерв'ю та для опитника залучалися через спільноту доглядальників Благодійного Фонду «Незабуті». Обов'язковою умовою відбору була наявність активного досвіду здійснення догляду на момент проведення дослідження, що дозволило зібрати актуальні свідчення та зафіксувати живий емоційний досвід учасників.

В процесі дослідження у форматі напівструктурованих інтерв'ю було опитано 10 респондентів, усі з яких були жінками. Стаж непрофесійного догляду варіювався від 1 до 5 років. У більшості випадків об'єктом догляду були матері (9 із 10), в одному випадку — батько. Шестеро учасниць здійснюють догляд самотійно, тоді як четверо розподіляли обов'язки з іншим членом родини — чоловіком, донькою, сестрою або батьком. Дані щодо характеристик респондентів представлені у Таблиці 2.5.

Таблиця 2.5. Характеристики респондентів напівструктурованих інтерв'ю

№	Стать	Кого доглядають	Стаж догляду	Характер догляду
Респондент 1	Жінка	Мати	1 рік	Разом з батьком
Респондент 2	Жінка	Мати	4 роки	Самотійно
Респондент 3	Жінка	Батько	3 роки	Самотійно
Респондент 4	Жінка	Мати	2 роки	Разом зі сестрою
Респондент 5	Жінка	Мати	5 років	Разом з донькою
Респондент 6	Жінка	Мати	3 роки	Самотійно
Респондент 7	Жінка	Мати	3 роки	Разом з чоловіком

Респондент 8	Жінка	Мати	2 роки	Самостійно
Респондент 9	Жінка	Мати	4 роки	Самостійно
Респондент 10	Жінка	Мати	2 роки	Самостійно

В опитуванні взяли участь 110 респондентів. Вік учасників варіювався від 21 до 94 років, а середній вік становив 54 роки. За статтю вибірка є нерівномірною: переважну більшість склали жінки — 102 особи (92,7%), чоловіки представлені значно меншою мірою — 8 осіб (7,3%).

Найбільшу частку серед учасників опитування становлять ті, хто доглядає одного з батьків — 79 осіб; менший відсоток здійснює догляд за дружиною або чоловіком — 16 осіб; за іншими родичами — 15 осіб. Щодо тривалості догляду, більшість респондентів здійснюють його вже кілька років (84,6%), менша частка — близько року (9,1%) або кілька місяців (4,5%).

Таблиця 2.5.1 Характеристики респондентів опитування

Характеристика	Категорія	Кількість, N	Відсоток, %
Стать	Жінки	102	92,7%
	Чоловіки	8	7,3%
Ким є людина, за якою здійснюється догляд	Один із батьків	79	71,8%
	Дружина/чоловік	16	14,5%
	Інший родич	15	13,7%
Тривалість догляду	Кілька років	93	84,6%
	Близько року	10	9,1%
	Кілька місяців	5	4,5%

Спільне проживання	Так	99	90%
	Ні	11	10%
Кількість годин догляду на тиждень	До 10 годин	5	4,5%
	10-40 годин	22	21,8%
	40-100 годин	24	21,8%
	Більше 100 годин (майже цілодобово)	59	53,6%

2.6 Труднощі/обмеження/етичні засади проведення дослідження

Дослідження проводилося з дотриманням принципів дослідницької етики. Перед початком участі респонденти були ознайомлені з метою, процедурою та особливостями використання результатів дослідження і надали інформовану згоду. Участь у дослідженні була добровільною. Проведення дослідження здійснювалося за принципом конфіденційності, усі персональні дані респондентів були анонімними та представлені в узагальненому вигляді. Учасники були поінформовані про можливість аудіо- та відео-запису інтерв'ю, доступ до записів яких буде мати виключно дослідниця. Респондентам також повідомлялося, що вони можуть відмовитися відповідати на будь-які запитання або припинити участь у дослідженні на будь-якому етапі без жодних наслідків.

Додатковою етичною особливістю було врахування ризику впливу уявлень респондентів про вигорання на їхні відповіді. З метою мінімізації такого ефекту опитувальник MBI подавався як інструмент для оцінки ставлення до повсякденного досвіду догляду, без прямого акценту на вимірюванні вигорання доглядальників. Це

дозволило зменшити ймовірність викривлення відповідей через попередні очікування чи особисті переконання респондентів (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997).

Окремим обмеженням є використання онлайн-формату для заповнення анкети. У таких умовах неможливо повністю контролювати ситуацію проходження опитування, зокрема вплив інших людей на відповіді респондентів. Існує ймовірність, що під час заповнення анкети учасники могли обговорювати запитання або свої відповіді з членами родини чи знайомими, що могло вплинути на результати дослідження. Крім того, частина потенційних респондентів могла не завершити або не надіслати заповнені анкети, що також впливає на якість збору даних.

Додатково варто зазначити, що до дослідження могли бути залучені лише ті неформальні доглядальники, які мають доступ до інтернету та володіють базовими цифровими навичками для надання інформації необхідної для дослідження. Це звужує представленість окремих груп і також є фактором, що обмежує інтерпретацію результатів.

2.7 Концептуалізація/операціоналізація понять

Неформальний доглядальник — це особа, яка на безоплатній та регулярній основі надає допомогу людині з хронічним захворюванням або інвалідністю у виконанні повсякденних завдань з самообслуговування та побутової діяльності, не маючи при цьому спеціальної фахової підготовки та діючи поза межами формальних інституційних структур (del-Pino-Casado та ін., 2021).

Людина з деменцією — це особа, у якої діагностовано хронічне прогресуюче порушення когнітивних функцій за умови збереження притомності. У межах цього дослідження цей термін охоплює всі форми деменції, описані в літературі, зокрема хворобу Альцгеймера,

судинну деменцію, деменцію з тільцями Леві, хворобу Паркінсона та лобно-скроневу деменцію (Wilbur, 2023).

Вигорання неформального доглядальника — це тривимірний синдром, що виникає у відповідь на хронічний стрес, зумовлений контекстом неформального догляду. Він проявляється у відчутті емоційного спустошення, відстороненості від людини, що потребує догляду та зниженні суб'єктивної оцінки власної ефективності (Gérain & Zech, 2019).

Емоційне виснаження — це стан психологічного та емоційного виснаження, що виникає внаслідок надмірного навантаження у процесі догляду та проявляється через зміни у ставленні до оточуючих, дратівливість, втому і глибокі емоційні переживання, характер яких варіюється залежно від конкретної ситуації (Chiliguano та ін., 2023). У межах цього дослідження емоційне виснаження розглядається як короткотривалий стан, що передуює розвитку емоційного вигорання і є одним із його ранніх індикаторів.

Тягар догляду — це стрес, що виникає внаслідок здійснення доглядової діяльності та проявляється у відчутті емоційної або фізичної напруги у доглядальника. Це багатовимірне поняття, що охоплює фізичні, психічні, соціальні та фінансові ресурси, які доглядальник витрачає для виконання своїх доглядових обов'язків (Cham та ін., 2022).

РОЗДІЛ 3. ВИГОРАННЯ У НЕФОРМАЛЬНИХ ДОГЛЯДАЛЬНИКІВ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ЛЮДЬМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ

3.1 Рівень вигорання у доглядальників та фактори, які на нього впливають

Для з'ясування рівня вигорання було опитано 110 неформальних доглядальників людей з деменцією. З метою вимірювання рівня вигорання використовувався опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI), який охоплює три шкали: емоційне виснаження, деперсоналізацію та особисті досягнення. Відповідно до інструкції інструменту, високі показники за шкалами емоційного виснаження та деперсоналізації у поєднанні з низькими показниками за шкалою особистих досягнень є індикатором вигорання. Результати по кожній шкалі наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1. Розподіл рівнів вигорання за шкалами MBI, N=110

Шкала	Низький рівень показників	Середній рівень показників	Високий рівень показників
Емоційне виснаження	16 (14,5%)	22 (20%)	72 (65,5%)
Деперсоналізація	13 (11,8%)	20 (18,2%)	77 (70%)
Особисті досягнення	29 (26,4%)	25 (22,7%)	56 (50,9%)

Аналіз результатів за шкалою емоційного виснаження (див. табл. 3.1) показав, що більшість респондентів — 72 особи мають високий рівень, 22 особи — середній, і лише 16 осіб низький рівень. Це свідчить про те, що переважна більшість доглядальників

відчуває виражене емоційне виснаження внаслідок здійснення догляду за людиною з деменцією.

При аналізі характеристик неформальних доглядальників із високими показниками вигорання за кожною шкалою відображено лише ті підгрупи респондентів, які мають найбільшу частку серед осіб із високим рівнем вигорання. Такий підхід дозволяє виокремити найбільш типові характеристики доглядальників із вираженим вигоранням, тоді як повний соціально-демографічний розподіл усієї вибірки представлено в розділі 2.

Серед факторів, які можуть мати вплив на високий рівень показників вигорання за шкалами аналізувались соціально-демографічні характеристики респондентів (стать, вік), характер стосунків, тривалість догляду (кількість років та годин догляду на тиждень), умови проживання та наявність підтримки.

Так, аналіз характеристик неформальних доглядальників із високим рівнем емоційного виснаження (див. табл. 3.1.1) показав, що серед них переважають жінки — 69 осіб з 72, тоді як чоловіків було лише 3 особи. Найбільш чисельною віковою групою стали респонденти віком 50–59 років — 31 особа, далі — особи віком 40–49 років склали 19 осіб з 72, а також 60–69 років — 14 осіб з 72. У більшості випадків догляд здійснювався за матір'ю або батьком 51 особа, рідше за чоловіком або дружиною — 11 осіб. Значна частина респондентів здійснювала догляд протягом кількох років, а саме 62 особи, що свідчить про тривалий характер навантаження. Також встановлено, що понад половина доглядальників — 37 осіб витрачали на догляд понад 100 годин на тиждень. Водночас 38 осіб зазначили відсутність будь-якої підтримки під час здійснення догляду. Переважна більшість респондентів, а саме 65 осіб, проживали спільно з людиною, яка має деменцію.

Таблиця 3.1.1 Характеристики неформальних доглядальників із високим рівнем емоційного виснаження, N=72

Категорія	Фактор	Кількість
Стать	Жінка	69
	Чоловік	3
Вікова група	50-59 років	31
	40-49 років	19
	60-69	14
Ким є людина, за якою здійснюється догляд	Мати/батько	51
	Жінка/чоловік	11
Тривалість догляду	Кілька років	62
Кількість годин догляду на тиждень	Більше 100 год/тиждень	37
Підтримка	Підтримка відсутня	38
Проживання	Спільно з людиною з деменцією	65

Аналіз даних за шкалою деперсоналізації (див. табл. 3.1) показав, що найвищу частку також становлять особи з високим рівнем — 77 осіб, середній рівень зафіксовано у 20 осіб, низький у 13 осіб. Отримані дані вказують на те, що більшість доглядальників схильні до емоційного відсторонення, що є характерною ознакою вигорання.

Аналіз характеристик неформальних доглядальників із високим рівнем деперсоналізації (див. табл. 3.1.2) показав, що серед них більшість становлять жінки — 74 особи, чоловіків було тільки 3 особи. Найбільшу частку становили респонденти віком 50–59 років — 27 осіб, осіб віком 40–49 років було 18 та 60–69 років склали 14 осіб. У більшості випадків догляд здійснювався за матір'ю або батьком — 52 особи, тоді як догляд за чоловіком або дружиною здійснювали 12 осіб. Більшість респондентів (65 осіб)

здійснювали догляд протягом кількох років, що вказує на тривалий характер психологічного навантаження. Майже половина доглядальників, а саме 37 осіб витрачали на догляд більше 100 годин на тиждень. Так само як і в шкалі емоційного виснаження 38 осіб повідомили про відсутність підтримки під час здійснення догляду. Більшість респондентів, 65 осіб проживали спільно з людиною, яка має деменцію.

Таблиця 3.1.2 Характеристики неформальних доглядальників із високим рівнем деперсоналізації, N=77

Категорія	Фактор	Кількість
Стать	Жінка	74
	Чоловік	3
Вікова група	50-59 років	27
	40-49 років	18
	60-69	14
Ким є людина, за якою здійснюється догляд	Мати/батько	52
	Жінка/чоловік	12
Тривалість догляду	Кілька років	65
Кількість годин догляду на тиждень	Більше 100 год/тиждень	37
Підтримка	Підтримка відсутня	38
Проживання	Спільно з людиною з деменцією	65

Після аналізу результатів шкали особистих досягнень (див. табл. 3.1) виявлено, що низький рівень, який у контексті МВІ розглядається як індикатор вигорання, виявлено у 29 осіб (26,4%). Середній рівень особистих досягнень мають 25 осіб (22,7%), високий — 56 осіб (50,9%). Таким чином, майже чверть опитаних відчуває знижене відчуття власної компетентності та ефективності у ролі доглядальника.

Серед доглядальників із високим рівнем вигорання за шкалою особистих досягнень переважну більшість становлять жінки (55 з 56) (див. табл. 3.1.3). Це може пояснюватися тим, що саме жінки найчастіше беруть на себе основний обсяг доглядових обов'язків та виконують їх на постійній основі. Найбільш представлена вікова група — 50–59 років (25 з 56), тобто люди середнього та передпенсійного віку, які часто поєднують догляд із власними сімейними, професійними та побутовими обов'язками. Також значну частку складають особи 40–49 років, що свідчить про високе навантаження на людей працездатного віку. У більшості випадків догляд здійснюється за матір'ю або батьком (41 особа), а також у межах подружжя (8 осіб). Майже половина респондентів витрачає понад 100 годин на тиждень на виконання доглядових обов'язків, а також значна частина респондентів (27 осіб) зазначили відсутність будь-якої підтримки, що може посилювати відчуття ізоляції, перевантаження та недостатньої ефективності у своїй ролі. Встановлено, що переважна більшість доглядальників, а саме 51 людина, проживає разом із особою з деменцією. Спільне проживання підвищує рівень постійної відповідальності, оскільки догляд стає безперервним процесом без чіткого розмежування особистого часу та обов'язків.

Таблиця 3.1.3 Характеристики неформальних доглядальників із високим рівнем вигорання за шкалою особистих досягнень, N=56

Категорія	Фактор	Кількість
Стать	Жінка	55
	Чоловік	1
Вікова група	50-59 років	25
	40-49 років	13
	60-69	11
Ким є людина, за якою здійснюється догляд	Мати/батько	41
	Жінка/чоловік	8
Тривалість догляду	Кілька років	48

Кількість годин догляду на тиждень	Більше 100 год/тиждень	24
Підтримка	Підтримка відсутня	27
Проживання	Спільно з людиною з деменцією	51

Отже, дослідження рівня вигорання неформальних доглядальників осіб з деменцією за допомогою опитувальника MBI виявило високі показники за всіма трьома шкалами. Переважна більшість респондентів демонструє високі рівні емоційного виснаження та деперсоналізації. Такі показники в більшості властиві жінкам, віку 50-69 років, які здійснюють догляд за матір'ю чи батьком понад 100 годин на тиждень, протягом кількох років, спільно проживають з ними та не отримують підтримки ззовні. Значна частина опитаних також відчуває знижене відчуття власної ефективності у ролі доглядальника, що свідчить про вигорання як поширене явище серед досліджуваної групи.

3.2 Причини вигорання, що впливають на доглядальників людей з деменцією під час догляду

Догляд за людиною з деменцією є тривалим і виснажливим процесом, що супроводжується низкою специфічних чинників вигорання. У рамках емпіричної частини дослідження респонденти-догодальники виокремили кілька ключових причин, які найбільше впливають на їхній емоційний та фізичний стан.

Одною із найвагоміших причин вигорання, яку згадали троє з десяти (3 з 10) респондентів інтерв'ю, є погіршення стосунків із людиною з деменцією та зміна ролей

у цих стосунках. Оскільки всі учасники дослідження здійснюють догляд за одним із батьків, цей фактор має особливо глибокий емоційний вимір — доглядальники переживають болісне відчуття поступової втрати близької людини ще за її життя:

«В мене декілька років була така впевненість, що я живу не своє життя. Тобто та людина, яку я знала як мою маму — це вже не моя мама... Я дивлюсь по її відношенню до мене, моє до неї не змінилося. І десь мій мозок не міг це прийняти» (Респондент 2).

«В мене до сих пір (після 2-х років догляду) іде прийняття маминої хвороби. Я не можу з цим змиритися і коли ти кожен день бачиш, що ти втрачаєш свою рідну, найріднішу людину... Це засмучує дуже. Коли ти говориш зі своєю мамою, а це вже не зовсім вона твоя мама, це вже зовсім інша людина» (Респондент 4).

Іншим поширеним джерелом вигорання є агресія з боку людини з деменцією, спрямована безпосередньо на доглядальника. Респонденти зазначали, що нерідко самі стають «тригером» для роздратування у людини, за якою доглядають:

«Я виступаю джерелом агресії для неї (мама з деменцією)» (Респондент 1).

Інша учасниця описала ситуацію, коли мама з деменцією сприймала її одночасно як кількох різних людей і роздратовувалася, коли доглядальниця намагалася пояснити, що вона одна особа (Респондент 6). Окремо респонденти наголошували на відсутності вдячності з боку людини з деменцією як на причині погіршення емоційного стану (Респондент 7).

Серйозним чинником вигорання є також відсутність простору, де доглядальники можуть поділитися власним досвідом. Дев'ять із десяти (9 з 10) респондентів зазначили, що не діляться з оточенням своїми переживаннями, навіть коли хтось цікавиться станом їхніх рідних. Лише одна учасниця має змогу відкрито говорити на цю тему з колегою в аналогічній ситуації:

«Вона мене питає, як я що роблю, як правильно доглядати, я їй даю поради і розказую про свій досвід» (Респондент 5).

Натомість інші описували ізоляцію та відчуття нерозуміння з боку оточення:

«Толку говорити, якщо вони не зрозуміють, вони не в тій ситуації, жалітись я теж сенсу не бачу» (Респондент 2).

«Так щоб говорити і обговорювати цю тему з колегами — то ні, не те, щоб вони хотіли чути. Тільки раз був такий випадок, що я попросила свою колегу, яка хоч трохи мені співчувала, щоб вона закрила мене в кабінеті під час обідньої перерви і я поспала трохи. Я собі постелила на столах, щоб заснути» (Респондент 3).

«На початку свого шляху доглядальника, як ми дізналися про діагноз мами, я не те, щоб зустрічатися з кимось, я навіть говорити по телефону не хотіла ні з ким. Звісно, відкрито мені ніхто нічого не казав, але я, будучи на вулиці з мамою, відчувала спиною як люди, сусіди перешіптувалися» (Респондент 4).

Додатковим джерелом напруги є відмова людини з деменцією виконувати повсякденні завдання — митися, їсти, спати. Зокрема, одна з респонденток описала ситуацію, коли її мама погоджувалася приймати їжу лише в обмін на медичні препарати, відчуючи себе в безпеці виключно в процесі будь-якого лікування.

Ще одним чинником, що посилює вигорання доглядальників, є складність залучення людини з деменцією до побутових обов'язків. Респонденти зазначали, що рівень залученості безпосередньо залежить від стадії та перебігу хвороби: на ранніх етапах людина ще може виконувати прості побутові завдання, однак із прогресуванням деменції з'являється фізична малорухливість, апатія або небажання брати участь у будь-якій діяльності.

Частина доглядальників наголошувала, що залучення до нескладних справ допомагає підтримувати активність людини з деменцією та частково полегшує процес догляду:

«Так, це якраз і спасає. Я її прошу почистити картоплю, їй подобається все життя прасувати, то там якусь постіль — я даю їй прасувати. З віником також ходить, хоч і не дуже якісно. Потроху, але щось робить» (Респондент 5).

Водночас інші учасники інтерв'ю описували труднощі із мотивацією людини до будь-якої діяльності:

«Дуже рідко, помити посуд, але тільки ультиматумом» (Респондент 1).

«Прогулянка кожен день, якщо там не ожеледь чи дощ. Це обов'язково. А хатні справи ні — це вже не цікаво їй» (Респондент 8).

Окремі респонденти пов'язували неможливість залучення до активностей із фізичним погіршенням стану людини з деменцією:

«Зараз уже ні. Вона не те що розумово не може, а фізично малорухлива. Більше зараз лежить, а раніше так — допомагала мені щось порізати, почистити» (Респондент 6).

Інша причина пов'язана з фізичною нездатністю людини з деменцією до самообслуговування внаслідок супутніх захворювань, зокрема інсульту (Респондент 3). Через необхідність постійної уваги до рідних вночі якості сну доглядальників також суттєво погіршується:

«Треба весь час прислухатися, якщо раптом мама вночі буде гукати, щоб ми допомогли їй з чимось, тому сон у нас (зі сестрою) поверхневий» (Респондент 4).

Нарешті, значним фактором вигорання є скорочення або повна відсутність особистого часу. П'ятеро доглядальників описували постійне відчуття тривоги за рідними навіть під час робочого часу:

«З роботи біжиш як «не знати що», бо ти подзвонила додому, а він (батько з деменцією) не підняв трубку і ти не знаєш що там» (Респондент 3).

«Раніше можна було після роботи зайти до подружок на чай, а тепер лечу додому, бо чекає (мама з деменцією)» (Респондент 7).

«Пів години — і це може бути так, що вона (мама з деменцією) починає переживати і думає, що її кинули» (Респондент 6).

Серед 72 опитаних, які за результатами опитувальника Maslach Burnout Inventory у блоці «емоційне виснаження» продемонстрували високий рівень вигорання, було виокремлено додаткові причини погіршення емоційного стану, пов'язані з умовами здійснення догляду.

Одною з обставин вигорання є висока інтенсивність доглядового навантаження. Значна частина цієї групи респондентів (57 із 72 осіб) зазначили, що здійснюють догляд від 40 до 100 годин на тиждень, що вказує на значний обсяг часу та ресурсів доглядальника.

Наступним фактором є спільне проживання з людиною, за якою здійснюється догляд. Більшість опитаних (67 із 72 осіб) проживають разом із людиною, за якою здійснюють догляд, що визначає постійну включеність у процес піклування.

Окремою причиною вигорання є відсутність підтримки з боку соціального оточення та інституцій. Відповідно до відповідей на відкрите запитання, 37 із 110 опитаних респондентів зазначили, що не отримують жодної підтримки — ні фінансової,

ні емоційної, ні інформаційної — ані від держави, громади чи родичів. Лише 6 осіб згадали про наявність емоційної підтримки з боку близьких або колег.

Отже, вигорання доглядальників людей з деменцією формується під впливом сукупності емоційних, соціальних та фізичних чинників. Серед цих причин особливе місце займають зміна стосунків із людиною з деменцією, прояви агресії в сторону доглядальника та відсутність вдячності. Важливими також є соціальна ізоляція, брак можливості поділитися досвідом, відсутність підтримки, а також постійна включеність у догляд через спільне проживання. Окрім того, емоційне виснаження збільшується через поведінкові та фізичні особливості людини з деменцією, порушення сну та обмеження особистого часу доглядальників.

3.3 Потреби доглядальників у контексті профілактики вигорання

Потреби доглядальників є невід'ємною складовою процесу догляду. Без їхнього задоволення якісний догляд за людиною з деменцією стає практично неможливим. Саме тому незадоволені потреби доглядальника варто розглядати як потенційні предиктори емоційного вигорання. Їхнє своєчасне врахування є важливим як для збереження ресурсу самого доглядальника, так і для забезпечення стабільності догляду загалом. У ході напівструктурованих інтерв'ю всі десять респондентів на запитання «Як ви справляєтесь із відчуттям перевтоми або самотності? Що вам допомагає відновити сили?» згадали про потребу приділити час собі, хоча конкретні способи відновлення ресурсів суттєво різнилися залежно від індивідуальних вподобань та життєвих обставин кожного.

Для частини доглядальників важливим джерелом підтримки стало волонтерство у сферах, дотичних до їхнього досвіду догляду, так і в інших напрямках. Участь у

громадській діяльності давала відчуття значущості та спільності, що компенсувало ізоляцію повсякденного догляду:

«Заходи від фонду (Благодійний фонд «Незабутні») і волонтерство дуже допомагають. Я спілкуючись з людьми відчуваю, що дійсно, не тільки мені, а й іншим людям це допомагає. Коли я обмінююся з людьми досвідом, мене це дійсно надихає, я знаю, що моє життя не просто так проходить, а я маю змогу допомогти іншим» (Респондент 10).

Інша учасниця описала, як волонтерська діяльність з пошиття для військових органічно вплелася у вечірній ритм побуту, перетворившись на одночасний відпочинок і корисну справу:

«Як війна почалася перший рік я тут шила кікімори, волонтерила так. Ввечері розклалася на кухні, шиєш і одночасно відпочиваєш і з користю справа. Таке в мене відключення, а мама може прийти, сісти рядом і дивитись. Так от ми справлялися з моїм виснаженням, тиском — це в мене були кікімори» (Респондент 9).

5 з 10 доглядальників зазначили, що для них важливою стратегією відновлення є фізична активність. Респонденти згадували різні її форми: заняття йогою, румбою, відвідування жіночого спортивного клубу. Фізичне навантаження сприймається доглядальниками як турбота про тіло та метод соціальної взаємодії:

«Я ходжу на румбу, мені це дуже подобається, вона достатньо виснажує і я перезавантажуюся фізично. Тому коли приходжу до мами настрій чудовий, все чудово, зустрілася зі знайомими і тренеркою» (Респондент 2).

Окремою і значущою складовою емоційного ресурсу для однієї з учасниць стала релігія та віра. Вона зазначила, що духовна практика допомагала витримувати особливо важкі моменти догляду — агресію, нічні галюцинації, виснаження, а людський фактор церковної спільноти додатково підтримував у важкі моменти:

«Віра дуже допомагає. Був випадок, коли священник на сповіді запитав мене: "Коли ти останній раз відпочивала? Коли ти останній раз на природі була?" Це мене дуже здивувало. Ще коли в батька були моменти агресії вночі чи галюцинації і так далі, то тут саме віра допомагала» (Респондент 3).

Серед інших індивідуальних стратегій відновлення респонденти виокремлювали творчі та рукодільні заняття — вишивання, малювання картин за номерами, викладання мозаїки. Ці активності надавали відчуття спокою і зосередженості, особливо у ті моменти, коли людина з деменцією перебувала поруч, але не потребувала активної уваги:

«Картини по номерах малюю, от картини дуже заспокоюють нерви. За тиждень дві картини по номерах намалювала, заспокоює. А вчора купила мозаїку. Маму покормила, тиск поміряла, телевізор включила, вона сидить слухає новини, а я в той час мозаїку викладаю. Дуже спокійно було» (Респондент 7).

Культурний відпочинок, зокрема відвідування театру, також згадувався як важливий ресурс, хоча і складно доступний. Можливість вийти з дому навіть на короткий час потребує ретельного планування залежно від поточного стану людини з деменцією, одна з доглядальниць зазначає:

«Я дуже люблю театр. Буває таке, ми покладемо маму спати, вона рано лягає...десь о 6 вечора вона може лягти спати. І у цей проміжок ми бігом-бігом в театр, поки вона спить, поки ми знаємо, що вона ще не прокинеться в цей час» (Респондент 4).

Найбільш поширеним способом відновлення, який згадали шестеро з десяти респондентів, стало перебування на природі та прогулянки на свіжому повітрі. Цей ресурс виявився найдоступнішим і найуніверсальнішим для опитаних осіб:

«У мене є дача, я там емоційно відходжу від усього якось. Коли там квіти, свіже повітря — то я туди їду і там мені легше» (Респондент 5).

Таким чином, потреби доглядальників у контексті профілактики вигорання є індивідуальними та різноманітними, однак спільним прагненням залишається бажання часу і простору для себе. Ключовими стратегіями відновлення ресурсів серед опитаних непрофесійних доглядальників людей з деменцією є фізична активність, творча діяльність, соціальна взаємодія, духовна підтримка та відпочинок на природі. Варто зазначити, що більшість цих потреб реалізується у вкрай обмежених часових проміжках, що додатково підкреслює необхідність системної підтримки доглядальників та створення умов для регулярного відпочинку.

ВИСНОВКИ

1. Вигорання неформальних доглядальників людей з деменцією є синдромом, що проявляється через емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття особистої ефективності. Попри те, що офіційна класифікація ВООЗ відносить вигорання виключно до професійного контексту, сучасні дослідження підтверджують релевантність цього поняття для сфери неформального догляду.
2. Дослідження рівня вигорання у неформальних доглядальників людей з деменцією виявило високий рівень вигорання, зокрема 65,5% респондентів демонструють високий рівень емоційного виснаження, 70% — високий рівень деперсоналізації та 26,4% респондентів показали високі показники вигорання за шкалою особистих досягнень. Такі показники в більшості властиві жінкам, віку 50-69 років, які здійснюють догляд за матір'ю чи батьком понад 100 годин на тиждень, протягом кількох років, спільно проживають з ними та не отримують підтримки ззовні.
3. Основними причинами вигорання, що впливають на емоційний стан неформальних доглядальників людей з деменцією, є: зміна характеру стосунків із близькою людиною та болісне переживання її поступової втрати ще за життя; агресія з боку людини з деменцією, спрямована безпосередньо на доглядальника; відсутність вдячності; поведінкові розлади людини з деменцією (відмова від їжі, гігієни, сну); порушення сну самого доглядальника, а також скорочення або повна відсутність особистого часу. Соціальна ізоляція та брак простору для обговорення власного досвіду є вагомим самостійним чинником погіршення психоемоційного стану доглядальників.
4. Умови здійснення догляду підсилюють ризик вигорання: більшість доглядальників із високим рівнем емоційного виснаження здійснюють догляд від 40 до 100 годин на тиждень та проживають спільно з людиною, за якою

доглядають, що забезпечує їхню постійну включеність у доглядовий процес без можливості повноцінного відпочинку.

5. Відсутність системної підтримки (фінансової, емоційної чи інформаційної) є вагомою причиною вигорання у неформальних доглядальників людей з деменцією.
6. Потреби неформальних доглядальників у контексті профілактики вигорання є індивідуальними, проте найбільш вагомим для більшості опитаних є — прагнення мати час та простір для себе. Способами профілактики, якими користуються доглядальники, є: фізична активність, творча та рукодільна діяльність, перебування на природі, соціальна взаємодія та духовна підтримка. Водночас, більшість з них реалізується у вкрай обмежених часових проміжках.
7. Одним із перспективних напрямів профілактики вигорання серед неформальних доглядальників людей з деменцією є проведення регулярних зустрічей у форматі «рівний-рівному» на базі Благодійного фонду «Незабутні». Такі зустрічі можуть створювати простір для емоційної підтримки, обміну досвідом та зниження соціальної ізоляції доглядальників, а також допомагати їм знаходити способи відновлення власних ресурсів через спілкування, творчі активності та практики емоційної регуляції.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для керівництва Благодійного фонду «Незабутні» щодо профілактики синдрому вигорання у неформальних доглядальників людей з деменцією

1. Проведення регулярних офлайн зустрічей для неформальних доглядальників людей з деменцією у форматі «рівний-рівному», де модератором виступає доглядальник із власним досвідом догляду.
2. Зустрічі можуть бути присвячені темам емоційного виснаження, почуття самотності, провини через втому, труднощів поєднання догляду та власного життя, а також пошуку часу для себе. Важливо, щоб учасники могли відкрито говорити про свої переживання та бачити, що інші доглядальники мають схожий досвід.
3. Під час зустрічей можна використовувати прості практики для зниження напруги та нормалізації емоційного стану, зокрема: творчі заняття, малювання картин за номерами, мозаїка, вишивання або інші творчі активності.
4. Також корисним може бути включення легких фізичних активностей або вправ на розслаблення, короткі дихальні вправи, розминки або елементи тілесного розслаблення.
5. Крім емоційної підтримки, групові зустрічі можуть бути простором для обміну практичним досвідом. Доглядальники можуть ділитися своїми способами організації догляду, говорити про труднощі у поведінці людини з деменцією та розповідати, що допомагає їм долати емоційну напругу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про соціальні послуги». № 18 § розд. II ст. 13. (2019).
2. Івасюк, А. (2024). Генеза емоційного вигорання особистості. Вісник Національного університету оборони України, 2(78), 71-80.
3. Постанова №1192 «Про надання щомісячної грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії закладу охорони здоров'я потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею». Кабінет Міністрів України. (2000).
4. Постанова №859 «Деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі». Кабінет Міністрів України. (2020).
5. Постанова №64 «Деякі питання організації надання соціальних послуг». Кабінет Міністрів України. (2026).
6. Орлова, О. В., Животовська, Л. В., Борисенко, В. В., & Казаков, О. А. (2022). Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів із деменцією як предиспозиція для психоемоційних порушень сімейних опікунів. Полтавський державний медичний університет.
7. Ahlruwaili, A. A., Chapra, M., & Kofi, M. (2022). Prevalence of Burnout in Dementia Caregivers, Riyadh, Saudi Arabia. J Family Med Prim Care Open Acc, 6(2), 1-13.
8. Ali, A. M., Alkhamees, A. A., Hallit, S., Al-Dwaikat, T. N., Khatatbeh, H., & Al-Dossary, S. A. (2024). The Depression Anxiety Stress Scale 8: investigating its cutoff scores in relevance to loneliness and burnout among dementia family caregivers. Scientific Reports, 14(1), 1-10.
9. Alwhaibi, M., Alhawassi, T. M., Balkhi, B., Al Aloola, N., Almomen, A. A., Alhossan, A., ... & Kamal, K. M. (2022). Burnout and depressive symptoms in healthcare professionals: a cross-sectional study in Saudi Arabia. Healthcare, 10(12), 1-11.

10. Arsenault-Lapierre, G., Bui, T. X., Le Berre, M., Bergman, H., & Vedel, I. (2023). Rural and urban differences in quality of dementia care of persons with dementia and caregivers across all domains: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-15.
11. Awwaliyah, N., Sitawati, A. D., Widjanti, N., & Bestari, D. (2024). Exploring burnout in dementia caregivers: its dimensions, factors and why it matters. *International Journal of Scientific Advances*, 5(6), 1411-1415.
12. Bennett, M. (2018). Blameless guilt: The case of carer guilt and chronic and terminal illness. *International Journal of Philosophical Studies*, 26(1), 72-89.
13. Brites, R., Brandão, T., Nunes, O., Hipólito, J., & Pires, C. T. (2025). The impact of caregiving on informal caregivers of people with dementia: family functioning, burden, and burnout. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 32(2), 325-335.
14. Cadieux, M. A., Garcia, L. J., & Patrick, J. (2013). Needs of people with dementia in long-term care: a systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(8), 723-733.
15. Catalá-López, F., & GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*, 7(2), 105–125.
16. Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., ... & Lee, K. W. (2022, November). Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 10(12), 1-16.
17. Chan, C. Y., Cheung, G., Martinez-Ruiz, A., Chau, P. Y., Wang, K., Yeoh, E. K., & Wong, E. L. (2021). Caregiving burnout of community-dwelling people with dementia in Hong Kong and New Zealand: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-15.
18. Chiliguano, L. Y. F., Cruz, C. A. L., Cruz, R. C. T., López, M. E. G., & Caba, G. G. Q. (2023). Physical and mental exhaustion of the caregiver in pediatric patients with

- leukemia. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 4(SI1), e23040-e23040.
19. Curnow, E., Rush, R., Maciver, D., Górska, S., & Forsyth, K. (2021). Exploring the needs of people with dementia living at home reported by people with dementia and informal caregivers: a systematic review and Meta-analysis. *Aging & mental health*, 25(3), 397-407.
 20. del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(3), 1-20.
 21. Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780.
 22. Fostinelli, S., De Amicis, R., Leone, A., Giustizieri, V., Binetti, G., Bertoli, S., Battezzati, A., & Cappa, S. F. (2020). Eating behavior in aging and dementia: the need for a comprehensive assessment. *Frontiers in nutrition*, 7, 604488.
 23. Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10(1), 1–13.
 24. Grebski, M., & Mazur, M. (2022). Management strategies to avoid professional burnout. *Polish Journal of Management Studies*, 26(1), 61-75.
 25. Ho, A. H. Y., Tan-Ho, G., Ngo, T. A., Ong, G., Chong, P. H., Dignadice, D., & Potash, J. (2021). A novel mindful-compassion art-based therapy for reducing burnout and promoting resilience among healthcare workers: Findings from a waitlist randomized control trial. *Frontiers in Psychology*, 12(1), 1–15.
 26. Kalynychenko, I. O., Latina, H. O., Ivani, I. V., Khrapatyi, S., & Liubchenko, N. (2022). Characteristics of symptom complexes of professional burnout among pedagogical workers of educational institutions of various types. *Journal of Higher Education Theory and Practice*, 22(15), 64-72.

27. Leverton, M., & Pui Kin Kor, P. (2023). Supporting people with dementia to live at home. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1–3.
28. Lilly, M. B., Robinson, C. A., Holtzman, S., & Bottorff, J. L. (2012). Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. *Health & social care in the community*, 20(1), 103-112.
29. Marchand, A., Blanc, M. E., & Beauregard, N. (2018). Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms?. *Occupational medicine*, 68(6), 405-411.
30. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. In *Evaluating stress: A book of resources* (3rd ed., pp. 191–218). Lanham: Scarecrow Education.
31. Maximiano-Barreto, M. A., Alves, L. C. D. S., Monteiro, D. Q., Grato, A. C. M., Pavarini, S. C. I., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Cultural factors associated with burden in unpaid caregivers of older adults: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3629-e3642.
32. Okamura, T., Ura, C., Kugimiya, Y., Okamura, M., Yamamura, M., Okado, H., Kaneko, M. ... & Wakui, T. (2023). Inaccessibility, unresponsiveness, inconsistency, and invisibility of informal caregivers of older persons with cognitive impairment: community-based participatory research. *BMC geriatrics*, 23(1), 1–10.
33. Queluz, F. N., Kervin, E., Wozney, L., Fancey, P., McGrath, P. J., & Keefe, J. (2020). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. *International psychogeriatrics*, 32(1), 35-52.
34. Ramakrishnan, C., & Malhotra, C. (2025). Challenges to accessing community dementia care services: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1-9.
35. Shiells, K., Pivodic, L., Holmerová, I., & Van den Block, L. (2020). Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review. *Aging & mental health*, 24(10), 1553-1568.

36. Soong, A., Au, S. T., Kyaw, B. M., Theng, Y. L., & Tudor Car, L. (2020). Information needs and information seeking behaviour of people with dementia and their non-professional caregivers: a scoping review. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-17.
37. Stanfors, M., & Jacobs, J. (2023). Unpaid caregiving and stress among older working-age men and women in Sweden. *SSM-population health*, 23, 101458.
38. Telenius, E. W., Tangen, G. G., Eriksen, S., & Rokstad, A. M. M. (2022). Fun and a meaningful routine: The experience of physical activity in people with dementia. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-10.
39. Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J., & Engedal, K. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34, 405-412.
40. Van Der Roest, H. G., Meiland, F. J., Maroccini, R., Comijs, H. C., Jonker, C., & Dröes, R. M. (2007). Subjective needs of people with dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 559-592.
41. Vinarski-Peretz, H., Mashiach-Eizenberg, M., & Halperin, D. (2024). Workforce sustainability in our aging society: Exploring how the Burden–Burnout mechanism exacerbates the turnover intentions of employees who combine work and informal eldercare. *Sustainability*, 16(17), 1-21.
42. Wilbur, J. (2023). Dementia: Dementia Types. *FP essentials*, 534, 7-11.
43. World Health Organization. (2022). *International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization.

ДОДАТКИ

Додаток А. Гайд напівструктурованого інтерв'ю

Проінформована згода

Вітаю! Мене звати Катерина Сениш, я студентка 4 року навчання Національного університету «Києво-Могилянська академія» за спеціальністю «Соціальна робота». У рамках отримання бакалаврського ступеня я проводжу дослідження на тему «Вигорання у неформальних доглядальників, які здійснюють догляд за людьми з деменцією». Метою дослідження є виявити психологічні і соціальні чинники, що впливають на розвиток професійного вигорання серед неформальних доглядальників людей з деменцією, а також визначити можливі шляхи його профілактики та підтримки емоційного благополуччя цієї групи.

Ви потрапили до вибірки цього дослідження, оскільки є бенефіціаром/бенефіціаркою Благодійного Фонду «Незабутні» та здійснюєте неформальний догляд за людиною з деменцією. Інтерв'ю займе до 40 хвилин. Я попрошу вас відповісти на ряд питань, пов'язаних із темою дослідження. Участь є добровільною, і ви можете відмовитися відповідати на будь-які запитання, які вам здаються незручними, або припинити інтерв'ю у будь-який момент.

З Вашого дозволу, відео та аудіо частина інтерв'ю буде записана для забезпечення більш якісного аналізу даних. Опитування є анонімним, доступ до записів матимуть лише дослідник та науковий керівник. Записи будуть використовуватися виключно для аналізу й не будуть доступні стороннім особам. Чи даєте ви згоду на участь в інтерв'ю та використання запису в межах дослідження?

Дякую за участь в інтерв'ю!

Контактна інформація дослідника: Катерина Сениш, тел.: +380984608096

s.senysh@ukma.edu.ua

БЛОК 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

- 1.4. Ким для вас є людина, за якою ви доглядаєте? (родич, сусід, знайомий тощо)
- 1.5. Скільки часу ви вже здійснюєте догляд?
- 1.5. Чи проживаєте ви разом із цією особою в одному помешканні?
- 1.6. Скільки годин на тиждень (орієнтовно) ви витрачаєте на безпосередній догляд?
- 1.6. Чи отримуєте ви якусь підтримку (фінансову, емоційну, інформаційну) від держави, громади або родичів?

БЛОК 2. ПОТРЕБИ ТА СПЕЦИФІКА ДОГЛЯДУ

- 2.1. З якими саме проявами хвороби вам найважче справлятися? (Наприклад: агресія, блукання, втрата пам'яті, зменшення побутової спроможності).
- 2.2. Як ви оцінюєте потреби людини, за якою доглядаєте? Чи важко вам зрозуміти її бажання, якщо вона не може їх висловити?
- 2.3. Чи вдається вам залучати людину з деменцією до повсякденних активностей (прогулянки на природі, фізичні вправи, прості домашні справи)? Що заважає це робити?
- 2.4. Чи вистачає вам інформації про те, як розвивається хвороба і як правильно організувати побут? Де ви шукаєте таку інформацію?

БЛОК 3. РОЗУМІННЯ ТА СПРИЙНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ

- 3.1. Що для вас означає поняття «соціальна ізоляція»? Чи відчуваєте ви ізольованість у повсякденному житті, що пов'язана з доглядом за людиною з деменцією? Чи вважаєте ви, що догляд за людиною з деменцією вплинув на ваше коло спілкування?

3.2. Як змінилося ваше соціальне життя відтоді, як ви почали здійснювати догляд? З ким ви спілкуєтесь найчастіше зараз? Наскільки часто у вас є час або можливість зустрічатися з друзями, відвідувати події, спільноти?

3.3 Чи отримуєте ви будь-який вид підтримки від оточення? Хто саме вас підтримує? Якої підтримки вам не вистачає?

БЛОК 4. ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ ВИГОРАННЯ

4.1. Як ви зазвичай відчуваєтеся емоційно під час догляду?

Чи бувають моменти виснаження, дратівливості, байдужості?

Що найчастіше викликає відчуття втоми або роздратування?

4.2. Як соціальна ізоляція впливає на ваш емоційний стан?

Чи помічаєте ви, що самотність або відсутність спілкування підсилює втому чи апатію?

Чи буває, що вам складно говорити з іншими про свої емоції або проблеми?

4.3. Чи вплинула ізоляція на ваше фізичне або психічне здоров'я (сон, апетит, концентрацію, мотивацію)? Якщо так, то яким чином?

4.4. Як ви справляєтесь із відчуттям перевтоми або самотності? Що вам допомагає відновити сили? Чи шукаєте ви спілкування або підтримку у спеціалістів, груп підтримки, близьких?

БЛОК 5. СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ТА РЕСУРСИ ПІДТРИМКИ

5.1. Чи існують у вашому житті практики або заняття, які допомагають вам не «вигоріти»?

Що це (хобі, спілкування, релігія, гумор, допомога інших тощо)?

5.2. Які умови або ресурси, на вашу думку, могли б зменшити ризик вигорання для вас, як доглядальника? Наприклад: більше часу на відпочинок, психологічна підтримка, навчальні програми, фінансова допомога.

5.3. Якби у вас була можливість отримати професійну допомогу (соціального працівника чи медсестри, тощо), на які функції ви б направили цього працівника в першу чергу?

Завершення

Дякую Вам за те, що приділили мені свій час. Якщо Ви надасте адресу своєї електронної пошти, то результати дослідження будуть Вам надіслані. Бажаю гарного дня!

Додаток Б. Опитувальник

Опитувальник вигорання (Maslach Burnout Inventory)

Інструкція:

Шановний(на) Респонденте!

Будь ласка, прочитайте кожне твердження та позначте, як часто ви відчуваєте подібне, використовуючи шкалу від 0 («ніколи») до 6 («щодня»). Опитування є анонімним, тому вказувати своє прізвище та ім'я не потрібно. Дякую за участь у дослідженні!

БЛОК 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

1.1. Укажіть ваш вік: (відкрите питання) _____

1.2. Укажіть вашу стать:

- жінка
- чоловік
- не бажаю вказувати

1.4. Ким для вас є людина, за якою ви доглядаєте?

- жінка/чоловік
- мати/батько
- сестра/брат
- інший(-а) родич(-ка)
- сусідка/сусід
- знайомий(-ма)

1.5. Скільки часу ви вже здійснюєте догляд?

- кілька місяців
- близько року
- кілька років

1.5. Чи проживаєте ви разом із цією особою в одному помешканні?

- так
- ні

1.6. Скільки годин на тиждень (орієнтовно) ви витрачаєте на безпосередній догляд?

- до 10 годин на тиждень
- 10-40 годин на тиждень
- 40-100 годин на тиждень
- Більше 100 годин на тиждень (майже цілодобово)

1.6. Чи отримуєте ви якусь підтримку (фінансову, емоційну, інформаційну) від держави, громади або родичів? (відкрите питання)

СУБШКАЛА 1: ЕМОЦІЙНЕ ВИСНАЖЕННЯ

1. Я почуваюся емоційно виснаженим(-ою) через необхідність постійного догляду.

- ніколи
- кілька разів на рік
- кілька разів на місяць
- один раз на тиждень
- кілька разів на тиждень
- щодня

2. Догляд за цією людиною протягом усього дня вимагає від мене величезних зусиль.

3. Я відчуваю, що процес догляду буквально “ламає” мене.

4. Я відчуваю розчарування (фрустрацію) через обставини, у яких маю здійснювати догляд.

5. Я відчуваю, що занадто важко працюю, виконуючи свої обов’язки з догляду.

6. Безпосередній і постійний контакт із людиною, за якою я доглядаю, викликає у мене надмірний стрес.

7. Я відчуваю, що мої сили та терпіння вже на межі.

СУБШКАЛА 2: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

8. Я відчуваю, що доглядаю за цією людиною відсторонено, наче вона є просто об'єктом.
9. Я почуваюся втомленим(-ою), коли прокидаюся вранці та розумію, що попереду ще один день догляду.
10. У мене складається враження, що людина, за якою я доглядаю, робить мене відповідальним(-ою) за деякі свої проблеми.
11. Наприкінці дня я відчуваю, що моє терпіння повністю вичерпане.
12. Мені справді байдуже, що стається з цією людиною в певні моменти.
13. Відтоді як я почав(-ла) доглядати за нею, я став(-ла) більш черствим(-ою) до людей.
14. Я боюся, що цей догляд робить мене байдужим(-ою) і безсердечним(-ою).

СУБШКАЛА 3: ОСОБИСТІ ДОСЯГНЕННЯ

15. Я роблю багато корисних і вартісних речей у процесі догляду.
16. Я почуваюся сповненим(-ою) енергії.
17. Мені легко зрозуміти, що відчуває людина, за якою я доглядаю.
18. Я дуже ефективно вирішую проблеми, пов'язані з доглядом.
19. У процесі догляду я дуже спокійно справляюся з емоційними проблемами.
20. Я відчуваю, що маю позитивний вплив на життя цієї людини.
21. Я можу легко створити розслаблену атмосферу під час спілкування з нею.
22. Я почуваюся бадьоро після того, як провів(-вела) час у тісному контакті з цією людиною.

Додаток В. Використання ІІІ при підготовці кваліфікаційної роботи

№ п/п	Назва використаного застосунку або моделі ІІІ	Мета використання	Обсяг використання (конкретні розділи)	Опис методики формування контенту	Опис редагування або верифікації
1	ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5)	Звірення використаних джерел у списку джерел з текстом Розділу 1	Список використаних джерел, Розділ 1	До моделі ІІІ було завантажено текст Розділу 1 та список використаних джерел. За допомогою сформованих запитів здійснювалася перевірка відповідності цитувань і посилань у тексті наявним джерелам у списку літератури, а також виявлення можливих пропущених або	Отримані результати були перевірені автором вручну шляхом повторного звірення посилань у тексті роботи зі списком використаних джерел. Усі рекомендації ІІІ щодо виправлень оцінювалися критично та вносилися лише після додаткової перевірки

				дубльованих джерел.	відповідності академічним вимогам і змісту роботи.
--	--	--	--	------------------------	---