

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»  
Факультет філології, психології та педагогіки  
Кафедра психології та педагогіки

Рекомендовано до захисту

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.,

протокол № \_\_\_\_\_

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

(підпис)

**Кваліфікаційна робота**  
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ  
БАТЬКІВ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ**

**Виконав:** студент другого курсу  
групи ФП-601  
денної форми навчання  
спеціальності «053 Психологія»  
освітньої програми «Практична психологія»  
ЙОСИПЕНКО Микола Олександрович

**Керівник:** кандидат психологічних наук, доцент  
ШЕВЧУК В.В..

**Рецензент:** кандидат психологічних наук,  
доцент МЕЛЬНИЧУК М.М.

Захищено \_\_\_\_\_ 2024 р.

кількість балів: \_\_\_\_\_

значення оцінки \_\_\_\_\_

Голова Екзаменаційної комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ</b>	
1.1. Характеристика поняття «комплексні порушення розвитку» у дитячому віці.....	8
1.2. Аналіз наукових теорій емоційного вигорання.....	26
1.3. Проблема емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку.....	33
Висновки до першого розділу.....	39
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ</b>	
2.1. Огляд і обґрунтування вибору методик .....	43
2.2. Методика діагностики емоційного вигорання (В. Бойка).....	45
2.3. Опитувальник на вигорання МВІ К. Маслач і С. Джексона (в адаптації Н. Водоп'янової).....	48
2.4. Методика «Оцінка особистісного потенціалу» (Л.М. Карамушка).....	49
2.5. «Шкала безнадійності» А. Бека.....	51
Висновки до другого розділу.....	53
<b>РОЗДІЛ 3. ХІД І РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ</b>	
3.1. Організація емпіричного дослідження.....	55
3.2. Загальна характеристика емоційного вигорання батьків.....	58
3.3. Характеристика рівня вияву безнадійності в батьків, які виховують дітей з комплексними вадами розвитку.....	65
3.4. Специфіка емоційного вигорання у батьків дітей комплексними порушеннями розвитку.....	68
Висновки до третього розділу.....	75
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	<b>77</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	<b>83</b>
<b>ДОДАТКИ</b> .....	<b>91</b>

## ВСТУП

Згідно статистичних даних Кабінету міністрів України та фонду ЮНІСЕФ, за останнє десятиліття зросла чисельність дітей, які мають вади розвитку. Так, станом на 2001 рік таких дітей у нашій країні було 154,3 тис., а вже у 2020 році – 165 тис., з них 70 тис. дівчаток і 95 тис. хлопчиків. Серед вад розвитку на перших місцях – вроджені аномалії – 49,2 тис., розлади психіки та поведінки – 27,1 тис., хвороби центральної нервової системи у 25,5 тис. дітей.

Народження дитини з вадами розвитку, незалежно від форми її дизонтогенезу, різко змінює звичний спосіб життя сім'ї. Батьки, як правило, не готові до таких випробувань і можуть впадати у відчай; життя сім'ї поділяється на «до» і «після» появи на світ дитини з порушеннями розвитку. Особистісно-характерологічні зміни у батьків, їх переживання і пов'язаного з цим ставлення до дитини та до її вад відіграють одну з важливих ролей для збереження інтелектуального, психічного та фізичного здоров'я, успішності реабілітації, а також створення для неї сприятливої внутрішньосімейної атмосфери та ефективного виховного стилю. Вивчення особистісних особливостей батьків, які виховують дітей з вадами розвитку є важливим для розробки ефективних методів і програм психологічного супроводу таких сімей.

Початок вивченню особистісних змін у батьків дітей з вадами розвитку було покладено зарубіжними вченими ще у 60-х роках минулого століття – В. Caldwell, S. Guze, B. Farber, D. W. Cleveland, N. Miller (дослідження адаптації батьків, братів і сестер до дітей, які відстають у розвитку) і продовжено зараз такими дослідниками, як Н.В. Антонова (особливості Я-концепції батьків, які виховують дітей з обмеженими можливостями здоров'я), М.Д. Будаєва, Т.М. Висотіна, А.Л. Душка, К.О. Даутова, Г.А. Диханбаєва, О.О. Зимина, О.О. Руських, М.М. Гуслова, Т.К. Стуре (психологічні особливості батьків дітей з вадами розвитку), Н. Браун, В.А. Феоклістова, О.І. Єсеніна, Б.Д. Корсунська, О.І. Мещеряков, Н.О. Морева, Л.І. Солнцева і С.М. Хорош (психологічні фактори прийняття себе батьками сліпоглухих дітей),

Н.С. Жукова, О.М. Мастюкова та А.Г. Московкіна (сімейне виховання аномальних дітей), Т.О. Баилова, М.В. Жигорєва, І.В. Риженко, О.О. Ахвердова (формування аномальної особистісної мінливості у батьків, які виховують дітей з інвалідністю), Г.Б. Соколова (особливості емоційного вигорання та захисної поведінки батьків дітей із комплексними порушеннями розвитку, специфіка психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дитину з обмеженими психофізичними можливостями), Б.В. Андрейко (емоційні стани та психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку), М.І. Мушкетич (психологічний супровід сімей, що мають дітей з вадами), Л.Г. Заборина (психологічна напруга та емоційні переживання у батьків дітей з інвалідністю), О.Ю. Кочєрова, О.М. Филькіна, Н.В. Долотова, В.С. Іванова, О.В. Гребєнникова та І.Л. Шєлєхов (особистісні особливості матерів, які виховують дітей з ДЦП), І.Ю. Левченко та В.В. Ткачєва (психологічна допомога сім'ям, які виховують дітей з вадами) та іншими.

Загалом дослідники відзначають у батьків дітей з вадами розвитку такі загальні особливості, як сензитивність, тобто підвищена емоційна чутливість і вразливість; гіперсоціалізація – загострене почуття відповідальності та обов'язку; захисний характер поведінки, тобто замкнутість і відсутність невимушеності у спілкуванні. Оскільки сім'я є головним інструментом формування ціннісних орієнтацій та духовно-моральних основ дитини, то доцільно проаналізувати особистісні зміни батьків у результаті народження у них дитини з вадами розвитку.

У контексті нашого дослідження особливого значення набуває дослідження емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, оскільки батьківство – це постійне спілкування, яке передбачає глибоке занурення у проблему та унеможливорює вихід із ситуації.

Уперше так звана «депресія виснаження» була описана П. Кільхольцем і Р. Беком та представлена різними больовими симптомами, яким важко було знайти лише медичне пояснення. Вчені виділили три основні фази, які

проходить депресія виснаження: гіперестетично-астетичну, яка характеризується над-мірною чутливістю, дратівливістю і швидкою стомлюваністю, психосоматичну і власне депресивну, у якій проявляються симптоми класичної депресії.

Неможливість пояснення природи вигорання медичними категоріями підштовхнула вчених звернутися до психологічних факторів: конфлікти на роботі, фінансові проблеми, підвищене навантаження на роботі, а для жінок – ще й домашня робота. Найбільш розповсюджені у психологічній науці дослідження професійних аспектів емоційного вигорання. До найбільш поширених симптомів емоційного вигорання Г.С. Нікіфоров відносить: почуття емоційного виснаження, неможливість працювати з повною віддачею сил, дегуманізація як тенденція до цинічності і негативізму щодо залежних осіб (пацієнта, клієнта, підлеглого, учня), негативне самосприйняття тощо. На думку М. Грабе, емоційне вигорання проявляється у вигляді підвищеної активності на початку діяльності, відчутної втомлюваності, пошуку винуватих, депресії або агресії та різного роду психосоматичних реакцій, відчаю.

Ці симптоми є універсальними, вони проявляються в осіб, які перебувають у різних соціальних ситуаціях, але особливого значення набуває їх виникнення у батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, оскільки роботу можна поміняти, взяти відпустку, а батьківство є категорією постійною.

**Мета дослідження** полягає в аналізі результатів дослідження особливостей емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку.

Для досягнення мети поставлено такі **завдання**:

- 1) розкрити особливості підходів до розуміння синдрому емоційного вигорання у психології;
- 2) дібрати комплекс психодіагностичних методик, адекватний меті дослідження;

3) емпірично перевірити припущення про специфіку емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку та провести порівняння показників із даними батьків нормотипових дітей.

**Теоретико-методологічну основу дослідження склали:** концептуальна база сучасної спеціальної психології, методологічні та методичні підходи до оцінювання психічного розвитку дитини, новітні 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); фундаментальні поняття про загальні та специфічні закономірності дизонтогенезу, класифікаційні критерії порушення розвитку (Т.Власова, Д.Ельконін, Л.Занков, К.Лебединська, В.Лебединський, В.Лубовський, М.Певзнер, В.Синьов, І.Соловйов, Н.Стадненко, Г.Сухарева, Ж.Шиф та ін.); концепції 23 утворення емоційних станів в структурі стадій переживання батьками трагедії народження неповносправної дитини (Дж. Блейшер, М.Ірвін, Л.Кеннел, М.Клаус, Е.Кублер-Рос, М.Семаго і Р.Майромян); концепції психології сімейної взаємодії (А.Варга, Е.Ейдемільер, І.Нікольська, А.Столін, А.Твардовські, Е.Шоплер,); принципи гуманістичної та сімейної психології (Е.Ейдемільер, К.Роджерс, В.Сатір).

**Наукова новизна та теоретичне значення** дослідження полягає в тому, що: уперше систематизовано особливості психоемоційної сфери батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку; визначено діагностичні показники оцінювання емоційного вигорання батьків та емпірично встановлено залежність емоційного стану батьків та діагнозу дитини.

**Практичне значення** дослідження роботи полягає у тому, що його результати можуть бути використані у викладання навчальних курсів у системі вищої освіти «Загальна психологія», «Соціальна психологія», «Спеціальна психологія», «Психологічне консультування», «Психологічна служба» та на курсах підвищення кваліфікації. Апробований комплекс

психодіагностичних методик та авторська комплексна програма можуть бути використані практикуючими психологами (зокрема спеціалістами психологічних служб навчальних закладів) у процесі психоконсультативної, психокорекційної, психотерапевтичної роботи, спрямованої на покращення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами; у психотренінговій практиці.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань методичний комплекс дослідження склали: опитувальник МВІ К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory), опитувальник діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко, тест «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» Л.М. Карамушки та «Шкала безнадійності» А. Бека.

Для уточнення особливостей синдрому емоційного вигорання батьків, що виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, нами був використаний кореляційний аналіз: ми скористалися параметричним коефіцієнтом лінійної кореляції Пірсона.

**Гіпотеза** нашого дослідження полягає в тому, що для емоційних переживань батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку є притаманним емоційне вигорання. Ми припускаємо, що в більшості із них воно перебуває на стадії формування або вже сформоване і для нього є характерною ознакою є резистенція, тобто неадекватне виборче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій: редукція професійних обов'язків. Ще ми припускаємо, що батьки, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку мають прояви безнадійності.

**Емпірична база дослідження.** У дослідженні взяли участь батьки, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку (40 осіб) та батьки, які мають нормотипових дітей (40 осіб). Разом у дослідженні брали участь 80 батьків.

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних

джерел, що налічує 69 найменування (54 українською та 15 іноземними мовами), та додатків. Робота викладена на 82 сторінках друкованого тексту.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

### 1.1. Характеристика поняття «комплексні порушення розвитку» у дитячому віці

Станом на 1 січня 2023 року в інклюзивних класах України навчається 19345 учнів із особливими освітніми потребами. Ця кількість у сім разів перевищує дані п'ятирічної давнини. На початок 2020 року в Україні створено 13782 інклюзивні класи. Так, у 2019/2020 навчальному році 35% від загальної кількості закладів загальної середньої освіти організували інклюзивне навчання. У закладах дошкільної освіти станом на 1 січня 2020 року здобувають освіту 4681 вихованців із особливими освітніми потребами. Також із 2019/2020 навчального року інклюзивне навчання запроваджено в закладах професійної, професійно-технічної та вищої освіти, де інклюзивно навчаються 1312 здобувачів освіти з особливими освітніми потребами<sup>1</sup>.

Більше 151 000 дітей з інвалідністю в Україні потребують регулярної допомоги. Серед причин інвалідності у дітей на I місці – вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення – 30%, на II – хвороби центральної нервової системи – 17,9%, на III – розлади психіки та поведінки – 13,9%. У віковій структурі дітей з інвалідністю основну групу складають діти шкільного віку від 7 до 14 років – більше 49%, на другому місці – діти у віці від 15 до 17 років – більш 23,7%, на третьому – діти від 3 до 6 років – близько 20%<sup>2</sup>.

Конвенція про права осіб з інвалідністю (2006), Закони України «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» від 23 травня 2017 р., «Про внесення змін до деяких законів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання від 5 черв. 2014 р., «Про ратифікацію Конвенції про

права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї від 16 груд. 2009 р., Укази президента «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» від 13 груд. 2016 р., «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями» 19 трав. 2011 р., Постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» від 9 серп. 2017 р., «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» від 12 лип. 2017 р. тощо визначають забезпечення прав дітей з обмеженими психофізичними можливостями.

Серед дітей, що мають особливі освітні потреби, дослідниками Н. Александровою, З. Алієвою, Ю. Антибурою, Г. Аристовою, Т. Басиловою, Г. Бертинь, М. Блюміною, М. Вернадською, Л. Виготським, Т. Власовою, Н. Гладких, Л. Головчиц, Л. Григор'євою, М. Давидовим, М. Жигоревою, Н. Зинов'євою, І. Катковою, О. Каракуловою, К. Козловою, В. Лубовським, О. Мастюковою, Н. Медовою, А. Мещеряковим, І. Молчановською, О. Московкіною, А. Набичевою, Д. Науменко, М. Певзнер, Л. Переслені, Л. Рожковою, Т. Розановою, Н. Сошниковою, І. Філатовою, Л. Фільчиковою, В. Чулковим, Л. Яковлевою, D. Voas, L. Ferreira, A. Marzouq, M. Moura, S. Maia, I. Amaral, M. Janssen, D. Moores, J. Van Dijk та іншими виділено категорію дітей із множинними або комплексними вадами розвитку. Такі порушення розвитку можуть ще бути названі «складними сенсорними», «бісенсорними», «потрійними», «провідними порушеннями з супутніми», «ускладненими», а основою їх визначення є поліморфний характер вад розвитку. У випадках патологій окремі порушення зберігають свої особливості, але при цьому виникає якісно новий варіант розвитку дитини.

Основні наукові підходи до класифікації порушеного розвитку дітей. Порушенням є функціональне обмеження індивіда, яке спричинене фізичними, інтелектуальними чи серсорними вадами. І. Іванова, В. Ілюхіна, М. Кошулько під порушенням розуміють втрату чи аномалію психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури або функції<sup>1</sup>. Згідно Міжнародної

класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я, порушення – це проблеми, що виникають у функціях або структурах, такі як істотне відхилення або втрата. Порушення можуть означати аномалію, дефект, втрату чи інше значне відхилення в структурах організму. Біологічні основи порушень у класифікації є провідними, поряд з чим може існувати можливість розширення класифікації на клітинному або молекулярному рівнях. Порушення являють собою відхилення від певних загальноприйнятих стандартів біомедичного статусу організму та його функцій і визначення їх складових здійснюється насамперед спеціалістами, які оцінюють фізичне та психічне функціонування відповідно до цих стандартів. Порушення можуть бути тимчасовими чи постійними; прогресуючими, регресуючими або стабільними; переміжними або безперервними. Відхилення від норми може бути незначним або суттєвим і може змінюватися з часом. Порушення не залежать від етіології чи способу їх розвитку; наприклад, втрата зору або кінцівки може виникнути внаслідок генетичної аномалії або травми. Наявність порушення обов'язково передбачає причину; однак причина може бути недостатньою, щоб пояснити отримане порушення. Наявність порушення також вказує на присутність функціонального або структурного розладу організму, але він може бути викликаний будь-яким захворюванням, розладом або фізіологічним станом. Порушення можуть бути частиною або проявом стану здоров'я, але вони не обов'язково означають наявність захворювання, або що особа повинна вважатися хворою. Порушення є ширшими та більш комплексними, ніж розлади або хвороби; наприклад, втрата кінцівки – це порушення структури організму, але не розлад чи хвороба. Одні порушення можуть спричиняти інші розлади; наприклад, втрата м'язової сили може погіршити рухові функції, функції серця можуть бути пов'язані з порушенням дихальної функції, а порушення сприйняття може бути пов'язане з функціями мислення. Деякі категорії Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я частково збігаються з категоріями МКХ-10, особливо щодо симптомів і ознак. Проте ці дві класифікації мають

різні цілі. Для реєстрації захворюваності та звернення за послугами МКХ-10 у спеціальних розділах класифікує симптоми, тоді як МКХ відображає їх як частину функцій організму, що може бути використана для профілактики або визначення потреб пацієнтів. Найбільш важливим є те, що МКХ передбачає використання класифікації Функції і структури організму спільно з категоріями «активність» та «участь». Порушення класифікують у відповідних категоріях з використанням визначених критеріїв ідентифікації: втрата чи відсутність; зниження; збільшення або надлишок; та відхилення. Як тільки порушення з'являється, його можна оцінювати за ступенем тяжкості з використанням загального кваліфікатора МКФ1.

Термін «складне порушення» використовують для позначення поєднання олігофренії із сенсорними порушеннями чи порушеннями опорно-рухового апарату. Особливостям розвитку дітей із такими порушення присвячені дослідження 80-90 років ХХ століття Т. Басілової, Г. Бертинь, М. Блюміної, О. Мастюкової, Н. Олександрової, М. Певзнер, Т. Розанової, В. Чулкова, М. Janssen, D. Moores, J. Van Dijk. У цей період на базі науково-дослідного інституту дефектології АПН СРСР було проведено клініко-психолого-педагогічне вивчення дітей, які мали поєднання глухоти та легкої розумової відсталості, недоліки зору, порушення опорно-рухового апарату. На основі цього для позначення поєднання різноманітних первинних порушень почали використовувати термін «складне порушення». За Т. Басіловою та Н. Олександровою складне або множинне порушення – це порушення двох і більше систем організму первинного характеру в однієї дитини з комплексом вторинних відхилень. Наприклад, слабозорість та рухові порушення, сліпоглухота, сліпота і порушення мовлення, порушення інтелекту з вираженими порушеннями зору та слуху тощо<sup>1</sup>. В. Чулков складними порушеннями дитячого розвитку вважав поєднання двох і більше психофізичних порушень в однієї дитини. Наприклад, поєднання глухоти та слабозорості, порушення інтелекту, опорно-рухового апарату та мовлення. Г. Бертинь, Л. Головчиц, О. Мещеряков, І. Соколянський, J. Van Dijk вважали

складним порушенням специфічно цілісний феномен, який характеризує особливу ситуацію розвитку дитини. М. Блюміна складними вважала порушення при яких спостерігається два чи більше первинних порушень, і кожне існує в цьому комплексі з характерними для нього вторинними відхиленнями, що ускладнюють загальну структуру порушення та затримують його компенсацію. За характером прояву різних порушених функцій дослідниця виокремлювала такі типи поєднання порушень, які є в однієї дитини: наявність одного порушення призводить до вторинних і третинних порушень (порушення слуху викликає вторинне недорозвинення мовлення та відставання у інтелектуальному розвитку); одні порушення ускладнюють прояви інших (олігофренія ускладнена руховими порушеннями)<sup>1</sup>. Т. Басілова, Г. Бертинь, О. Мастюкова, М. Певзнер, Т. Розанова вважали складними порушеннями поєднання двох і більше первинних психофізичних порушень, що в однаковій мірі визначають структуру аномального розвитку та складності у соціальній адаптації дитини. Такі порушення обумовлюють відхилення від нормального розвитку та пов'язані з порушеннями різних систем. Серед складних порушень домінують вроджені форми патології, які мають переважно генетичне походження. Т. Басілова виділяла близько двадцяти типів складних і множинних порушень, які представлені поєднанням первинних сенсорних, рухових, мовленнєвих, емоційних порушень, а також поєднанням цих порушень з олігофренією різного ступеня<sup>2</sup>.

Подвійні сенсорні порушення, як поєднання вад слуху та зору, досліджували Г. Бертинь, Р. Марєєва, О. Мещеряков, Н. Олександрова, М. Певзнер, Т. Розанова, І. Соколянський. Тривалий час йшлося в основному про сліпоглухонімих дітей (Р. Марєєва, О. Мещеряков, І. Соколянський). На сьогодні в такому терміні не доцільне, на думку Н. Гладких, використання вторинного відхилення – німоти. Як правило, виокремлення таких груп дітей було обумовлено необхідністю вибору окремого навчання, оскільки вони не могли навчатися в існуючих типах шкіл. Так, сліпоглухими вважалися діти, які за станом зору не могли навчатися у школі для глухих, а за станом слуху –

в школі для сліпих. Пізніше, в 90-их роках минулого століття, в структурі подвійних сенсорних порушень почали визначати лише первинні. Дітей з порушення зору та слуху, почали називати сліпоглухими, а термін «сліпоглухонімий» зараз вважається застарілим. Поступово відносно до такої групи в якості синонімів почали використовувати термін «подвійні сенсорні порушення», під яким розумілося поєднання виражених різною мірою порушення слуху та зору<sup>1</sup>.

У дослідженнях Т. Басілової, Г. Бертинь, О. Катаєвої, Р. Марєєвої, М. Певзнер, В. Чулкова ще зустрічається термін «потрійне порушення», що означає поєднання вад слуху, зору, інтелекту, мовлення або опорно-рухового апарату. О. Мещеряков і Т. Розанова відзначали, що психічний розвиток при подвійному чи потрійному порушенні не зводиться до суми особливостей психічного розвитку при кожному порушенні, а утворює нову, складну структуру порушень і потребує особливого психолого-педагогічного підходу<sup>2</sup>.

Окрім поняття «складного», «бісенсорного» та «потрійного» порушення є «провідне порушення із супутніми чи додатковими», яке передбачає одне основне порушення, що виражене в більшій мірі та менш виражене додаткове (супутнє). Для вітчизняного наукового вжитку термін «супутні» є більш доречним, але він може бути використаний тоді, коли мова йде про неглибоке порушення, що має ускладнюючий характер. Використання ж таких словосполучень є недоречним відносно, наприклад, глухої дитини з олігофренією, коли інтелектуальне порушення не може розглядатися як супутнє, а впливає на розвиток дитини такою ж мірою, як і порушення слуху, а іноді й більшою. На поширення такої неоднозначної термінології мали вплив праці зарубіжних авторів, наприклад з англійської «additional» означає додатковий, а в українській мові «супутній». D. Moores визначав, що особливу категорію складають глухі діти з супутніми порушеннями, які складно виявити, але ще складніше створити для таких дітей адекватні умови виховання та навчання<sup>1</sup>. A. Marzouq відзначав, що у глухих дітей частіше

зустрічаються супутні порушення, ніж у інших, а порушення інтелекту може залишитися довго не виявленим, оскільки, наприклад, туговухість поєднана з інтелектуальним порушенням може бути ідентифікована як глухота, а зниження зору у глухих дітей часто залишається непоміченим. J. Van Dijk відмічає складності відмежування впливу інтелектуальних і сенсорних порушень на психічний розвиток дитини і тому до особливої групи він відносить дітей з труднощами у навчанні та порушенні поведінки. Найчастіше серед глухих зустрічаються діти з порушеннями мовлення, глухі діти з емоційними та поведінковими порушеннями<sup>3</sup>. Таким чином, глуха дитина з «додатковими» порушеннями має одне провідне порушення та супутні захворювання, які перешкоджають її нормальному розвитку.

Наступний термін, яким користуються для позначення комплексу кількох вад розвитку дитини є «ускладнене порушення». Наявність у дитини з первинним сенсорним або інтелектуальним порушенням легких розладів опорно-рухового апарату чи поведінки часто трактується як «складне порушення». Це ускладнює диференціацію термінів «супутнє» та «ускладнене порушення». При «ускладненому порушенні» наявні два первинні порушення, одне з яких виражене в більшій мірі, а інше – в меншій мірі. Н. Гладких не погоджується з цим терміном, оскільки поєднується з іншими порушеннями в легкій мірі. Наприклад, в даному типі порушень йдеться про глухоту або зниження слуху, які ускладнені негрубими руховими чи зоровими розладами, неврологічною патологією або психопатологічними розладами, соматичними захворюваннями. У клініко-психолого-педагогічних дослідженнях О. Кукушкиної та О. Гончарової підкреслюється негативний вплив на психічний розвиток дитини ускладнених порушень, збільшення вторинних відхилень, які призводять до відставання в соціальному, пізнавальному та мовному розвитку<sup>1</sup>. Розуміння структури «ускладненого порушення» трактується М. Жигоревою та О. Мастюковою, як порушення, що передбачає наявність як правило двох первинних порушень, одне з яких визначає структуру порушення, оскільки обумовлює вторинні відхилення, а інші

первинні порушення, які слабо виражені та не призводять до негативних наслідків і не впливають на провідне порушення. При умові раннього виявлення та надання комплексної допомоги такі первинні порушення компенсуються. Прикладом ускладненого порушення може бути глухота з легкими опорно-руховими порушеннями. Ускладнене порушення характеризується виділенням провідного порушення і розладів, які його ускладнюють. Наприклад, у дитини з порушеннями розумового розвитку можуть спостерігатися нерізко виражені порушення зору, слуху, опорно-рухового апарату, емоційні і поведінкові розлади. Провідне та ускладнююче порушення можуть мати характер пошкодження, недорозвинення або їх поєднання. Ускладненим порушенням може бути поєднання рухових і поведінкових розладів, які можуть розглядатися як симптоми ускладненої олігофренії в результаті перинатального ураження ЦНС. Результатом перенесеного в ранньому віці менінгіту, може стати глухота, ускладнена гідроцефалією та епілепсією, або амбліопією чи косоокістю. Діти з ускладненим порушенням, як правило, можуть успішно навчатися разом з дітьми, які мають аналогічне провідне порушення, для них немає необхідності створювати особливі програми та підбирати методи навчання, достатньо індивідуального підходу, який буде враховувати їх особливості.

Термін «множинні порушення» використовується для визначення поєднання трьох і більше виражених порушень розвитку. До них можна віднести комплекс сенсорних і рухових порушень в одній дитині, які викликані глибоким ураженням ЦНС. Такими порушеннями можуть бути вади зору та ДЦП, глухоти та ДЦП, сліпоглухота, сліпота і туговухість, сліпота та системне порушення мовлення, розумова відсталість і виражене порушення зору, знижений зір і глухота, знижений зір з глухотою і порушенням руху тощо. У зарубіжних дослідженнях часто використовується термін «multiple disability», що означає наявність у дитини кількох психофізичних порушень: порушення інтелекту та сліпоти, порушень інтелекту та опорно-рухового апарату чи інших поєднаних порушень. При цьому зазначимо, що

використання дослівного перекладу використовуваного в англomовній літературі терміна буде недоречним, оскільки українською мовою він також звучатиме «множинне порушення». А як ми знаємо, у вітчизняній спеціальній літературі він використовується на позначення трьох і більше порушень психофізичного розвитку, виражених різною мірою. Ще більшою помилкою, з точки зору наукової термінології, як вважає Н. Гладких, є калькуюча назва «мультидефект»<sup>1</sup>.

У зарубіжній літературі відзначається відхід від терміну «handicap» («дефект», «порушення») на користь терміну «disability» («неспроможність», «відсутність можливості»). Усе рідше використовуються терміни «handicapped children», «severely profoundly handicapped» для позначення дітей з поєднанням порушень сенсорного та інтелектуального розвитку, тяжких рухових розладів, а частіше вживаються аналоги, які складно підібрати в українській мові – «complex impairments» (комплексні порушення), «multiply impairments» (множинні порушення), «additional disabilities» (додаткові порушення)<sup>1</sup>. Тоді як пряме значення слова «impairment» найближче до українського слова «ураження».

Діти із складними множинними, тобто комплексними, порушеннями розвитку – це діти, у яких внаслідок вродженої недостатності чи набутого органічного ураження сенсорних органів, опорно-рухового апарату або центральної нервової системи розвиток відхиляється від нормативного. Вони потребують спеціальних умов навчання і виховання. М. Жигорева та І. Левченко наводять такі визначення поліморфних порушень розвитку: складні (комплексні) порушення являють кілька первинних порушень, кожне з яких, будучи окремим, визначило б характер і структуру порушеного розвитку, а всі складові елементи комплексного порушення знаходяться у взаємодії та мають негативний ефект; ускладнений дефект має кілька первинних порушень, одне з яких є провідним і визначає структуру порушеного розвитку; множинні порушення, при яких у дитини одночасно існують три та більше первинних порушення, причому кожне має негативні наслідки, наприклад, розумово

відсталі та сліпоглухі.

Таким чином, термін «множинне порушення» може використовуватися і для позначення поєднання двох первинних порушень, будучи синонімом терміна «складне порушення». Також під складними множинними порушеннями розвитку розуміється комплексний синдром, частиною якого є порушення інтелектуального розвитку в поєднанні з порушеннями зору, слуху, фізичного розвитку і труднощами у вихованні. У відповідності зі стандартами ВООЗ порушення психофізичного розвитку можуть мати легку, середню, важку і дуже важку форми. Розповсюдженим є практико-орієнтований критерій, який визначає форму порушення на підставі обсягу допомоги, який необхідно надати особі з вадами розвитку. Відповідно до цього розрізняють малу, середню, велику і дуже велику потребу в допомозі.

Говорячи про складні форми порушень психофізичного розвитку, найчастіше мають на увазі численні вади відчуттів, когнітивної, емоційно-вольової, тілесної структури особистості, а також соціальні та комунікативні здібності, всі засоби самовираження. Мова йде про порушення, які зачіпають всю особистість, всі сфери її життєдіяльності: такі особи не в змозі самостійно встановлювати різні види відносин з навколишнім світом, вони значною мірою потребують догляду за собою і допомоги в побуті. А. Царьов зазначає, що основним в клінічній картині складного та множинного порушення є розумова відсталість. При цьому в різних поєднаннях з руховими порушеннями (ДЦП різної форми і ступеня тяжкості); складними порушеннями мовлення (несформованість мовних засобів); порушеннями функцій аналізаторних систем (зору, слуху, тактильної чутливості); підвищеною судомною готовністю (епісиндром); розладами емоційно-вольової сфери (порушення регуляції поведінки тощо); аутистичними розладами (стереотипні дії, порушення комунікації, соціальної поведінки)<sup>1</sup>.

Згідно з даними Н. Назарової, сучасні дослідники залежно від структури порушення поділяють дітей на три основні групи: діти з двома вираженими психофізичними порушеннями, кожне з яких може викликати порушення

розвитку, наприклад, сліпоглухих, розумово відсталі глухі, слабчуючі з первинної затримкою психічного розвитку тощо; діти, які мають одне провідне та слабо виражене супутнє психофізичне порушення, яке може помітно обтяжувати розвиток (наприклад, розумово відсталі діти з незначним зниженням слуху), у таких випадках говорять про «ускладнений» дефект; діти з так званими «численними порушеннями», коли є три та більше первинних порушень, які виражені в різному ступені та призводять до значних відхилень у розвитку дитини, наприклад, розумово відсталі слабозорі глухі діти.

Л. Головчиц, М. Жигорєва, І. Саломатіна для характеристики дітей, які мають декілька первинних порушень, все частіше використовують терміни «комплексні» або «комбіновані порушення». Для позначення групи розладів, при яких поєднуються два і більше первинних порушень розвитку, ми пропонуємо використовувати термін «комплексне порушення». Цей термін може розповсюджуватися і на різні варіанти комбінованого порушення, а також на множинні порушення. Він може застосовуватися для позначення дітей з глибокими порушеннями слуху і зору; різноманітними варіантами поєднання сенсорних, інтелектуальних, рухових порушень, розладів емоційно-вольової сфери та ін. Термін «комплексні порушення розвитку», на нашу думку, є найбільш влучним терміном, який повністю визначає структуру порушення, оскільки і первинні порушення у структурі цих порушень, і викликані ними вторинні відхилення, доцільно розглядати цілісно, у комплексі<sup>2</sup>.

Ґрунтуючись на аналізі наукових досліджень з окресленої проблеми, М. Жигорєва подає таке визначення: «до комплексних порушень відносяться такі, які представлені декількома первинними порушеннями, кожне з яких взяте окремо, визначає характер і структуру аномального розвитку. Усі порушення мають багатоаспектний вплив одне на одного і взаємопідсилюються. Як наслідок, негативний прояв таких дисфункцій є кількісно і якісно набагато грубішим, порівняно з простим додавання окремих порушень».

Характеризуючи особливості «аномального розвитку», Л. Виготський говорив, що дитина, розвиток якої ускладнений порушенням, не є просто менш розвиненою, ніж її нормальний одноліток, вона є дитиною, у якої якісно інший розвиток. З огляду на те, що у дитини з комплексними порушеннями є кілька первинних порушень, то розвиток такої дитини являє собою якісно своєрідний тип розвитку. Згідно з положенням Л. Виготського, важливою закономірністю порушеного розвитку дитини є співвідношення первинного порушення і вторинних відхилень. У дитини з комплексними порушеннями первинних «дефектів» декілька, кожен із яких має вторинні відхилення, ускладнюючи їх та викликаючи відхилення третього порядку<sup>1</sup>. Отже, процес розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку можемо розглядати лише на основі детермінованості особливостей усіх факторів, які відображаються впливом тієї чи іншої патології. Важливо виявити характер первинних порушень та особливості їх впливу на формування вторинних відхилень, які в свою чергу визначають своєрідність психічного розвитку дитини. Структура вторинних відхилень залежить від характеру провідного порушення. Вторинні порушення розвитку зачіпають насамперед мовлення, дрібну моторику, просторові уявлення, довільну регуляцію діяльності тощо. Г. Бертинь, К. Глущенко, Н. Гладких та І. Лукашева відмічають, що фізичний та психічний розвиток у дітей з комплексними порушеннями набагато відстає від дитини у нормі. Однією з найбільш складних категорій комплексних порушень розвитку, на думку Н. Гладких, є діти з поєднанням порушень опорно-рухового апарату, інтелекту та зору, що зумовлює необхідність диференційованого підходу до їх психолого-педагогічної корекції. Дана категорія дітей є складною через важкість порушень розвитку та їх вторинних відхилень, які пов'язуючись між собою, утворюють складну структуру порушення.

Специфічні особливості розвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку мають загальні риси, які дозволяють розділити дітей на три групи (за А. Царьовим):

1. діти з складними порушеннями опорно-рухового апарату, які самостійно не пересуваються (складні форми ДЦП, спастичний тетрапарез, гіперкінез тощо). Такі діти потребують постійної фізичної допомоги дорослих при перенесенні, пересуванні візочка, одяганні та роздяганні, туалеті, прийомі їжі тощо. Більшість таких дітей не може самостійно утримувати своє тіло в сидячому положенні. Спастичність кінцівок часто ускладнена гіперкінезами. Процес спілкування також утруднений через не сформованість мовних засобів. Інтелектуальний розвиток таких дітей різний. Ступінь розумової відсталості коливається від легкої до глибокої. Діти даної групи з менш вираженим інтелектуальним недорозвиненням мають передумови для формування уявлень, умінь і навичок, які є значущими для соціальної адаптації. Більшість дітей проявляє інтерес до спілкування і взаємодії, що дозволяє навчати їх користування невербальними засобами комунікації: жестами, мімікою, опорою на графічні зображення. У цих дітей відзначається наявність окремих рухових дій (захоплення, утримання предмета, контрольовані рухи шиї тощо), що створює передумови для навчання виконувати доступні операції самообслуговування і предметно-практичної діяльності. Застосування спеціальних електронних та механічних пристроїв, програмного забезпечення для персонального комп'ютера дає можливість навчати таких дітей користуватися різною технікою;

2. діти з складними порушеннями емоційно-вольової сфери та регуляції поведінки потребують постійного контролю зі сторони дорослих. Контакт з оточуючими відсутній або виникає у формі фізичного звернення до дорослих зазвичай у ситуаціях, коли потрібна допомога в задоволенні потреби. Такі діти не виявляють інтерес до діяльності інших, часто не виконують прохання чи інструкції, на заборону, велику скупченість людей чи шум реагують агресією або самоагресією. Моторні функції рук у них не порушені, але предметні дії формуються важко через слабку мотивацію діяльності. Аутистичні риси особистості таких дітей часто ускладнюють встановлення глибини порушення їх інтелектуального розвитку. Особливості їх емоційно-

вольових якостей, аутистичні риси їх поведінки обумовлюють труднощі в груповому навчанні. Такі особливості вимагають організації індивідуальної педагогічної роботи з метою подальшої адаптації до навчання в умовах групи. Збереження (в більшості випадків) моторних функцій дітей робить можливим навчання предметно-практичної діяльності. Індивідуальний диференційований підхід дозволяє спочатку формувати предметно-маніпулятивну діяльність, потім вміння використовувати предмети за призначенням, розвивати предметну діяльність в процесі виконання серій вправ з різними об'єктами, навички виконання побутових і трудових операцій.

3. діти з помірною та глибокою розумовою відсталістю, в поєднанні з більш легкими формами інших порушень ніж у двох вищеназваних випадках. Такі діти не потребують постійної допомоги та контролю зі сторони дорослих, вони можуть мати порушення загальної моторики, але пересуваються самостійно. Їх моторна недостатність проявляється в уповільненому темпі, несформованій координації та неточності рухів. У деяких дітей спостерігається стереотип, небажання контактувати з оточуючими та інші аутистичні риси, подібні з характеристикою дітей попередньої групи. Серед їх клінічних діагнозів переважає олігофренія від легкого до глибокого ступеня. Більшість дітей з названої групи мають елементарні навички спілкування. У порівнянні з дітьми попередніх груп у них зазвичай проявляються більш розвинені комунікативні функції, бажання спілкуватися. Діти, які володіють вербальною мовою, можуть звернутися до оточуючих і висловити своє бажання, повідомити про виконане завдання, відповісти на питання дорослого на рівні слова, словосполучення або простого речення. Деякі діти не володіють вербальною мовою, але можуть вступати в контакт і здійснювати елементарне спілкування за допомогою жестів, вокалізації чи окремих складів і слів. Діти цієї групи можуть виконати окремі операції предметних дій, але серед якісних показників діяльності переважає слабка мотивація, короткочасність концентрації уваги, непослідовність виконуваних операцій, що перешкоджає виконанню цілісного дії. Успішність навчання таких дітей предметної,

побутової та доступної трудової діяльності різні. Результативність навчання визначається фізичним та інтелектуальним розвитком дітей. При відсутності парезів рук і при відповідній інтелектуальній готовності діти даної групи опановують окремі навички побутової (прання, прасування, підмітання, приготування їжі) і трудової діяльності (операції деревообробки, рослинництва, шиття, поліграфії тощо). На відміну від дітей попередньої групи більшість з них можуть короткий час здійснювати спільну діяльність з іншими людьми, що служить передумовою для їх навчання в групі. У цілому, у них спостерігається більш високий рівень розвитку соціально значущих уявлень, умінь і навичок<sup>1</sup>.

Аналізуючи психологічні особливості розвитку дітей із складними множинними порушеннями розвитку, М. Жигорева поділяє їх на низький, середній та вище середнього рівні. Діти низького рівня психічного розвитку характеризуються стійкими порушеннями психічної діяльності у сфері соціальної взаємодії, розвитку когнітивних процесів та мовлення. Більшість таких дітей мають формальний контакт із дорослими або взагалі відмовляються від будь-якої комунікації. Така пасивність і слабкий соціальний інтерес уповільнює розвиток комунікативних навичок дитини. Тривалий час діти залишаються на емоційно-особистому рівні спілкування, у них переважає тілесний контакт, експресивно-мімічні прояви, окремі вокалізації. Наслідувальні дії практично не формуються. Саморегуляція та контроль відсутні, діти інертні, допомогу не сприймають. Вони можуть працювати спільно з педагогом чи психологом. Зона найближчого розвитку дітей першого (низького) рівня дуже звужена.

До середнього рівня розвитку віднесено найбільшу кількість дітей. Порушення виявляються у нерівномірну розвитку різних психічних процесів. Для дітей характерна недостатність наочно-образного, наочно-дійового мислення та низький рівень словесно-логічного мислення. Діти не володіють аналізом, синтезом та порівнянням. Увага недостатньо стійка, моторика відстає у розвитку, що проявляється у моторній незграбності та недостатній

координації, відзначається порушення емоційно-вольової сфери. Діти із складними порушення такого рівня більш перспективні в плані розвитку та інтеграції у суспільству, у них проявляється адекватність поведінки, вони енергійні у своїх діях порівняно із дітьми попередньої групи.

Діти вище середнього рівень порівняно рано привчаються до соціальних норм і правил, у достатній мірі оволодівають навичками самообслуговування, комунікації та ігровим діям. Спільним для них є недостатня сформованість узагальнення та абстрагування, але аналіз та синтез розвинуті, тому діти застосовують їх при вирішенні нескладних задач, тобто вони здатні до переносу засвоєних умінь та навичок у різних ситуаціях. У процесі самостійної діяльності при виконанні завдань використовуються залишки зору та слуху. У дітей цього рівня увага, емоційно-вольова сфера більш стійкі, емоційні прояви адекватні та різноманітні, спостерігається урівноваженість процесів збудження та гальмування, що дає їм змогу регулювати свою поведінку. Відсутність або часткова втрата зору, слуху, порушення опорно-рухової системи, затримка психічного розвитку спостерігаються у дітей зі складними порушеннями даного рівня, що суттєво порушує пізнання навколишнього світу та планомірності формування мови. Характер діяльності дітей цього рівня більш цілеспрямований, доволіно керуючий та мотивований. Для дитини є значимим досягнення нею певного результату своєї діяльності. Такі діти правильно розуміють ситуацію, є чутливими до похвали чи дорікань, керують своєю діяльністю та адекватно сприймають надану їм допомогу.

Незважаючи на те, що діти, які відносяться до вищезазначених рівнів засвоєння освітнього стандарту, є складними в плані навчання та адаптації, можливість перебування їх у звичайному класі загальноосвітньої школи не є протизаконним. Для дитини із складним порушенням розвитку дитячий колектив є потужним та ледь не єдиним ресурсом для розвитку. Спільне навчання таких дітей є позитивним, оскільки діти навчаться взаємодіяти один з одним, для здорових дітей присутність у класі дітей із слабкими порушеннями також є сприятливим фактором формування їх толерантності.

Відповідно до загального рівня готовності дитини із складними множинними порушеннями розвитку до освітньої інтеграції визначено такі її варіанти: постійне, постійне неповне, часткове, епізодичне чи дистанційне навчання. Досвід роботи з дітьми із складними порушеннями показує, що, як правило, для інтеграції таких дітей обирається тимчасова (часткова інтеграція або епізодична), тобто такі учні об'єднуються з дітьми без вад розвитку для проведення спільних заходів (свята, конкурси, виставки дитячих робіт, шкільні гуртки). Варіант інтеграції та режим відвідування вирішується на психолого-медико-педагогічному консилиумі на підставі аналізу документів та попереднього психолого-педагогічного обстеження дити.

Дослідження Н. Александрової, Ю. Антибури, Г. Аристової, Т. Басилової, Г. Бертинь, М. Блюміної, М. Вернадської, Л. Виготського, Т. Власової, Н. Гладких, Л. Головчиц, Л. Григор'євої, М. Давидова, М. Жигоревої, Н. Зинов'євої, І. Каткової, О. Каракулової, К. Козлової, В. Лубовського, О. Мастюкової, Н. Медової, А. Мещерякова, І. Молчановської, О. Московкіної, А. Набичевої, Д. Науменко, М. Певзнер, Л. Переслені, Т. Розанової, Н. Сошникової, І. Філатової, Л. Фільцикової, В. Чулкова, Л. Яковлевої, D. Voas, L. Ferreira, M. Moura, S. Maia, I. Amaral, M. Janssen, D. Moores, J. Van Dijk засвідчили, що в клінічній картині комплексних порушень розвитку у дітей значне місце займає виражена інтелектуальна недостатність, яка виступає у різних поєднаннях з порушеннями опорно-рухового апарату (дитячий церебральний параліч різної форми і ступеня тяжкості), важкими порушеннями мови, порушеннями функцій аналізаторних систем (зір, слух), розладами емоційно-вольової сфери, аутистичними розладами. Інтелектуальна недостатність (за МКХ-10: F-71 – помірною, F-72 – важкою, F-73 – глибокою), як можливий компонент комплексного порушення розвитку значно знижує компенсаторні можливості розвитку дитини, але не визначає їх неможливість. Загальною закономірністю, що впливає на подальший розвиток таких дітей є умови раннього розвитку дитини. Наявність двох і більше порушень розвитку значно зменшує контакт

дитини з навколишньою дійсністю.

Такими дослідниками, як Л. Григор'єва, З. Алієва, М. Бернадська, Н. Благосклонна, Л. Рожкова, В. Толстова, Л. Фільчикова, М. Фішман було вивчено проблему особливостей психофізіології розвитку когнітивних процесів у дітей із комплексними порушеннями розвитку. У результаті дослідження було встановлено системний характер змін інтегративної діяльності мозку в результаті зорової, слухової та бісенсорної деривації. Поруч із порушеннями функціонування аналізаторів було виявлено переважання механізмів дифузної неспецифічної активації. Сенсорний дефіцит призводить до уповільнення дозрівання системи керування активації мозку. Доведено, що у молодших школярів дефіцит уваги обумовлений недостатністю цих процесів в результаті дисфункції стовбурових структур мозку та таламо-коркових зв'язків. Порушення пам'яті поєднувалося із недостатністю системних асоціативних і регуляторних процесів. Нейропсихологічні характеристики інтегративної діяльності мозку слід враховувати при розробці психолого-педагогічних стратегій навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку<sup>1</sup>.

Діти з складними множинними порушеннями розвитку вимагають постійної, інтенсивної допомоги, яка надається постійно і в більш ніж одній життєво важливій «лінії» діяльності. Без такої підтримки участь дітей даної категорії у соціокультурному житті суспільства, в інтеграційних процесах, які доступні іншим людям, неможливо. Основним засобом підтримки дітей із складними множинними порушеннями розвитку вважається спеціальна психолого-педагогічна допомога, яка комплексно здійснюється різними фахівцями в тісній співпраці з сім'єю або законними представниками, які виховують дитину з складними множинними порушеннями розвитку.

## 1.2. Аналіз наукових теорій емоційного вигорання

У сучасному суспільстві зростають вимоги до продуктивності та якості роботи працівників, яка можлива лише при умові професійної компетентності фахівця, його психологічного та фізичного здоров'я і психічної стійкості до появи та розвитку негативних станів, які можуть бути обумовлені стресогенністю життя та діяльності. На сьогоднішній день професійні та родинні обов'язки більшості людей, незалежно від специфіки їх діяльності, пов'язані з великою відповідальністю, потребою швидкого прийняття рішення, самодисципліною, вмінням зберігати працездатність в екстремальних умовах, емоційною віддачею, психологічним та інтелектуальним напруженням. Все це може призводити до виснаження психологічних та фізичних ресурсів особистості і, як наслідок, – до її емоційного вигорання. У зв'язку з цим необхідний комплексний підхід до вирішення даної проблеми. Необхідно відзначити, що емоційне вигорання є складним багатокомпонентним феноменом та сьогодні не існує однозначного розуміння його сутності.

За американським словником Мерріама-Вебстера, поняття «вигорання» вперше з'явилося у 30-х роках ХХ століття та позначало явище, коли спортсмени після тривалих тренувань і змагань виснажувались та були нездатні надалі брати участь у змаганнях. Г. Фрейденберг 1974 року запропонував термін «вигорання працівників», а у 1976 році американською дослідницею К. Маслач було використано термін «емоційне вигорання». З того часу вийшло друком понад 2500 статей і книг, присвячених вивченню синдрому «професійного вигорання». За даними дослідження американського Національного інституту проблем здоров'я і професійної безпеки в наш час більше 35 млн. людей у світі страждають клінічною формою синдрому хронічної втоми [4, с. 89].

Аналіз проблеми «емоційного вигорання» в загальному розглядали – А. Пайнс, Е. Аронсон, А. Чиром, Д. Дирендонк, В. Шауфели, Х. Сиксма, С. Джексона, Б. Пельман, Е. Хартман, Б. Фарбер, Г. Фирт, А. Мимс,

І. Іваничи, Р. Шваб, Л. Березовська, В. Бойко, А. Брусенцев, Н. Водопянова, М. Гавриленко, М. Говорун, Д. Гошовська, В. Капцов, Н. Коновчук, М. Лаврова, Х. Масlach, М. Михайлова, Н. Намова, В. Орел, О. Подсадний, П. Сидоров, В. Слабинський, О. Старовойт, О. Старченкова, М. Сторлі, Д. Трунов, О. Іноземцева, О. Полявова, С. Усаніна, Х. Фрейденберг, Я. Чаплак, у спортсменів – Р.Павелків, М. Гриньова, Н. Беляєва, В.Василюк, Х.Юдкіна, у педагогів – Н. Андреєва, Н. Булатевич, І. Гроза, М. Кайдина, Л.Музичко, Л.Фальковська, К.Гавриловська, В.Овсянникова, Н.Булатевич, О.Петрусенко, Т.Колтунович, О. Ожогова, Ю.Жогно, М.Борисова, Т.Зайчикова, Н. Пелех, В. Павленко, С. Сиваш, С.Редько, О.Чичкан, Р.Грицай, А.Кучма, Т. Форманюк, Т. Солодкова; у медиків – К.Айдамедов, Д. Любимова, Н. Максимова, О.Олійник, О.Знанецька, Н.Маляр-Газда, О.Децик, Л.Лотоцька-Голуб, О. Кошкіна, Л.Дудник, В. Винокур, Т. Тимофєєва, Л. Карамова, М. Островський, О.Рибіна, Н.Карвацька, Н.Панасенко, Н.Марута, Г.Каленська, О.Чабан Л. Юрьєва; у психологів – І. Калашник, Г.Кизим, К. Малишева, М. Міщенко, Т.Попова, Н.Прокопенко, С. Харенко; у студентів – О. Кіяшко, Г. Лемко, Г. Рачук, І.Пономаренко, у працівників правоохоронних органів, рятувальних підрозділів та військовослужбовців – А. Абрамов, С. Андроник, Н.Баранюк, І. Ващенко, Н.Карпенко, Ю. Ковровський, А. Куфлієвський, Л. Леженіна, Т.Макота, І.Назаренко, О.Хайрулін, у економістів і підприємців – Н. Анненкова, І. Антоненко, І. Галецька, В. Гоблик, І. Гориславська, Г. Гнускіна, О. Камєва, Л. Карамушка, Т. Щербан, Т. Шепеплевич, І. Заяц; емоційне вигорання як медична проблема – М. Березовська, А. Висоцький, Т.Гарник, Л.Кузнецова, В.Фролов, М. Пересадін; у соціальних працівників – І.Асєва, О.Доценко, О.Бусовикова, Т.Ронгинська, С.Лукомська, О.Коцкович; у сім'ях – Д.Шульженко, А.Базалева, В.Крамченкова, Л.Пілецька, Г.Соколова, Т.Титаренко, О.Кляпець; у працівників телекомунікаційного зв'язку та ІТ сфери – Н. Кутузова, К. Жєглова.

Як зазначає В. Наумова феномен емоційного вигорання досліджується у психології стресових станів (вигорання як результат стресу), у межах психології професійної діяльності (вигорання як форма професійної деформації) та екзистенційної психології (вигорання як стан фізичного і психічного виснаження, що виникло в результаті довготривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях). Розвиток цього синдрому характерний для альтруїстичних професій, де домінує турбота про людей (соціальні працівники, лікарі, медичні сестри, учителі та ін.). Ознаками синдрому емоційного вигорання є хронічна втома, порушення пам'яті й уваги, порушення сну з важким засинанням і раннім пробудженням, зниження працездатності, особистісні зміни. При цьому розвиваються тривожні, депресивні розлади. Поширення синдрому емоційного вигорання поступово набуває все більших масштабів, що зумовлює ріст інтересу до цього науковців з різних галузей, а зокрема: психологів, педагогів, філософів, медиків та ін. [9, с. 443]. Н. Марута, О. Чабан та Г. Каленська відзначається стійкий інтерес до феномену емоційного вигорання як реакції людини, що виникає внаслідок тривалого впливу стресів середньої інтенсивності. Синдром емоційного вигорання є процесом поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в емоційному, розумовому виснаженні, фізичній втомі, особистісній відстороненості та зниженні задоволення виконанням роботи [6, с. 22-23].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб у класифікаційній рубриці «Проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям» під номером Z.73.0 зазначається: «Вигорання – стан повного виснаження, дійсний клінічний синдром з невротичними особливостями, а не тільки посиленням нормальної втоми від роботи». Люди з синдромом «вигорання» мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Водночас із цим спостерігаються хронічна втома, порушення пам'яті, уваги, сну з труднощами засинання та ранніми пробудженнями, особисті зміни. Також можливий розвиток тривожних,

депресивних розладів, залежності від психоактивних речовин і суїцид. Загальними соматичними симптомами є головний біль, діарея, синдром «роздратованого шлунку», тахікардія, аритмія, гіпертонія [7].

Аналізуючи наукову літературу, можна виділити такі основні підходи до визначення емоційного вигорання та його ознак: результативний (структурно-симптоматичний) та процесуальний (процесуально-стадіальний). Представники першого підходу розглядають вигорання як певний стан, що включає в себе ряд конкретних та стабільних елементів (симптомів), а іншого – вигорання як процес, який складається з послідовних фаз (стадій) [5, с. 27].

Результативний підхід має кілька моделей емоційного вигорання. Однофакторна модель, представниками якої є А. Пайнс, Е. Аронсон, А. Чиром. Відповідно до неї, вигорання – це стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, що викликаний тривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях. Виснаження є головною причиною, а інші прояви дисгармонії переживань та поведінки є наслідками [15, р. 33]. У двофакторній моделі, яку представляють Д. Дирендонк, В. Шауфели, Х. Сиксма, синдром вигорання являє собою двомірну конструкцію, що складається з виснаження та деперсоналізації [16, р. 77]. Перший компонент, який назвали «афективним», відноситься до сфери скарг на своє здоров'я, фізичне самопочуття, нервові напруження, емоційне виснаження. Другий – деперсоналізація – проявляється у зміні ставлення до себе та оточуючих людей. Найбільш поширеною концепцією результативного підходу є трифакторна модель К. Маслач, С. Джексона, Б. Пельман, Е. Хартман та Б. Фарбер. Вигорання за цими авторами – це реакція-відповідь на тривалі стреси міжособистісних комунікацій, яка включає три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень. Емоційне виснаження проявляється у відчутті емоційного перенапруження та у відчутті спустошеності, вичерпаності власних емоційних ресурсів. Людина відчуває, що не може працювати так як раніше, втрачає інтерес до вирішення професійних питань. Цей стан проявляється відчуттям «приглушення»,

«притуплення» емоцій. Деперсоналізація представляє собою тенденцію розвивати негативне, цинічне ставлення до інших людей. Контакти з оточуючими стають знеособленими та формальними. Негативні установки, що виникають, можуть спочатку мати прихований характер та стримуватися всередині. З часом все частіше виникають спалахи роздратування, які призводять до конфліктних ситуацій [13, р. 246]. О.Ожогова в своєму дослідженні показала, що для професіоналів з відсутністю або незначною вираженістю емоційного вигорання характерне гармонійне співвідношення компонентів в системі життєвих орієнтацій та переважання таких термінальних цінностей, як «духовне задоволення», «творчість» та «активне соціальне життя». А у працівників з частково або повністю сформованим синдромом спостерігається неузгодженість в системі життєвих орієнтацій та домінуванні термінальних цінностей – «збереження власної індивідуальності», «розвиток себе» та «високе матеріальне становище» [8, с. 27]. Редукція особистих досягнень проявляється як зниження відчуття компетентності в своїй роботі, незадоволеність собою, зменшення цінності своєї діяльності, негативне сприйняття себе як професіонала та особистості. Внаслідок цього у людини поступово знижується як професійна, так і особиста самооцінка, з'являється відчуття власної неспроможності та байдужості до роботи. В. Бодров відзначає, що люди з низькою самооцінкою справляються з стресом гірше, ніж люди з високою самооцінкою, якщо ж лікарі оцінюють себе в професії досить високо, менша ймовірність, що вони будуть інтерпретувати багато подій в своїй роботі як стресові і, відповідно, менше будуть піддаватися ризику емоційного вигорання. Характерною особливістю позиції К. Маслач та її колег є акцентування уваги на професійному характері синдрому вигорання, розгляді його як результату професійних проблем, а не психіатричного синдрому. На думку Н. Гришіної, вигорання не обмежується професійною сферою та стресогенним характером діяльності людини. Втрата людиною відчуття сенсу своєї професійної діяльності, знецінення зусиль та втрата віри в сенс життя переживається як внутрішньоособистісний конфлікт [5].

Чотирифакторна модель (Г. Фирт, А. Мимс, І. Іванічи, Р. Шваб) передбачає, що один із елементів (емоційне виснаження, деперсоналізація або редукції особистих досягнень) поділяється на два окремі фактори.

Особливість процесуально-стадіального підходу до розуміння емоційного вигорання полягає в тому, що тут акцент робиться на етапах його розгортання. Так, Т. Теміров зазначає, що емоційне вигорання є процесом, який розвивається у просторі та часі [11]. В. Шауфелі, Д. Ензман, Х. Маслач визначають вигорання як процес ерозію психічної енергії, що виникає непомітно для людини, розвивається досить повільно, немає зворотного шляху та часових обмежень і призводить до загального виснаження [17]. Такі дослідники, як В. Бойко, М. Буріш, І. Галецька, Д. Міллер, М. Мелох, П.Сидоров та А. Парняков, С. Черніс виділяють конкретні стадії вигорання та аналізують кожен з них.

За даними В. Бойко, розвиток синдрому емоційного вигорання відбувається в три фази: напруження – спостерігається зниження настрою, дратівливість та депресивні реакції; опір – характерна захисна поведінка за типом «неучасті», прагнення уникати впливу емоційних факторів та обмеження власного емоційного реагування у відповідь на незначні психотравмуючі впливи, проявляється «економія емоцій», в результаті чого спілкування стає поверхневим та формальним, а потім міжособистісні взаємодії у всіх інших сферах життя стають регламентованими та вибірковими; виснаження – знижується енергетичний тонус, настрої та з'являється відчуття безперспективності, психовегетативні порушення та соматичні симптоми у виді больових відчуттів, розладів серцево-судинної та інших систем, підвищується рівень тривоги з ознаками дезорганізації психічної діяльності [1]. З точки зору М. Буриша вигорання проходить в своєму розвитку 6 фаз: попереджаючу, фазу зниження рівня власної участі, фазу емоційних реакцій, фазу деструктивної поведінки, фазу психосоматичних реакцій та фазу розчарування. Основний рушійний фактор вигорання пов'язаний із суперечностями між ступенем включеності у роботу

та отримуваною від неї віддачею [3, с. 22-23]. І. Галецька розглядає професійне вигорання як процесуальну модель, динамічний процес, що розвивається в часі та проходить три основні стадії: характеризуються спочатку зростанням емоційного виснаження, унаслідок якого виникають негативні установки до суб'єктів професійної діяльності та створюється емоційна дистанція в професійних стосунках для подолання виснаження. Водночас паралельно розвивається негативне ставлення до власних професійних досягнень (редукція професійних досягнень) [2, с. 89]. Д. Міллер, М. Мелок вважають, що емоційне вигорання проходить чотири стадії: ентузіазм, стагнацію, фрустрацію та апатію. Ентузіазм є емоційним станом працівника, коли той бажає бути завжди корисним та характеризується надмірною чутливістю до потреб суб'єктів професійної діяльності, має нереалістичні очікування щодо роботи. Стагнація проявляється в зменшенні очікувань до нормальних меж і характеризується виплеском особистого невдоволення назовні. Фрустрація характеризується появою сумнівів щодо власної компетенції, зменшенням толерантності та співчуття і, як наслідок, виникає механізм захисту у формі обмеження професійних контактів. Апатія стає захистом від хронічної фрустрації, з'являється байдужість та депресія [14, р. 213]. С. Черніс також розглядає три стадії розгортання емоційного вигорання, яке аналізується як процес негативної зміни поведінки у відповідь на стресовий характер навколишнього середовища: перша стадія характеризується наявністю дисбалансу між вимогами середовища та ресурсами, що зумовлюють виникнення стресового стану; для другої стадії притаманна короткотермінова емоційна напруга, втома та виснаження; для третьої стадії – зміна мотиваційної сфери особистості та її поведінки, де провідним симптомом є цинічне ставлення до оточення [12, р. 10].

П. Сидоров та А. Парняков визначають синдром емоційного вигорання як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, який проявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконання

роботи [10]. Таким чином, з позиції процесуального підходу, вигорання – це процес, який починається з напруження, є результатом протиріччя між очікуваннями, ідеалами, бажаннями особистості та вимогами суворого повсякденного життя.

Незважаючи на те, що на сьогодні існує значна кількість досліджень цього феномену, термін «емоційне вигорання» не відноситься до чітко визначених понять в системі психологічних знань. У наукових працях та дослідженнях використовуються різні варіанти перекладу англійського терміна «burnout»: «емоційне вигорання», «психоемоційне вигорання», «емоційне згорання», «синдром згорання», «психічне вигорання», «психологічне вигорання», «психологічне вигорання особистості», «вигорання душі» та «професійне вигорання».

### **1.3. Проблема емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку**

Системна допомога дітям із психофізичними порушеннями ґрунтується на чіткому розумінні особливостей психологічної допомоги батькам дітей з особливими освітніми потребами. Концепція психологічних послуг для батьків дітей з особливими освітніми потребами, робить перші кроки в Україні. На основі різних принципів формувалися різноманітні моделі психологічної допомоги родинам осіб з особливими дітьми.

Досліджено вплив народження дитини з порушеннями на психоемоційний стан та адаптацію батьків (Н. Бастун, Р. Кравченко, А. Кравцова, К. Островська, М. Радченко, М. Сварник, Л. Шипіцина, М. Batshaw, Н. Borzyszkowska, М. Koscielska, D. Lobato). На основі різних принципів, а саме: принципів спеціальної дидактики виховних, сімейно центрованих та мотиваційних формувалися різноманітні моделі психологічної допомоги родинам осіб з особливими освітніми потребами. Модель Б. Ф. Скінера спиралася на принципи збільшення кількості та якості взаємодій–інтеракцій дитини і батьків. Модель В. Є. Кагана, спирається на принцип

стимулювання батьків до виникнення у них забутих інтересів і захоплень. На думку автора, для них як осіб, для їх роботи з дитиною необхідне повернення до улюбленої роботи і до особистісного розвитку. Сутність моделі полягає в дотриманні терапевтичної дистанції без відмови від просто людського контакту з батьками. Модель Х. Джайнотта – спілкування батьків з дітьми спирається на те, що у всіх ситуаціях батьки підтримують позитивний образ «Я» у дитини; уникають особистісних негативних оціночних суджень. Модель В. В. Тарасун – спирається на принцип вирішення проблеми раннього прогнозування і своєчасного запобігання труднощів у навчанні дітей з особливими освітніми потребами. Важливого значення при побудові стратегії надання психологічної допомоги родинам, які виховують дитину з особливими освітніми потребами, мають базові положення теорій: психолого-педагогічних закономірностей розвитку дитини з психофізичними порушеннями, як результату складного процесу його соціалізації (Т. А. Власова, Л. С. Виготський, В. І. Лубовський, Д. Б. Ельконін) та розвитку в умовах дизонтогенезу, який потребує створення спеціального корекційно-розвивального середовища (К. С. Лебединська, В. В. Лебединський, І. Ю. Левченко, В. І. Лубовський, Є. М. Мастюкова, М. С. Певзнер, В. Г. Петрова, С. Я. Рубінштейн, В. М. Синьов, У. В. Ульяновка). Під спеціальним корекційно-розвивальним середовищем в родині мається на увазі внутрішньо-сімейні умови, які створюються батьками і забезпечують оптимальний розвиток дитини з різними нозологічними порушеннями.

Теорія й методика соціально-психологічної роботи з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями розвитку досліджувалась багатьма авторами: І. Іванова, І. Коробейников, А. Маллер, І. Мамайчук, В. Мартинов, О. Мастюкова, Г. Мішина, К. Островська, Н. Фінні, Л. Ханзерук, Д. Шульженко та ін).

Різні ситуації виникають через реакції батьків на хворобу, ваду чи інвалідність дитини. М. Семаго і Р. Майромян виділяють чотири фази реакції батьків на народження дитини з вадами розвитку.

Перша – стресовий стан, коли подружжя відчують страх, відчай і розгубленість. Вони ставлять собі запитання: «чому це повинно було статися зі мною»? Згодом виникає почуття провини, хоча лікар запевняє, що хвороба була неминучою.

Друга – фаза динаміки психологічного стану сім'ї – негативізм, заперечення діагнозу. У такому випадку заперечення батьками патологічного стану дитини розглядається як засіб (що не усвідомлюється ними) для подолання пригніченості і тривоги. Деякі батьки висловлюють недовіру лікарям і консультантам, багаторазово уточнюють діагноз. Характерною рисою цієї фази є проекція власного почуття провини на інших, яка носить внутрішньо сімейний і поза сімейний характер. Батьки можуть звинувачувати один одного, лікарів. Характер проекції може відволікати енергію від адекватного вирішення проблеми, призводить до напружених відносин і підвищує емоційну напруженість. У такому випадку батьки зосереджені саме на хворобі, ваді дитини і не помічають позитивних ознак її особистості чи збережених можливостей і якостей, яких не зачепила хвороба.

Третя фаза – депресивний стан, пов'язаний з усвідомленням справжнього становища, втратою сподівань на те, що їхня дитина може бути нормальною. Сум, горе часто можуть не проявлятися безпосередньо, але переживання тих почуттів позначається на стосунках сім'ї. Зменшується інтерес до роботи та інших справ, спостерігається роздратування, гнів, бракує теплоти у стосунках. Безперервна потреба дитини у спеціальному догляді може ускладнити вирішення цієї проблеми, підсилити синдром «хронічної печалі», що є наслідком постійної залежності дитини від батьків, асоціалізації її психічного чи фізичного дефекту. Це може призвести до емоційної ізоляції, відчуженості подружжя. Деякі пари залишаються разом із спільного почуття провини і обов'язку, але їх задоволення шлюбом може послабшати, може настати сексуальна дисгармонія.

Четверта фаза – означає початок соціально-психологічної адаптації членів сім'ї, адекватних емоційних контактів. На думку М. Семаго і

Р. Майромяна, ці етапи носять скоріш структурний ніж послідовно-почасовий характер, і залежно від мікросередовища, особливостей внутрішньо сімейної ситуації можуть мати різну тривалість і виявлення [3, 2].

Емоційне відкидання найчастіше має місце, коли дитина не виправдовує очікувань батьків, не задовольняє їх соціальних амбіцій, що проявляється у підвищеному рівні тривожності у дитини, її педагогічній занедбаності та девіантній поведінці у більш старшому віці. Недостатня чуйність батьків виражається у несвоєчасному і недостатньому відгуку на потреби дітей, нехтуванні їхніми почуттями. Вони можуть виявляти надмірно сильні реакції на відхилення в поведінці дитини і не помічати її позитивних рис. Нечуйність батьків, особливо матерів, створює ситуацію депривації і ще більш сповільнює розвиток дитини, сприяє порушенню її поведінки. Прихильність до матері – необхідна стадія психічного розвитку. Користуючись підтримкою матері, дитина набуває впевненості в собі, стає активним у пізнанні навколишнього світу. Для дитини, яка відстає в психічному розвитку, актуальність такої підтримки очевидна [1, с. 76].

Психологічна допомога для батьків у складається з таких етапів роботи:

- Інформаційний. Етап спрямований на надання інформації про особливості корекційного виховання дитини з особливими освітніми потребами;
- Діагностичний. Діагностування сімейної пари, з використанням психологічних методик на визначення емоційних станів.
- Психокорекційно-консультативний. Сутність етапу полягає у наданні психологічної допомоги батькам за допомогою технік сімейного консультування, які покращують їхній емоційний стан, сприяють адаптації до народження дитини з особливими освітніми потребами та її прийняттю, покращують характер взаємин і загально стосунки в сім'ї. Етапи роботи спрямовані на надання інформації про виховання дитини. Практикум із корекції емоційних станів (за Е. Ільїн) передбачає використання таких музично-медитативні вправ, як: очищення від страждань, позбавлення почуття

провини, позбавлення від злобного роздратування – самоконтроль, розслаблення – великий спокій, формування оптимізму – радість життя, радість любові [5].

Отже, враховуючи психологічний стан і особливу вразливість родини дитини з психофізичними порушеннями, потрібно надавати родині практичну допомогу та інформаційну підтримку. Зниження стресу й поліпшення внутрішньо-сімейних стосунків справлятимуть позитивний вплив на розвиток дитини. В основу роботи корекційного психолога чи педагога з сім'єю, де є дитина з психофізичними порушеннями, окрім принципу комплексного підходу до організації корекційно-педагогічного процесу, мають бути покладені й такі принципи:

- єдності діагностики і корекційно-педагогічного процесу. Обстеження дитини різними фахівцями проводиться задля визначення її актуального та потенційного рівнів розвитку, соматичного стану і тощо, а також для визначення шляхів корекційно-педагогічної роботи у вигляді, скажімо, складання індивідуальної програми розвитку; тісної співпраці між батьками і фахівцями, батьками та дітьми. Ще раз наголосимо, що батьки шукатимуть підтримки та допомоги фахівця, прислухатимуться до нього і виконуватимуть його поради лише тоді, коли професіонал сприйматиме батьків не як «об'єкта свого впливу», а як рівноправного партнера по корекційному процесу. Так само стосунки між корекційним педагогом і дитиною та батьками і дитиною мають будуватися за відомим принципом особистісно-орієнтованої педагогіки, а саме, «на рівні очей» дитини, використовуючи прийом «очі в очі»;

- урахування інтересів (принцип вирішення того чи іншого завдання через інтерес), за якого фахівцеві потрібно вельми тактовно й аргументовано підходити до відповідей на питання, що цікавлять батьків дитини;

- провідної діяльності розвиток дитини має відбуватись у межах її основної діяльності, отже і співпраця корекційного педагога та родини

повинна спрямовуватися на формування діяльності дитини відповідно до її віку, можливостей, інтересів.

У корекційній роботі з батьками фахівці, до того ж, повинні використовувати сучасні форми та методи роботи, враховуючи індивідуальні особливості батьків, типи сімей, міжособистісні стосунки та стилі виховання. Робота фахівців і батьків з дитиною має бути регулярною й довготривалою, а відтак фахівці на різних лекціях, семінарах, заняттях, тренінгах і практикумах повинні надавати теоретичні знання батькам і навчати їх відпрацьовувати техніки і прийоми роботи з дитиною.

Окрім того, слід сказати, що враховуючи наш вітчизняний та зарубіжний досвід, служба ранньої корекційної допомоги сім'ям, які мають таких дітей може стати однією з нових ланок системи спеціальної освіти в Україні.

Емоційні стани, батьківське ставлення, соціально-сімейні стосунки та хронічну втому можна змінити у результаті психокорекційної допомоги, що була поділена на блоки з урахуванням індивідуальності кожної сім'ї: групової роботи, індивідуального та сімейного консультування для батьків дітей з особливими потребами. На корекційно-виховний результат впливають чинники: знання батьками психології дитини, вірна оцінка її індивідуальних якостей, адекватний емоційний відгук на поведінкові реакції дитини, вибір підходящого способу взаємодії з дитиною, який найкраще відповідає її індивідуальним особливостям. Виховна ефективність, на нашу думку, може відбуватися лише за умов емоційної стабільності батьків, після їхнього примирення з хворобою дитини і відкритті в собі особистих ресурсів, на що має бути спрямована професійна психологічна допомога батькам.

Психологічний супровід такої родини, має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційного благополуччя. Після терапії батьки дітей з особливими потребами розуміють, про необхідність організації процесу виховання і лікування дитини, саме поетапно і маленькими кроками. У них змінюється світобачення і міняється мислення у позитивну сторону, внаслідок отриманої інформації про виховання та особливості їхньої

дитини. Важливий аспект психологічної роботи це – розуміння самостійності у вирішенні своїх проблем, а головне мотивації до вирішення, до успіху і щасливого життя у вигляді проходження усіх стадій адаптації народження дитини з неповносправністю. Розробка моделі психологічної допомоги для батьків охоплює всі аспекти, починаючи від психологічної діагностики психоемоційних станів та підбору методів для їх покращення та корекції переживань. Ефективність впливу має на меті також і забезпечення нормального функціонування дитини з психофізичними розладами у сім'ї та суспільстві. Компоненти психологічних послуг, а також етапність їх виконання, результатом реалізації якої є покращення та оптимальні емоційні стани, переживання та сприятливий клімат у сім'ї батьків дітей з особливими потребами, соціалізація батьків та дитини. В результаті ми отримали низку результатів, які мають важливе наукове та прикладне значення і будуть стимулювати як постановку нових експериментальних досліджень, так і розробку наукових основ психологічного та психотерапевтичного супроводу батьків дітей з особливими потребами раннього віку.

### **Висновки до першого розділу**

Чисельність дітей з комплексними порушеннями розвитку зростає з кожним роком. Основою для їх визначення є поліморфний характер вад розвитку. На основі поліморфного характеру порушення в розвитку дитини часто називають «складними», «бісенсорними», «потрійними», «провідними порушеннями з супутніми», «ускладненими», «множинними», «комплексними порушеннями розвитку». Проаналізовано такі зарубіжні аналоги порушеного розвитку, як «handicap», «disability», «handicapped children», «severely profoundly handicapped», «complex impairments», «multiply impairments», «additional disabilities», «impairment». До комплексних порушень відносять поєднання двох і більше первинних психофізичних порушень, що в однаковій мірі визначають структуру дизонтогенезу та складнощі соціальної

адаптації дитини. Такі порушення обумовлюють відхилення від нормального розвитку та пов'язані з порушеннями різних систем, кожне з яких існує у даному комплексі з характерними для нього особливостями. На підставі аналізу психологічних особливостей розвитку дітей з комплексними порушеннями, виділяють наступні їх групи: із складними вадами опорно-рухового апарату, які самостійно не пересуваються; діти з складними порушеннями емоційно-вольової сфери та регуляції поведінки; діти з помірною та глибокою розумовою відсталістю. Такі категорії дітей потребують постійної допомоги зі сторони дорослих та індивідуального підходу.

Сукупність інтелектуального, сенсорного, перцептивного чи рухового порушень розвитку провокує відхилення у всіх видах когнітивної діяльності. Знижується обсяг і якість інформації, яку дитина отримує. Інтелектуальне недорозвинення характеризується стійкими порушеннями всієї психічної діяльності в цілому, а також її нерівномірними змінами. Одні психічні процеси виявляються чітко недорозвиненими, а інші залишаються відносно збереженими. Первинний дефект при інтелектуальній недостатності обумовлює виникнення вторинних і третинних відхилень у розвитку. В умовах сенсорної, культурної, міжособистісної депривації в сенситивні періоди розвитку така дитина не отримує і не накопичує в достатній кількості чуттєво-емоційної та наочної інформації про навколишній світ без спеціально організованого навчання і виховання. Це призводить до недорозвинення як окремих функцій і процесів: предметних дій, формування образів предметів, просторової орієнтації і моторики, емоційно-чуттєвого контакту з дорослими та спілкування, так і до загальної затримки психічного розвитку.

Таким чином, діти з комплексними порушеннями розвитку мають специфічні особливості психічного розвитку: уповільнений розвиток відчуттів і сприймань, обмеженість предметних уявлень, затримку розвитку загальної моторики, недорозвиток дрібної моторики, порушення зорово-моторної координації, недостатність просторових уявлень, сповільнений розвиток

різних форм діяльності, недорозвиток мовлення, затримка розвитку мислення, певні особливості емоційно-вольової сфери, міміки та пантоміміки, на відміну від дітей з одиничними порушеннями.

Історія терміну «синдром емоційного вигорання» починається з 1974 року, коли американський психіатр Н.Ж. Freudenberger вперше звернув увагу на цей феномен і описав його як «поразку, виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил». Нині цей термін має вже діагностичний статус «Z 73.0 Вигорання, стан життєвого виснаження» у Міжнародному статистичному класифікаторі захворювань та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for; 2015).

На даний час не існує однозначної відповіді на запитання про те, що ж є головним у виникненні емоційного вигорання, що є основною причиною – особистісні характеристики людини чи організаційні. Синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження.

«Вигорання» є не просто результатом стресу, а наслідком некерованого стресу. Цей стан виникає внаслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» або «звільнення» від них. По суті – це дистрес або третя стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження (Hans Hugo Bruno Selye).

Чинниками, що впливають на вигорання є індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту. Швидше вигорають працівники із слабкою нервовою системою і ті, індивідуальні особливості яких не поєднуються з вимогами професій типу «людина-людина». Згідно з моделлю синдрому «вигорання», яка була запропонована американськими дослідниками-жінками Christina Maslach та Susan E. Jackson, «професійне вигорання» тлумачиться як Синдром емоційного виснаження, деперсоналізація і редукція особистих досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного

вигорання» та характеризується зниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням.

Деперсоналізація проявляється в деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності, а в інших зростання негативізму, цинічності налаштувань і почуттів щодо інших людей.

Редукція особистих досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізмі щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших, тощо.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

У цьому розділі схарактеризовані основні принципи і вимоги до проведення емпіричного дослідження у психології та етапів його здійснення. Також подано опис методик, що використовуються в роботі для дослідження емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку.

#### 2.1. Огляд і обґрунтування вибору методик

Для дослідження особливостей емоційного вигорання у батьків дітей із комплексними порушеннями розвитку ми пропонуємо наступні методики: опитувальник МВІ К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory), опитувальник діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко, тест «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» Л.М. Карамушки та «Шкала безнадійності» А. Бека.

Найбільш великою та розповсюдженою групою психодіагностичних інструментів є опитувальники – методики, завдання яких представлені у вигляді питань (тверджень). Опитувальники призначені для одержання об'єктивних (наприклад, біографічних) або суб'єктивних даних зі слів обстежуваного. Діагностичні показники, одержувані з їх допомогою, мають імовірно-орієнтовне значення, і повинні зіставлятися з відповідними об'єктивними даними.

Опитувальники як психодіагностичні процедури можуть бути класифіковані на особистісні опитувальники та опитувальники стану і настрою.

Особистісні опитувальники спрямовані на вимір різних особливостей особистості. Вони, у свою чергу, можуть підрозділятися:

- 1) за спрямованістю на: типологічні, розроблені на основі виділення типів особистості як цілісних утворень; опитувальник рис особистості,

розроблені на основі виділення рис особистості; опитувальники мотивів, призначені для діагностики мотиваційної сфери особистості; опитувальники інтересів, призначені для виміру інтересів обстежуваних; опитувальники цінностей, призначені для виміру ціннісних орієнтацій особистості; опитувальники установок, призначені для виміру орієнтування обстежуваного;

2) відповідно до основного принципу конструювання на: факторні опитувальники, основою створення яких є факторно-аналітичний принцип; емпіричні, створювані на основі критеріально-ключового принципу;

3) залежно від кількості характеристик, вимірюваних одночасно, на: одномірні опитувальники (спрямовані на вимір однієї властивості або якості) і багатомірні (спрямовані на вимір більш ніж однієї властивості або якості).

Опитувальники станів та настроїв призначені для діагностики тимчасових, минулих станів. Їх характерною рисою є наявність в інструкції вказівки відповідати на питання відповідно до актуального стану, а не до своїх звичайних почуттів, переживань, відносин.

Як основні проблеми, пов'язані з використанням опитувальників, можна назвати такі: можливість фальсифікації відповідей, зниження вірогідності одержуваних даних у результаті впливу різних факторів настановної природи та розходжень у розумінні питань обстежуваними; високий ступінь впливу на результати таких факторів, як ставлення до обстеження, рівень самопізнання, життєвий досвід та ін.

Дана сукупність методик дозволить визначити основні особливості емоційного вигорання у батьків дітей дітей з комплексними порушеннями розвитку.

## 2.2. Методика діагностики емоційного вигорання (В. Бойка).

Мета. Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка дає можливість системно і детальніше проаналізувати міру вираженості дванадцяти симптомів синдрому «вигорання», враховуючи компоненти, до яких вони відносяться. Зокрема, це такі компоненти та симптоми: Перший компонент — «Напруження»: 1. Переживання психотравмуючих обставин; 2. Незадоволеність собою; 3. «Загнаність у кут»; 4. Тривога і депресія.

Другий компонент — «Резистенція»: 1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування; 2. Емоційно-моральна дезорієнтація; 3. Розширення сфери економії емоцій; 4. Редукція професійних обов'язків.

Третій компонент — «Виснаження»: 1. Емоційний дефіцит; 2. Емоційне відчуження; 3. Особистісне відчуження (деперсоналізація); 4. Психосоматичні та психовегетативні порушення.

Процедура проведення. Враховуючи якісні і кількісні показники, які обчислюються за даними методики для різних компонентів синдрому «вигорання», організаційні психологи можуть дати досить змістовну характеристику щодо проявів синдрому в особистості, а також визначити індивідуальні та групові заходи профілактики і психокорекції. Для якісної інтерпретації даних, за словами В.В. Бойка, можна використовувати такі питання:

- які симптоми домінують;
- якими сформованими і домінуючими симптомами супроводжується «виснаження»;
- чи обумовлене «виснаження» (якщо виявлене) факторами професійної діяльності, що ввійшли в симптоматику «вигорання», або суб'єктивними факторами;
- який симптом (симптоми) найбільше обтяжують емоційний стан особистості;
- у яких напрямках треба впливати на виробничу обстановку, щоб знизити нервову напругу;

• які ознаки й аспекти поведінки самої особистості підлягають корекції, щоб «емоційне вигорання» не завдавало шкоди їй, професійній діяльності і партнерам.

Обробка та інтерпретація результатів. Кожен варіант відповіді попередньо оцінений компетентними суддями тим чи іншим числом балів — зазначається в «ключі» поруч із номером судження в дужках. Це зроблено тому, що ознаки, які включені в симптом, мають різне значення для визначення його складності. Максимальну оцінку — 10 балів — отримала від суддів та ознака, яка є найбільш показовою для симптому.

Відповідно до «ключа» здійснюють такі підрахунки:

1) визначають суму балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання»;

2) підраховують суму показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання»;

3) знаходять підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» — сума показників за всіма 12 симптомами.

У «ключі» поряд із номерами суджень у дужках вказаний бал, встановлений експертами, який показує «вагу» цієї ознаки симптому.

«Ключ»

Фаза «Напруження»

1. Переживання психотравмуючих обставин: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)

2. Незадоволеність собою:

-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)

3. «Загнаність у кут»:

+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

4. Тривога і депресія:

+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

Фаза «Резистенція»

1. Неадекватне вибіркове емоційне реагування: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

2. Емоційно-моральна дезорієнтація:

+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

3. Розширення сфери економії емоцій:

+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

4. Редукція професійних обов'язків:

+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

Фаза «Виснаження»

1. Емоційний дефіцит:

+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)

2. Емоційне відчуження:

+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)

3. Особистісне відчуження (деперсоналізація): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Інтерпретація результатів

Запропонована методика дає детальну картину синдрому «емоційного вигорання».

Насамперед, необхідно звернути увагу на окремі симптоми. Показник вираженості кожного симптому знаходиться в межах від 0 до 30 балів:

0-9 балів — симптом не сформований;

10-15 балів — симптом на стадії формування;

16 і більше балів — симптом сформований.

Симптоми з показниками 20 і більше балів є домінуючими у фазі або у всьому синдромі «емоційного вигорання».

Методика дає можливість побачити провідні симптоми «вигорання». Суттєвим є те, до якої фази формування «емоційного вигорання» належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільша кількість.

Наступний крок в інтерпретації результатів — осмислення показників фаз розвитку -«вигорання»: «напруження», «резистенція» та «виснаження».

У кожній з них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак співставлений балів, отриманих для фаз, не є правомірним, тому що не свідчить про їхню відносну роль або внесок у синдром. Справа в тому, що вимірювані в них явища істотно різі — реакція на зовнішні і внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками можна твердити тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася більшою або меншою мірою:

- 36 і менше балів — фаза не сформована;
- 37—60 балів — фаза на стадії формування;
- 61 і більше балів — фаза сформована.

### **2.3. Опитувальник на вигорання МВІ К. Маслач і С. Джексона (в адаптації Н. Водоп'янової)**

Мета. Дослідження рівня емоційного вигорання».

Процедура проведення. Інструкція: Будь ласка, дайте відповідь, як часто ви відчуваєте перераховані у опитувальнику почуття. Для цього на бланку для відповідей відмітьте по кожному пункту варіант відповіді: «ніколи»; «дуже рідко»; «іноді»; «часто»; «дуже часто»; «кожного дня».

Обробка результатів. Опитувальник має три шкали: «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень) і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень). Варіанти відповідей оцінюються наступним чином: «ніколи» - 0 балів; «дуже рідко» - 1 балл; «іноді» - 3 бали; «часто» - 4 бали; «дуже часто» - 5 балів; «кожного дня» - 6 балів.

Ключ до опитувальника: нижче перераховуються шкали та відповідні ним пункти опитувальника.

«Емоційне виснаження» - відповіді «так» по пунктам 1, 2,3,6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

«Деперсоналізація» - відповіді «так» по пунктам 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

«Редукція особистих досягнень» - відповіді «так» по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів по кожній шкалі окремо, тим більше у досліджуваного виражені різні сторони вигорання. Про тяжкість «вигорання» можна судити за сумою балів усіх шкал.

## 2.4. Методика «Оцінка особистісного потенціалу вигорання»

(Л.М. Карамушка)

Мета. Методика дає можливість охарактеризувати кожен з компонентів «вигорання»: деперсоналізація, особиста задоволеність, емоційне виснаження та визначити рівень «вигорання».

Процедура проведення. Досліджуваному зачитується інструкція: «дайте відповідь на кожне запитання, закреслюючи одне число із шкали, яка подається нижче. Відповівши на всі запитання, підрахуйте бали. Пам'ятайте, що немає правильних або неправильних відповідей.

1	2	3	4	5	6
Декілька разів на рік	Щомісяця	Декілька разів на місяць	Щотижня	Декілька разів на тиждень	Щодня

**Бланк для відповідей**

№ з/п	Питання	Варіанти відповідей					
		1	2	3	4	5	6
1	Я почав ставитися до людей жорсткіше з того часу, як почав працювати на цій роботі	1	2	3	4	5	6
2	Я турбуюся, що ця робота робить мене більш жорстким	1	2	3	4	5	6
3	Я фактично байдужий до того, що відбувається з деякими людьми, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
4	Я відчуваю, що люди, які потребують моєї допомоги, вважають мене причиною деяких своїх проблем	1	2	3	4	5	6
5	Я достатньо ефективно вирішую проблеми людей, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
6	Я відчуваю, що своєю працею я позитивно впливаю на  життя інших людей	1	2	3	4	5	6
7	Я відчуваю себе наповненим значною енергією	1	2	3	4	5	6
8	Я легше створюю настрій розслаблення у людей, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
9	Я відчуваю радість від тісного спілкування з людьми, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
10	Я здійснив на цій роботі багато гідних справ	1	2	3	4	5	6

### Бланк для відповідей

11	Я дуже спокійно вирішую емоційні проблеми на своїй роботі	1	2	3	4	5	6
12	Я відчуваю себе емоційно виснаженим своєю роботою	1	2	3	4	5	6
13	Я відчуваю себе повністю стомленим після робочого дня	1	2	3	4	5	6
14	Вранці я відчуваю себе стомленим	1	2	3	4	5	6
15	Я конче незадоволений своєю роботою	1	2	3	4	5	6
16	Я відчуваю, що віддаю дуже багато сил своїй роботі	1	2	3	4	5	6
17	Безпосередня робота з людьми потребує від мене дуже великої напруги	1	2	3	4	5	6
18	Я відчуваю, що мої нерви напружені до межі	1	2	3	4	5	6

Обробка та інтерпретація результатів. Підрахуйте середні бали за наступними позиціями, що характеризують кожен компонент «вигорання».

Деперсоналізація (пп. 1-4). Особиста задоволеність (пп. 5-11). Емоційне виснаження (пп. 12-18). Підрахуйте середні бали кожного з компонентів та визначте рівень «вигорання» за наведеною нижче таблицею.

### Рівні «вигорання»

Компоненти «вигорання»	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Деперсоналізація	1-2,99	3-4,99	5 і вище
Особиста задоволеність	5 і вище	3-4,99	1-2,99
Емоційне виснаження	1-2,99	3-4,99	5 і вище

### 2.5. «Шкала безнадійності» А. Бека

Мета. Діагностика міри вираженості негативного ставлення по відношенню до суб'єктивного образу майбутнього в дорослих і підлітків [23, 124].

Процедура проведення. Досліджуваному пропонується текст опитувальника, який містить 20 тверджень про його майбутнє. При відповіді респондент виражає свою згоду чи незгоду з даними твердженнями, обводячи слово «вірно» чи «невірно» в бланку відповідей. Час заповнення бланку не обмежується.

#### Бланк відповідей.

№з/п	Варіанти відповідей		Твердження
	вірно	невірно	
01	вірно	невірно	Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом
02	вірно	невірно	Мені пора здатися, оскільки я нічого не можу змінити на краще
03	вірно	невірно	Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди

04	вірно	невірно	Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років
05	вірно	невірно	У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися
06	вірно	невірно	У майбутньому я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається
07	вірно	невірно	Майбутнє уявляється мені в п'ятні
08	вірно	невірно	Я сподіваюся отримати в житті більше доброго, хорошого, ніж пересічна людина
09	вірно	невірно	У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з'являться в майбутньому
10	вірно	невірно	Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього
11	вірно	невірно	Все, що я бачу попереду – швидше неприємності, ніж радості
12	вірно	невірно	Я не сподіваюся досягти того чого дійсно хочу
13	вірно	невірно	Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливішим, ніж я є зараз
14	вірно	невірно	Справи йдуть не так, як мені хочеться

15	вірно	невірно	Я дуже вірю в своє майбутнє
16	вірно	невірно	Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому безглуздо чогось хотіти
17	вірно	невірно	Досить мало ймовірно, що я отримаю реальне задоволення в майбутньому
18	вірно	невірно	Моє майбутнє здається мені дуже туманним і невизначеним
19	вірно	невірно	У майбутньому мене чекає більше хороших днів, ніж поганих
20	вірно	невірно	Марно намагатися отримати те, що я хочу, оскільки, ймовірно, я не доб'юся цього

Обробка та інтерпретація результатів.

№з/п	Відповідь	Ба	№з/п	Відповідь	Ба
	д	л		д	л
1	невірно	1	11	вірно	1
2	вірно	1	12	вірно	1
3	невірно	1	13	невірно	1
4	вірно	1	14	вірно	1
5	невірно	1	15	невірно	1
6	невірно	1	16	вірно	1
7	вірно	1	17	вірно	1
8	невірно	1	18	вірно	1
9	вірно	1	19	невірно	1
10	невірно	1	20	вірно	1

Максимально можлива кількість балів – 20.

Після підрахунку здійснюється інтерпретація отриманого результату:

0-3 бали – безнадійність не виявлена;

4-8 балів – легка безнадійність;

9-14 балів – помірна безнадійність;

15-20 балів – важка безнадійність.

### **Висновки до другого розділу**

Розділ був присвячений характеристиці основних принципів і вимог до проведення емпіричного дослідження у психології та етапів його здійснення. Також подано опис методик, що використовуються в роботі для дослідження емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними формами дизонтогенезу.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань методичний комплекс дослідження склали: опитувальник МВІ К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory), опитувальник діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко, тест «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» Л.М. Карамушки та «Шкала безнадійності» А. Бека.

Обрані методики відповідають вимогам стандартизації, валідності, надійності та співвідносяться з метою роботи та завданнями дослідження.

## РОЗДІЛ 3

### ХІД І РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

Розділ присвячений висвітленню результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку.

#### 3.1. Організація емпіричного дослідження

У даній магістерській роботі ми прагнемо продемонструвати специфіку емоційного вигорання, яке переживають батьки, у чиїх сім'ях є діти з комплексними формами дизонтогенезу. Це надзвичайно актуально, оскільки вагома частка психосоціальної адаптації таких дітей належить їх батькам. Забезпечення результативного та ефективного психологічного супроводу дітей з комплексними вадами розвитку є неможливим без підтримки та участі їх батьків. Такі батьки та матері утворюють групу ризику для порушення соціалізації своєї дитини, тому, з метою профілактики та подальшої корекційно-розвиткової роботи із дітьми та консультативної і психотерапевтичної роботи із їх батьками і було проведено дане емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку.

**Мета:** виявити і вивчити особливості емоційного вигорання батьків дітей з вадами розвитку.

**Об'єктом** нашого дослідження є емоційні переживання батьків.

**Предметом** є особливості емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку.

**Гіпотеза** нашого дослідження полягає в тому, що для емоційних

переживань батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку є притаманним емоційне вигорання. Ми припускаємо, що в більшості із них воно перебуває на стадії формування або вже сформоване і для нього є характерною ознакою є резистенція, тобто неадекватне виборче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій: редукція професійних обов'язків. Ще ми припускаємо, що батьки, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку мають прояви безнадійності.

**Емпірична база дослідження.** У нашому емпіричному дослідженні прийняли участь 80 батьків, 50% із них виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку і решта мають нормотипових дітей молодшого шкільного та підліткового віку. Дослідження емоційного вигорання таких батьків було проведено на базі Благодійної організації «Зернятко» м. Полтава, Полтавського навчально-реабілітаційного центру Полтавської обласної ради.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання авдань еспіричної частини нашого дослідження нами був використаний комплекс психодіагностичних методик: опитувальник МВІ К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory), опитувальник діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко, тест «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» Л.М. Карамушки та «Шкала безнадійності» А. Бека.

Для уточнення особливостей синдрому емоційного вигорання батьків, що виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, нами був використаний кореляційний аналіз: ми скористалися параметричним коефіцієнтом лінійної кореляції Пірсона.

Емпіричну вибірку досліджуваних батьків ілюструє нижченаведена таблиця.

Критерій	Кількість батьків	
	Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку	Батьки нормотипових дітей
Вік дітей		
Молодший шкільний вік	20	20
Підлітковий вік	20	20
<b>Усього</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
Стать дітей		
Хлопчики	31	15
Дівчатка	9	25
<b>Усього</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
Вік батьків		
	30-40 років	30-40 років
Стать батьків		
	39 жінок 1 чоловік	37 жінок 1 чоловік

Досліджувані батьки були розділені на дві експериментальні групи:

- основна експериментальна група – батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку;
- контрольна група – батьки нормотипових дітей.

### 3.2. Загальна характеристика емоційного вигорання батьків

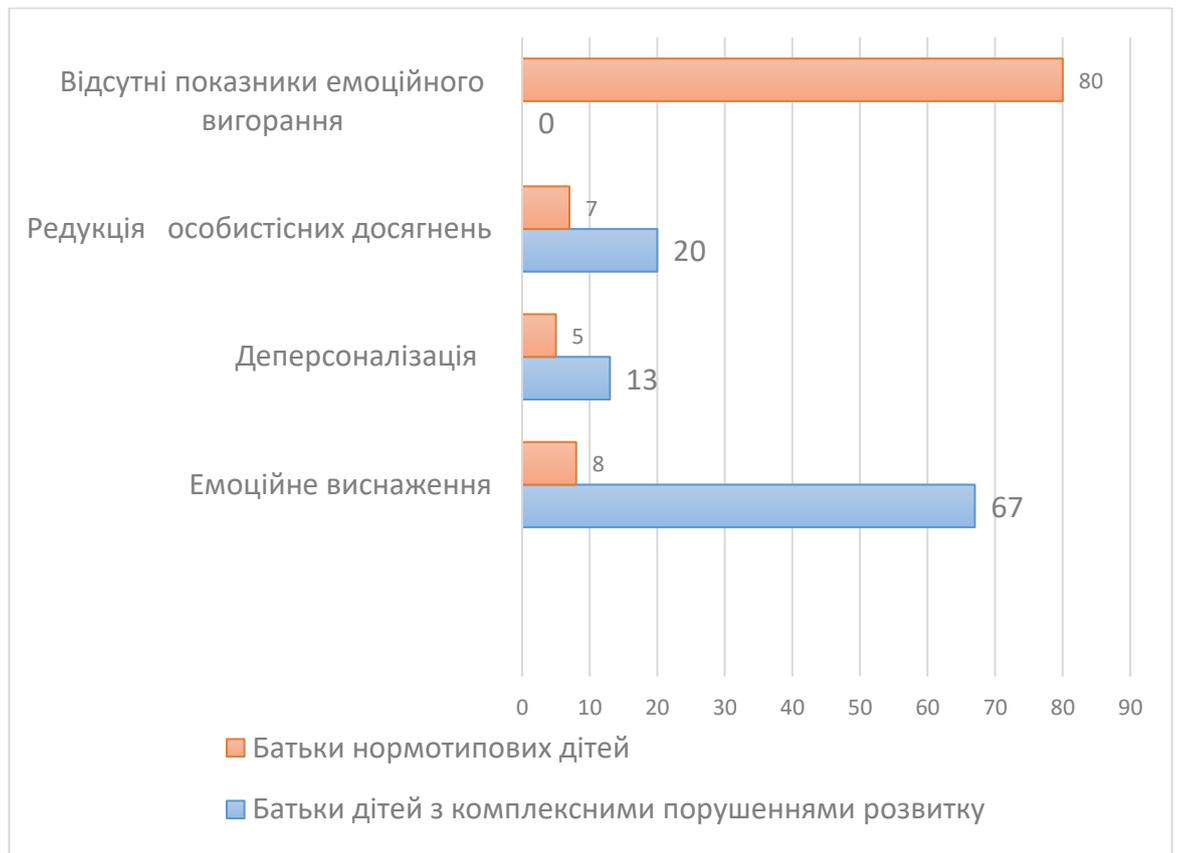
Опитувальник емоційного вигорання К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory) дозволяє визначити у ступінь виразності вигорання за трьома шкалами: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень. Чим більша сума балів за кожною шкалою окремо, тим більш вираженими будуть різні сторони «вигорання». Загальна кількість балів говорить про рівень вигорання.

*Таблиця 3.2.1.*

#### Результати емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку та нормотипових дітей за опитувальником К. Маслач і С. Джексона

<i>Шкала емоційного вигорання</i>	<i>Кількість батьків, %</i>	
	<i>Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку</i>	<i>Батьки нормотипових дітей</i>
Емоційне виснаження	67	8
Деперсоналізація	13	5
Редукція особистісних досягнень	20	7
Відсутні показники емоційного вигорання	0	80
<i>Усього</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Для кращого сприймання отриманих результатів подаємо графік на рис. 3.2.1.



*Рис. 3.2.1. Результати емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку та нормотипових дітей за опитувальником К. Маслач і С. Джексона*

У 67% батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку переважає емоційне виснаження, на відміну від батьків нормотипових дітей, у яких цей показник притаманний лише 8%. Редукція особистих досягнень та деперсоналізація характерна для 20% та 13% батьків, які мають дітей з комплексними формами дизонтогенезу, відповідно. Цікавим є той факт, що серед такої групи батьків немає жодного, який би не мав показників емоційного вигорання, тобто всі із них проявляють у більшій чи меншій мірі. Тобто емоційне виснаження проявляється психічною втомою, емоційним спустошенням, симптомами депресії. Спочатку спостерігається емоційне перенасичення, що супроводжується емоційними зривами, агресивними реакціями, спалахами гніву. Потім розвивається емоційне виснаження, втрачається інтерес до навколишньої реальності.

Деперсоналізація – знецінення (дегуманізація) міжособистісних стосунків, негативізм, цинічне ставлення до почуттів та переживань інших людей. Починають проявлятися негативні установки, зростає знеособленість та формальність контактів, виникають спалахи роздратування та конфліктні ситуації. Для всіх характеристик деперсоналізації важлива втрата емоційного компонента психічних процесів (втрата почуттів до близьких людей, зниження емпатії – чуйності, співпереживання).

Редукція особистісних досягнень характеризується зниженням професійної ефективності працівника, що може проявлятися в негативізмі щодо службових можливостей, в обмеженні обов'язків до соціального оточення, у зниженні відчуття значущості діяльності, що виконується. Яскраво виражене почуття власної неспроможності і некомпетентності.

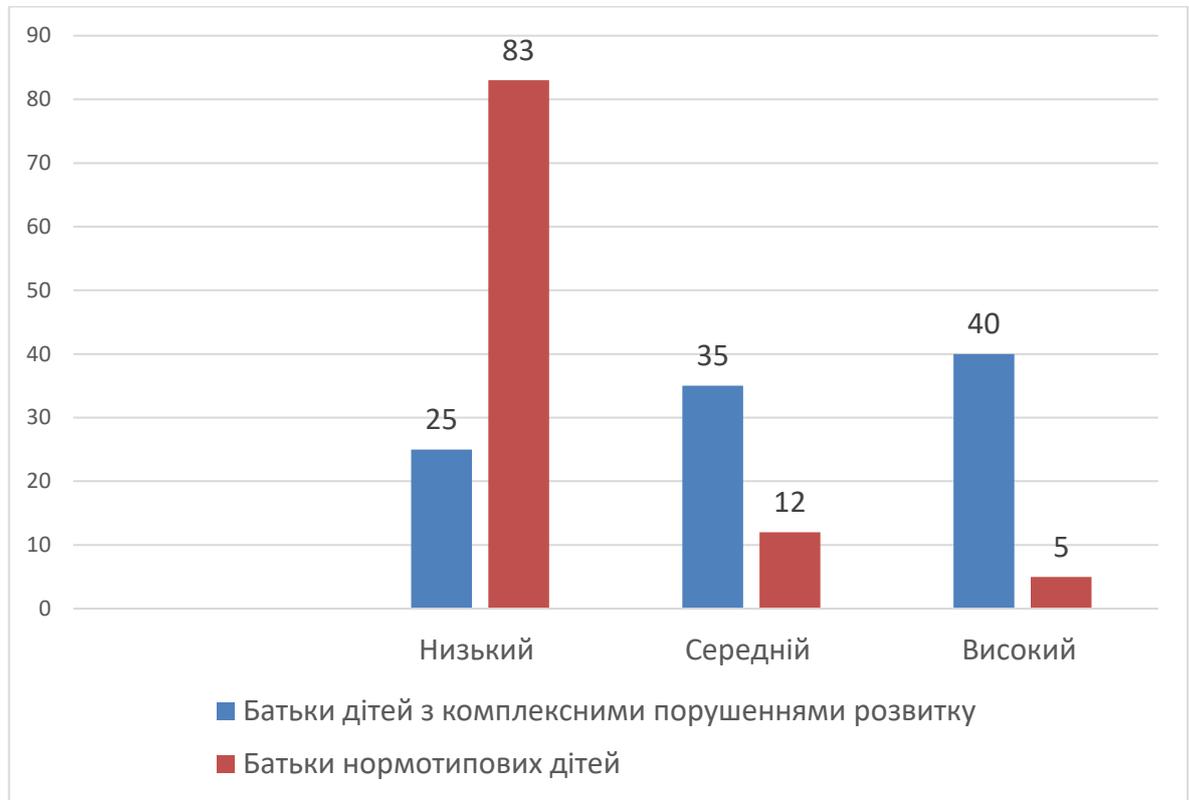
Окрім того, за даним опитувальником ми можемо визначити рівні емоційного вигорання обох досліджуваних груп батьків. Дані представлені на рисунку 3.2.2. та у таблиці 3.2.2.

*Таблиця 3.2.2*

**Рівні емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку та батьків нормотипових дітей за результатами опитувальника К. Маслач і С. Джексона**

<i>Рівні емоційного вигорання</i>	<i>Кількість батьків, %</i>	
	<i>Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку</i>	<i>Батьки нормотипових дітей</i>
Низький	25	83
Середній	35	12
Високий	40	5
<i>Усього</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Для кращого сприймання отриманих результатів подаємо графік на рис.3.2.2.



*Рис. 3.2.2. Рівні емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку та нормотипових дітей за результатами опитувальника К. Маслач і С. Джексона*

За даним опитувальником К. Маслач і С. Джексона ми визначили у 40% батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку переважає високий, а у 35% середній рівні емоційного вигорання. У батьків нормотипових дітей в основному переважає низький рівень (83%), а от у батьків іншої групи він представлений лише на рівні 25%. Тобто для нашої основної експериментальної групи характерними є середній та високий рівень емоційного вигорання, а контрольна група (батьки нормотипових дітей) переважно демонструють низький і частково середній (12%) та високий (5%) рівень.

Таблиця 3.2.3.

**Результати емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку та нормотипових дітей за опитувальником Л.М. Карамушки**

<i>Компоненти емоційного вигорання</i>	<i>Кількість батьків, %</i>	
	<i>Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку</i>	<i>Батьки нормотипових дітей</i>
Емоційне виснаження	67	8
Деперсоналізація	13	5
Особистісна незадоволеність	20	7
Відсутні показники емоційного вигорання	0	80
<b><i>Усього</i></b>	<b><i>100</i></b>	<b><i>100</i></b>

Для кращого сприймання отриманих результатів подаємо графік на рис. 3.2.3.

За результатами опитувальника Л.М. Карамушки можемо побачити схожу тенденцію із результатами опитувальника К. Маслач і С. Джексона. У 67% батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку переважає емоційне виснаження, на відміну від батьків нормотипових дітей, у яких цей показник притаманний лише 8%. Особистісна незадоволеність та деперсоналізація характерна для 20% та 13% батьків, які мають дітей з комплексними формами дизонтогенезу, відповідно. Цікавим є той факт, що серед такої групи батьків немає жодного, який би не мав показників емоційного вигорання, тобто всі із них проявляють у більшій чи меншій мірі. У контрольній групі батьків нормотипових дітей у 80%, відсутні будь-які ознаки емоційного вигорання.

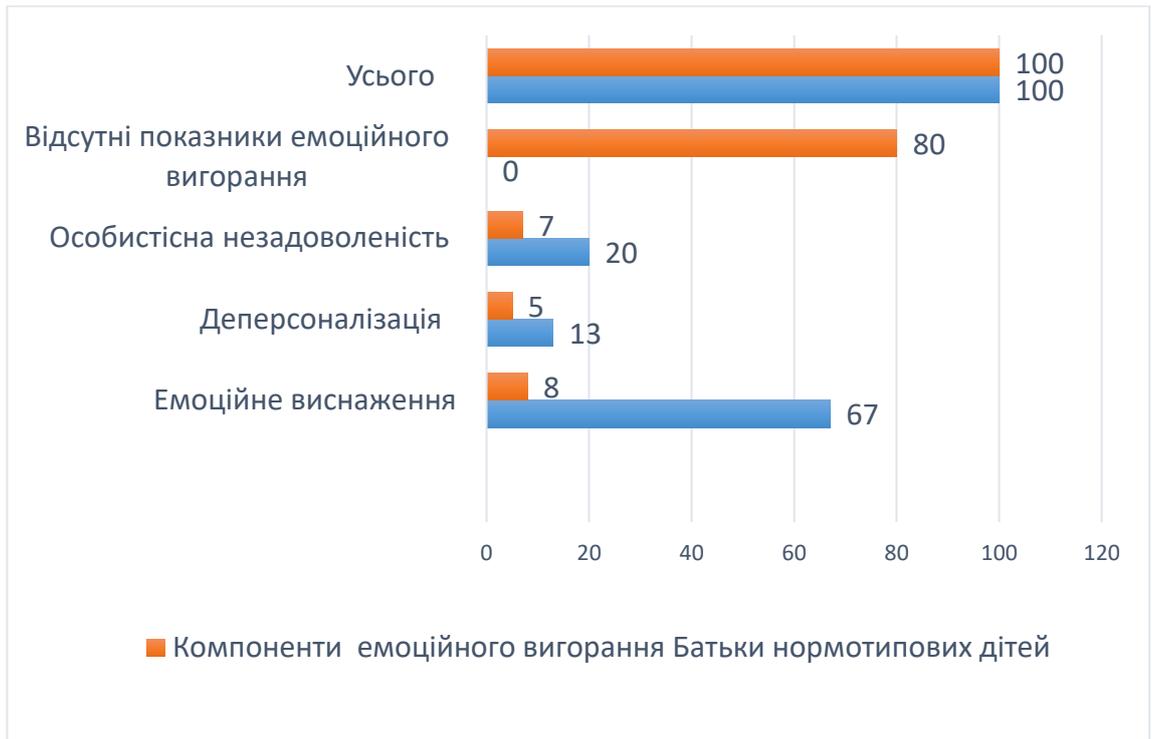


Рис. 3.2.3. Результати емоційного вигорання батьків за опитувальником Л.М. Карамушки

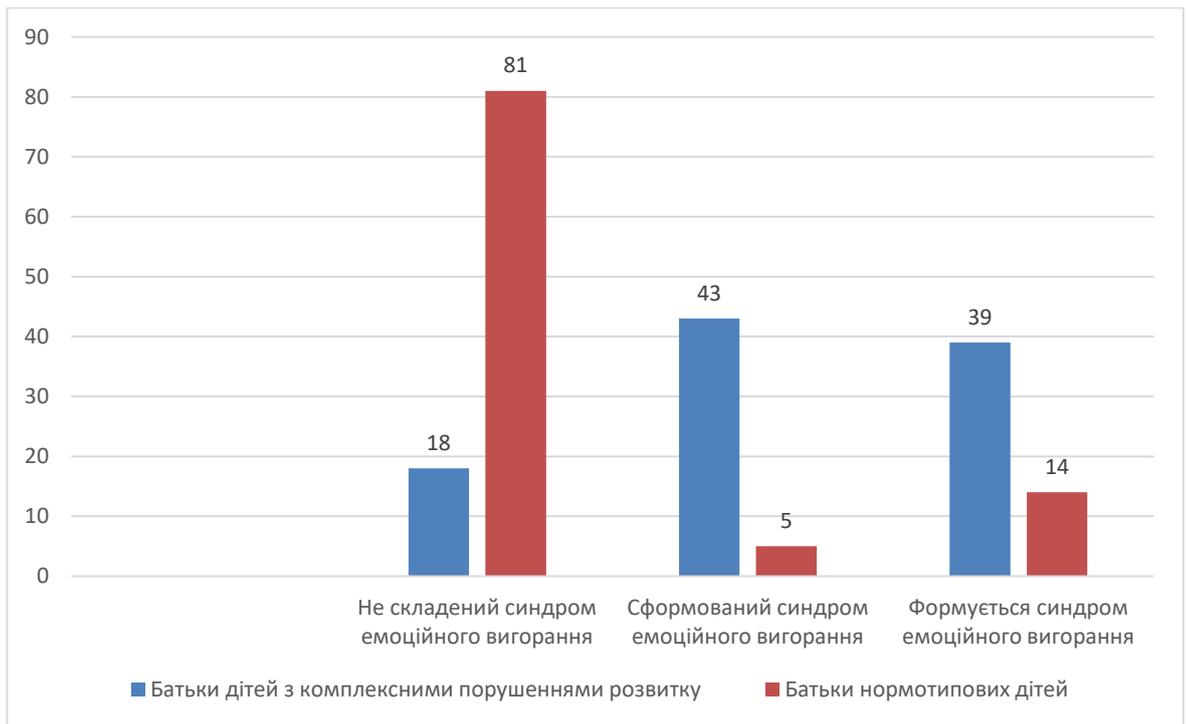
Таблиця 3.2.4.

**Результати емоційного вигорання батьків  
за опитувальником В.В. Бойка**

<i>Показник вираженості емоційного вигорання</i>	<i>Кількість батьків, %</i>	
	<i>Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку</i>	<i>Батьки нормотипових дітей</i>
Не складений синдром	18	81
Сформований синдром	43	5
Формується синдром	39	14
Усього	100	100

Для кращого сприймання отриманих результатів подаємо графік на рис. 3.2.3.

За підсумками проведення опитування за методикою В.В. Бойка можемо проаналізувати, що не складений синдром емоційного вигорання має лише 18% батьків, які виховують дітей з вадами розвитку, сформований синдром емоційного вигорання – у 43%, а ще на стадії формування – у 39% досліджуваних основної експериментальної групи. Для порівняння – 81% батьків нормотипових дітей немає ознак міндрому емоційного вигорання.



*Рис. 3.2.4. Результати емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку та нормотипових дітей за опитувальником В.В. Бойка*

Підсумовуючи результати трьох психодіагностичних методик на вивчення рівня та проявів симптомів емоційного вигорання, можемо зауважити, що батьки, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку мають виражені ознаки емоційного вигорання.

### 3.3. Характеристика рівня вияву безнадійності в батьків, які виховують дітей з комплексними вадами розвитку

З метою визначення рівня вияву безнадійності досліджуваних нами було проведено методику «Шкала безнадійності» за А. Беком. В якості основного показника використовувалась згода чи незгода досліджуваного з твердженнями методики.

Для зручності аналізу й інтерпретації отриманих результатів досліджувані були розподілені нами на такі групи: досліджувані з важкою безнадійністю; досліджувані з помірною безнадійністю; досліджувані з легкою безнадійністю; досліджувані, в яких не було діагностовано безнадійності.

Узагальнений варіант отриманих даних подано в табл. 3.3.1.

Табл. 3.3.1.

#### Рівні вияву безнадійності досліджуваних батьків

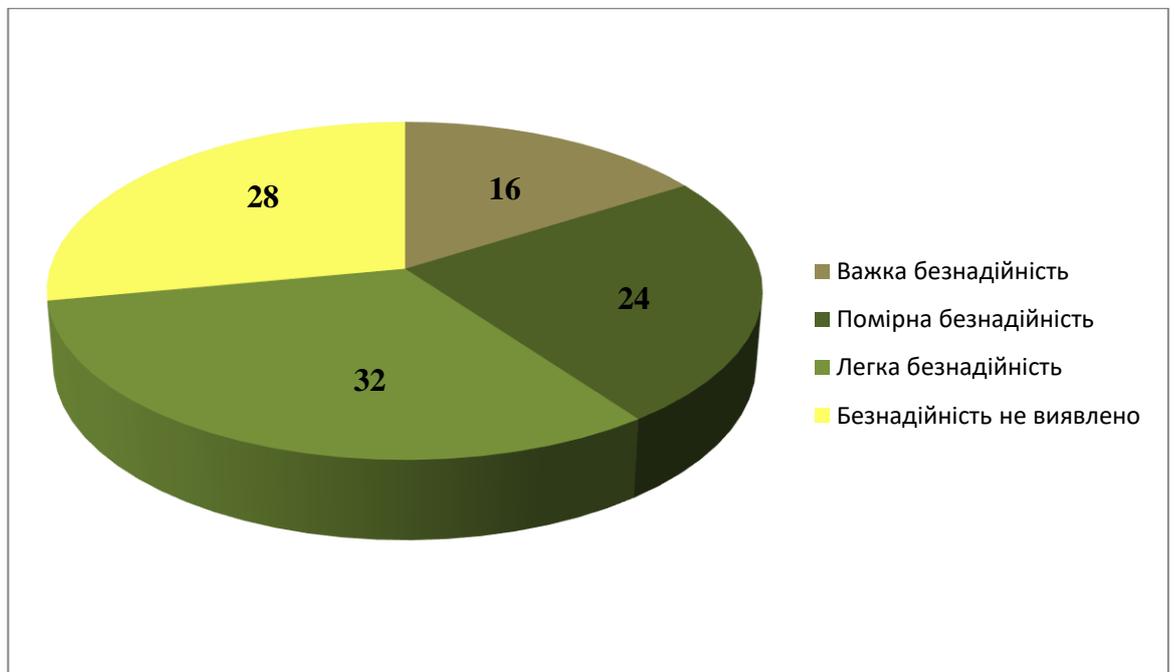
Групи	Важка безнадійність	Помірна безнадійність	Легка безнадійність	Безнадійність не виявлено	ЗАГАЛЮМ %
Батьки дітей з комплексними порушеннями розвитку	16	24	32	28	100
Батьки нормотипових дітей	0	1	1	98	100

Зобразимо дані у вигляді діаграми (рис. 3.2.1.)



*Рис. 3.3.1. Рівні вияву безнадійності досліджуваних батьків*

Для кращої наочності про рівні прояву безнадійності у досліджуваних батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку, ми подаємо секторну діаграму на рисунку 3.3.2.



*Рис. 3.3.2. Показники вияву безнадійності досліджуваних батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку (у %)*

З аналізу даних таблиці й діаграми бачимо, що більшість досліджуваних (32%) батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку належить до групи з легкою безнадійністю, що характеризується легким ступенем вияву безнадійності. Імовірно, такі досліджувані схильні виявляти сумніви в сприятливому розвитку певних життєвих аспектів у майбутньому. Припускаємо, що такі сумніви можуть бути ситуативними і вельми короткотривалими, або ж досліджувані вважають, що зможуть впоратись з ними.

Меншу за кількістю групу (28%) складають досліджувані, що належать до групи батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку, в яких не було діагностовано безнадійності. В результаті проведеного дослідження в них не було виявлено суб'єктивного відчуття безнадійності й негативного ставлення до майбутнього. Це може свідчити про те, що вони в цілому оптимістично сприймають свої майбутні перспективи та можливості, мають визначені життєві цілі і шляхи їх досягнення.

Ще менша кількість досліджуваних (24%) батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку належить до групи досліджуваних із помірною безнадійністю, тобто їм властиві прояви помірної безнадійності. Можемо припустити, що їм часто трапляється думати про невизначеність майбутнього чи певні його негативні аспекти.

Найменшою за чисельністю (16%) є група досліджуваних батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку з важкою безнадійністю. Можемо говорити про те, що досліджуваним, котрі належать до цієї групи, властиві постійні похмурі думки стосовно майбутнього в цілому, відчуття безнадії, зневіри, невизначеності та безперспективності. Припускаємо також, що такі думки мають нав'язливий характер і виникають незалежно від зовнішніх обставин.

Таким чином, за результатами проведення методики, можемо зробити висновок про те, що більшості досліджуваних притаманні ситуативні вияви

сумнівів у певних аспектах майбутнього. Разом з тим, вони вважають, що можуть впоратись з можливими труднощами чи невизначеністю.

### **3.4. Специфіка емоційного вигорання у батьків дітей комплексними порушеннями розвитку**

Оскільки ведення ефективного психологічного супроводу дітей із комплексними порушеннями розвитку неможливо без підтримки та участі батьків, які складають групу ризику порушень соціалізації, особлива увага була приділена нами вивченню особливостей можливих проявів емоційного вигорання батьків та педагогів як високого ризику їхньої подальшої десоціалізації.

Для уточнення особливостей синдрому емоційного вигорання батьків, що виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, нами був використаний кореляційний аналіз: ми скористалися параметричним коефіцієнтом лінійної кореляції Пірсона. У викладі результатів кореляційного аналізу будуть приводитися значення коефіцієнтів кореляції  $r$  і рівні їх значущості  $p$ , що виражають ймовірність нульової гіпотези про випадковість відмінності.

Якщо цей показник має значення менше 0,05, то нульова гіпотеза відкидається і зв'язок вважається закономірною. За цим показником, який автоматично враховує розмір вибірки, зручно судити про силу зв'язку – чим він менший, тим зв'язок достовірніший.

При розгляді результатів кореляційного аналізу, точніше, достовірних зв'язків шкал методики В.В. Бойко, встановлено наступне.

Шкала «Переживання психотравмуючих обставин» позитивно пов'язана зі шкалами деперсоналізації (у батьків –  $r = 0,435$ ;  $p = 0,001$ ) і виснаження (у батьків –  $r = 0,497$ ;  $p < 0,001$ ) методики «Оцінка власного потенціалу вигорання» та шкалами деперсоналізації (у педагогів –  $r = 0,343$ ;  $p = 0,007$ ) і виснаження (у педагогів –  $r = 0,633$ ;  $p < 0,001$ ) методики МВІ К. Маслач і С. Джексона. Тобто, за результатами двох методик, з'ясовано, що значна

вираженість у батьків переживання психотравмуючих обставин їхнього життя, підтверджується отриманими оцінками емоційного виснаження і особистісної відстороненості.

Водночас зі шкалою редукції особистих досягнень МВІ зв'язок шкали «Переживання психотравмуючих обставин» у педагогів негативний ( $r = -0,409$ ;  $p = 0,001$ ). Більш диференційований аналіз тверджень опитувальника В.В. Бойка провідним, таким, що вносить 10 балів до загального результату в разі згоди з ним, є твердження «На роботі я постійно отримую фізичні і психологічні перевантаження». Змістовно ця шкала вимірює суб'єктивну оцінку прийнятності батьками рівня «соціального» навантаження. Якщо вона оцінюється як висока, то це і є психотравмуючим фактором.

Шкала «Незадоволеність собою» негативно пов'язана зі шкалою особистої задоволеності опитувальника «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» ( $r = -0,292$ ;  $p = 0,024$ ), що свідчить про те, що ці майже однойменні шкали вимірюють близькі, але не тотожні параметри. Шкала «Незадоволеність собою» в методиці В.В. Бойка відображає суб'єктивну оцінку ефективності і корисності роботи батьків для інших людей, а твердження в методиці «Оцінка власного потенціалу вигорання» – переважно оцінюють суб'єктивні значення.

Крім того, виявлені достовірні позитивні зв'язки шкали незадоволеності собою зі шкалами емоційного виснаження в опитувальнику «Оцінка власного потенціалу вигорання» ( $r = 0,406$ ;  $p = 0,001$ ) і МВІ ( $r = 0,501$ ;  $p < 0,001$ ), причому, зі шкалою виснаження опитувальника К. Маслач і С. Джексона цей зв'язок педагогів тісніший. Виявлено негативний зв'язок шкали незадоволеності собою з показником редукції особистих досягнень МВІ ( $r = -0,316$ ;  $p = 0,014$ ).

Ми пояснюємо такий негативний зв'язок тим, що низька оцінка батьками, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, корисності своєї роботи фактично породжує і низькі оцінки своїх досягнень, в тому числі і у контексті порозуміння зі своїми колегами.

Шкала опитувальника В.В. Бойка «Загнаність у клітку» відноситься до

групи симптомів психічної напруги значущо і позитивно пов'язана зі шкалами деперсоналізації опитувальників «Оцінка власного потенціалу вигорання» ( $r = 0,402$ ;  $p = 0,001$ ) і МВІ ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,001$ ), а також на дуже високому рівні достовірності – зі шкалою емоційного виснаження МВІ ( $r = 0,531$ ;  $p < 0,001$ ). Шкала «Загнаність в клітку» вимірює ступінь розчарування педагогів у своїй професії і переживання безвиході, внутрішнього обмеження свободи, помилковості вибору професії. Тому природно, що у вибірці педагогів, які навчають дитину із комплексними порушеннями розвитку, найбільш сильним є її кореляційний зв'язок зі шкалою редукції особистих досягнень МВІ ( $r = -0,538$ ;  $p < 0,001$ ).

Четвертий симптом з групи, що відноситься до психічного напруження, «Тривога і депресія», достовірно пов'язаний з усіма шкалами двох інших опитувальників вигорання. Зокрема, виявлені позитивні зв'язки зі шкалами деперсоналізації ( $r = 0,527$ ;  $p < 0,001$ ) і емоційного виснаження ( $r = 0,327$ ;  $p = 0,011$ ) опитувальника «Оцінка власного потенціалу вигорання». Найбільш сильним є позитивний зв'язок зі шкалами МВІ: емоційного виснаження ( $r = 0,615$ ;  $p < 0,001$ ), деперсоналізації ( $r = 0,340$ ;  $p = 0,008$ ) і редукції особистих досягнень ( $r = -0,428$ ;  $p = 0,001$ ). Зі шкалою «Задоволеність» по «Оцінці власного потенціалу вигорання» зв'язок негативний ( $r = -0,309$ ;  $p = 0,005$ ).

Отже, підсумовуючи результати кореляційного аналізу за симптомами напруги опитувальника В.В. Бойка, відзначимо, що він коректно вимірює ступінь заклопотаності батьків, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, соціальним аспектом своєї діяльності, який є високим, коли вони переживають дисгармонію між собою і професійним середовищем, що значно впливає на формування їх можливої десоціалізації.

Наступна група шкал розкриває особливості резистенції (англ. *resist* означає «чинити опір, протидіяти», *resistance* - «стійкість»). Тобто, можна говорити про особливості опірності особистості як психічної властивості. За допомогою кореляційного аналізу ми спробували не тільки емпірично дослідити резистенцію батьків, але й уточнити зміст вимірювального

конструкту.

Отже, шкала «Неадекватне вибіркоче емоційне реагування» позитивно та щільно пов'язана зі шкалами деперсоналізації і опитувальника «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» ( $r = 0,319$ ;  $p = 0,013$ ) і методики К. Маслач і С. Джексона ( $r = 0,503$ ;  $p < 0,001$ ). Також констатовано позитивний зв'язок зі шкалою емоційного виснаження ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,001$ ) і негативний – зі шкалою редукції особистих досягнень МВІ ( $r = - 0,428$ ;  $p = 0,001$ ).

Змістовий аналіз цієї шкали показав найбільший внесок твердження «Коли партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги».

Отже, узагальнюючи результати якісного і кореляційного аналізу, можна припустити, що нижчий контроль над своїми емоційними реакціями на роботі пов'язаний із менш вираженою відмовою від досягнень. Тобто, у опитувальнику В.В. Бойка контроль емоцій у взаємодії з іншими людьми є одним з важливих аспектів резистентності.

Наступна шкала, «Емоційно-моральна дезорієнтація», достовірно пов'язана з усіма трьома шкалами опитувальника «Оцінка власного потенціалу вигорання»: позитивно зі шкалами деперсоналізації ( $r = 0,269$ ;  $p = 0,013$ ) і емоційного виснаження ( $r = 0,267$ ;  $p = 0,039$ ), і негативно зі шкалою особистої задоволеності ( $r = - 0,344$ ;  $p = 0,007$ ). З методикою МВІ виявлений тільки один достовірний зв'язок - зі шкалою деперсоналізації ( $r = 0,257$ ;  $p = 0,045$ ): припускаємо, що при значному виснаженні у батьків, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, частіше виникають думки про власну непотрібність.

Третя шкала «Розширення сфери економії емоцій» відображає прагнення особистості якомога менше спілкуватися, щоб не витратити емоційні зусилля. Це прагнення достовірно позитивно пов'язано зі шкалами деперсоналізації ( $r = 0,309$ ;  $p = 0,016$ ) і виснаження ( $r = 0,393$ ;  $p = 0,002$ ) «Оцінки власного потенціалу вигорання» і негативно – зі шкалою задоволеності ( $r = - 0,248$ ;  $p = 0,056$ ). Аналогічним вона достовірно позитивно

пов'язана з деперсоналізацією ( $r = 0,328$ ;  $p = 0,011$ ) і на дуже високому рівні – з виснаженням ( $r = 0,605$ ;  $p < 0,001$ ) в опитувальнику МВІ. Припускаємо, що прагнення батьків, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, «економити емоції» є їхньою реакцією на переживання виснаженості, а деперсоналізація або підсилює це переживання, або є наслідком тенденції до економії емоцій.

Ми уточнили це припущення при зіставленні шкали «Розширення сфери економії емоцій» з коефіцієнтом Шипоша у колірному тесті М. Люшера.

Нарешті, четвертий симптом «Редукція професійних обов'язків», є близьким до двох попередніх шкал, узагальнює їх. Бали за цією шкалою негативно пов'язані з особистим задоволенням ( $r = - 0,302$ ;  $p = 0,019$ ) в опитувальнику «Оцінка власного потенціалу вигорання» і редукцією особистих досягнень ( $r = - 0,333$ ;  $p = 0,011$ ) в опитувальнику К. Маслач і С.Джексона МВІ.

В цілому, найбільший якісний внесок у групу «Резистентність» вносять другий і третій симптоми, тому зміст шкал даної групи, якщо бали по ній високі, можна визначити як своєрідну «емоційну розгубленість», що призводить до обмеження емоційних проявів і переживань. У цьому випадку коректно говорити про резистентність як про прояв досить примітивної форми психологічного захисту – ізоляції, яка проявляється у обмеженні спілкування і зменшення уваги до оточуючих.

Наступна група симптомів в опитувальнику В.В. Бойка називається «Виснаження». «Емоційний дефіцит» – це перший з симптомів, який входить до неї. Шкала емоційного дефіциту позитивно і значущо пов'язана зі шкалами деперсоналізації ( $r = 0,486$ ;  $p = 0,001$ ) і виснаження ( $r = 0,337$ ;  $p = 0,009$ ) «Оцінки власного потенціалу вигорання», і негативно – зі шкалою задоволеності ( $r = -0,436$ ;  $p = 0,001$ ) цієї ж методики. Характер кореляційних зв'язків такий же, як і у шкал, що складають резистентність.

Зі шкалами МВІ картина схожа, але ще більш значущо проявляються позитивні зв'язки з аналогічними шкалами: виснаження ( $r = 0,499$ ;  $p = 0,001$ ) і

деперсоналізації ( $r = 0,531$ ;  $p = 0,001$ ), і негативна зі шкалою редукції професійних досягнень ( $r = - 0,485$ ;  $p = 0,001$ ).

Отже, можна припустити, що емоційний дефіцит щільно пов'язаний з усіма компонентами емоційного вигорання, тому його прояви є тотальними у разі емоційного вигорання батьків, що виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку.

Наступний симптом цієї групи є «Емоційна відчуженість», яка позитивно пов'язана тільки зі шкалою деперсоналізації ( $r = 0,412$ ;  $p = 0,001$ ) опитувальника «Оцінка власного потенціалу вигорання», і аналогічною шкалою опитувальника Маслач-Джексона ( $r = 0,388$ ;  $p = 0,002$ ). Зі шкалою редукції професійних досягнень МВІ зв'язок негативний ( $r = - 0,364$ ;  $p = 0,004$ ). Детальний якісний аналіз окремих тверджень показав, що найбільший внесок в цей симптом вносить твердження «Щодо майже всього, що відбувається на роботі, я втратив інтерес, жвавість почуттів». Оскільки у всіх твердженнях, що стосуються цього симптому, згадується робота, ми припускаємо, що емоційну відчуженість можна розглядати не тотально, а парціально, стосовно лише професійної сфери. Тому цей симптом може проявлятися раніше, ніж, наприклад, деперсоналізація, яка вже виходить за межі професійної діяльності.

Третій симптом, «Особистісна відчуженість», або просто деперсоналізація, позитивно пов'язаний зі шкалами деперсоналізації і «Оцінки особистісного потенціалу вигорання» ( $r = 0,373$ ;  $p = 0,003$ ), і МВІ ( $r = 0,454$ ;  $p = 0,001$ ), а також зі шкалами виснаження ( $r = 0,479$ ;  $p = 0,001$  і  $r = 0,584$ ;  $p = 0,001$  відповідно) цих методик. Також виявлено негативний зв'язок зі шкалою редукції професійних досягнень ( $r = - 0,284$ ;  $p = 0,028$ ) опитувальника МВІ. За змістовним аналізом тверджень, їх вагою та кореляційними зв'язками з іншими тестами вигорання, можна припустити, що основний психологічний зміст цієї шкали полягає у прагненні батьків, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку збільшити психологічну дистанцію між собою і власною професійною діяльністю.

Четвертий симптом виснаження за В.В. Бойком, який розкриває

психосоматичні і психовегетативні порушення, достовірно пов'язаний тільки зі шкалами виснаження опитувальників «Оцінка власного потенціалу вигорання» ( $r = 0,339$ ;  $p = 0,008$ ) і МВІ ( $r = 0,301$ ;  $p = 0,019$ ). Це дозволяє нам припустити, що психічне виснаження батьків, які виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, проявляється вже на соматичному рівні: почуття розчарування особливо чітко виражається у соматичних симптомах, розчарована людина рідко відчуває себе абсолютно здоровою фізично.

Отже, кореляційногий аналіз отриманих результатів дозволив нам зробити попередні висновки про особливості діагностики емоційного вигорання батьків, які виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку: окремі симптоми емоційного вигорання батьків чітко групуються, що зручно для стислого розгляду результатів, але при необхідності можуть бути розгорнуті; для повноцінної характеристики емоційного вигорання у вибірці батьків, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, одного опитувальника Бойка недостатньо, тому необхідно використовувати при цьому дані і інших методик, зокрема, застосованих нами у цьому дослідженні.

Отримані дані за психодіагностичними методиками можна в подальшому використовувати для повторного діагностичного обстеження батьків з метою фіксації позитивної динаміки зменшення ознак їхнього емоційного вигорання в процесі їх залучення до корекційно-розвивальної роботи з дітьми.

### **Висновки до третього розділу**

Психологічний супровід дітей з комплексними порушеннями розвитку та їх батьків є діяльністю, спрямованою на відновлення оптимального психологічного стану їх особистості з метою повного або часткового вирішення проблемної ситуації, що полягає в протиріччі між необхідністю активної діяльності, здійснюваної в колективі, і наявними обмеженнями у

соціальної взаємодії.

Одними із основних умов ведення психологічного супроводу є врахування психологічного статусу школяра та особливостей соціалізації батьків, що виховують дитину із комплексними формами дизонтогенезу. За результатами дослідження особливостей емоційного вигорання батьків з'ясовано, що переживання психотравмуючих обставин позитивно пов'язане зі шкалами деперсоналізації ( $r = 0,435$ ;  $p = 0,001$ ) і виснаження ( $r = 0,497$ ;  $p < 0,001$ ) методики «Оцінка власного потенціалу вигорання» та шкалами деперсоналізації ( $r = 0,343$ ;  $p = 0,007$ ) і виснаження ( $r = 0,633$ ;  $p < 0,001$ ) методики МВІ К. Маслач і С. Джексона: значна вираженість у них переживання психотравмуючих обставин життя підтверджується отриманими оцінками емоційного виснаження і особистісної відстороненості. Виявлено негативний зв'язок шкали незадоволеності собою з показником редукції особистих досягнень МВІ ( $r = - 0,316$ ;  $p = 0,014$ ): низька оцінка батьками, що виховують дитину із комплексними вадами розвитку, корисності своєї роботи породжує і низькі оцінки своїх досягнень, в тому числі і у контексті порозуміння зі своїм оточенням. Констатовано, що симптом «Тривога і депресія» достовірно виявив наступні зв'язки: позитивні зі шкалами деперсоналізації ( $r = 0,527$ ;  $p < 0,001$ ) і емоційного виснаження ( $r = 0,327$ ;  $p = 0,011$ ) опитувальника «Оцінка власного потенціалу вигорання»; сильний позитивний зв'язок зі шкалами МВІ: емоційне виснаження ( $r = 0,615$ ;  $p < 0,001$ ), деперсоналізація ( $r = 0,340$ ;  $p = 0,008$ ) і редукція особистих досягнень ( $r = - 0,428$ ;  $p = 0,001$ ). Зі шкалою «Задоволеність» оцінки власного потенціалу зв'язок негативний ( $r = - 0,309$ ;  $p = 0,005$ ).

## ВИСНОВКИ

Проблема збереження фізичного та психічного здоров'я підростаючого покоління актуалізувала потребу психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з комплексними порушеннями. Емоційний стан батьків не лише важливий для їхньої особистості й цілісності сім'ї, а й для позитивного розвитку дитини в контексті протікання її захворювання.

1. Батьки дітей з вадами розвитку постійно перебувають під впливом стресогенних факторів, які вимагають потужних резервів самовпорядкування. Одним із негативних наслідків тривалого емоційного напруження, а подекуди й стресу є емоційне вигорання. Народження дитини з порушеннями здоров'я та розвитку є тяжкою життєвою подією для сім'ї. У літературі описано такі феномени, як неготовність до такого розвитку подій, нездатність його передбачити та сприйняти, відсутність попереднього досвіду, відчуття безпорадності, втрати перспектив, провини й цілий спектр інших негативних емоційних реакцій. Така ситуація може характеризуватися як стресова, що запускає посттравматично-стресовий процес «переживання горя». Окрім цього, сім'ї, які виховують дітей із порушеннями розвитку, відчувають також вплив стресу щоденних труднощів, на тлі яких з'являються ще й «особливі» проблеми й переживання. Перед усіма членами родини виникає необхідність протистояти глибоким несприятливим змінам життєвого стереотипу та виробляти нові форми поведінки, аби пристосуватися до нових обставин. Актуальними проблемами батьківства сьогодні є емоційний стан жінок у період вагітності (Б. Андрейко, А. Батуєв, Г. Брехман, А. Захаров, І. Доряков), взаємодія матері та дитини в неонатальний період (А. Авдєєва, Т. Архирєєва, О. Дубовик, О. Скобло), особистісні зміни в жінок, які пов'язані з її новою соціальною роллю – материнством «особливої дитини» (Б. Андрейко, Л. Базалева, О. Васильєва, О. Захарова, О. Єсеніна, О. Калмикова, О. Карбонова, О. Подобина, Г. Соколова, В. Ткачова, Т. Хозяїнова). Зарубіжні та вітчизняні дослідники, вивчаючи дитячо-батьківські взаємини, акцентують увагу на ефективності розвитку особистості дитини в процесі взаємодії (В. Бехтерев, Д.

Боулбі, С. Забрамна, С. Корсаков, І. Маляревський, О. Мастюкова, А. Фройд, З. Фройд, М. Кляйн, О. Співаковська, О. Смирнова). У процесі взаємодії з дитиною, яка має комплексні порушення розвитку, батьки зіштовхуються з різними труднощами. У вітчизняній науці особливості сімей, які виховують проблемних дітей, висвітлювалися в працях Б. Андрейко (психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку), В. Вишневського, Р. Майрамяна (поява в батьків, які виховують особливу дитину, різних соматичних захворювань, астеничних і вегетативних розладів, депресивної симптоматики), Г. Кукурудзи (психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку), Є. Ейдемільера, В. Юстицького (структурно-функціональні особливості сімей із психічно хворим; основні напрями розвитку сім'ї психічно хворого), І. Іванової (соціально-психологічні проблеми дітей інвалідів), Є. Тихої (формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію), Г. Соколової (особливості психологічного супроводу батьків, які виховують дітей із синдромом Дауна), В. Ткачової (виникнення у батьків дітей-інвалідів особистісних порушень, певних характерологічних рис особистості), Л. Шипіциної (взаємини в родинях, де виховуються діти з розумовою відсталістю; особистісні особливості матерів, що виховують дітей з розумовою відсталістю) тощо. Проблеми емоційного стану батьків у цьому ж аспекті досліджені ще недостатньо. Тому особливої актуальності набуває вивчення емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Підґрунтя дослідження емоційного вигорання батьків дітей з комплексними порушеннями становили: – філософські та психологічні концепції материнства (В. Брутман, Д. Вінікотт, О. Захаров, Г. Філіппова та ін.); – принципи системного підходу й аналізу щодо психології розвитку особистості (Б. Ананьєв, Л. Анциферова, Б. Братусь, Л. Виготський, В. Зінченко, Г. Костюк, Б. Ломов, Н. Лунченко, С. Максименко, В. Слободчиков та ін.); – принципи діяльнісного підходу (Л. Виготський, О. Дусавицький, Є.

Заїка, О. Леонтьєв, С. Максименко, С. Рубінштейн та ін.); – основні положення концепції психологічного здоров'я (С. Белічева, І. Дубровіна, А. Катков, В. Моляко, Т. Русова, В. Торохтій, Т. Тунгусова, М. Cederblad, A. Ellsworth та ін.); – основні положення теорії психології відносин В. Мясіщева; – концептуальні основи сучасної спеціальної психології, методологічні та методичні підходи до оцінювання психічного розвитку дитини, новітні психокорекційні технології (Л. Борщевська, Т. Ілляшенко, Л. Кузнєцова, О. Мастюкова, І. Мамайчук, К. Островська, В. Синьов, Є. Синьова, Н. Семаго, О. Усанова, Л. Фомічова, Л. Шипіцина, Д. Шульженко); – теорії дитячо-батьківських взаємин (О. Варга, В. Дружинін, О. Співаковська, Е. Ейдемільер та ін.); – теоретичні підходи до вивчення емоційного вигорання (В. Бойко, В. Орел, А. Рукавішніков, Л. Кітаєв-Смик, М. Водопянова, С. Maslach, A. Pines та ін.).

2. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань методичний комплекс дослідження склали: опитувальник МВІ К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory), опитувальник діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко, тест «Оцінка особистісного потенціалу вигорання» Л.М. Карамушки та «Шкала безнадійності» А. Бека. Обрані методики відповідають вимогам стандартизації, валідності, надійності та співвідносяться з метою роботи та завданнями дослідження.

3. За результатами опитувальника Л.М. Карамушки можемо побачити схожу тенденцію із результатами опитувальника К. Маслач і С. Джексона. У 67% батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку переважає емоційне виснаження, на відміну від батьків нормотипових дітей, у яких цей показник притаманний лише 8%. Особистісна незадоволеність та деперсоналізація характерна для 20% та 13% батьків, які мають дітей з комплексними формами дизонтогенезу, відповідно. Цікавим є той факт, що серед такої групи батьків немає жодного, який би не мав показників емоційного вигорання, тобто всі із них проявляють у більшій чи меншій мірі. У контрольній групі батьків нормотипових дітей у 80%, відсутні будь-які ознаки емоційного вигорання.

Більшість досліджуваних (32%) батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку належить до групи з легкою безнадійністю, що характеризується легким ступенем вияву безнадійності. Імовірно, такі досліджувані схильні виявляти сумніви в сприятливому розвитку певних життєвих аспектів у майбутньому. Припускаємо, що такі сумніви можуть бути ситуативними і вельми короткотривалими, або ж досліджувані вважають, що зможуть впоратись з ними.

Меншу за кількістю групу (28%) складають досліджувані, що належать до групи батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку, в яких не було діагностовано безнадійності. В результаті проведеного дослідження в них не було виявлено суб'єктивного відчуття безнадійності й негативного ставлення до майбутнього. Це може свідчити про те, що вони в цілому оптимістично сприймають свої майбутні перспективи та можливості, мають визначені життєві цілі і шляхи їх досягнення. Ще менша кількість досліджуваних (24%) батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку належить до групи досліджуваних із помірною безнадійністю, тобто їм властиві прояви помірної безнадійності. Можемо припустити, що їм часто трапляється думати про невизначеність майбутнього чи певні його негативні аспекти. Найменшою за чисельністю (16%) є група досліджуваних батьків дітей з комплексними порушеннями розвитку з важкою безнадійністю. Можемо говорити про те, що досліджуваним, котрі належать до цієї групи, властиві постійні похмурі думки стосовно майбутнього в цілому, відчуття безнадії, зневіри, невизначеності та безперспективності. Припускаємо також, що такі думки мають нав'язливий характер і виникають незалежно від зовнішніх обставин.

Таким чином, за результатами проведення методики, можемо зробити висновок про те, що більшості досліджуваних притаманні ситуативні вияви сумнівів у певних аспектах майбутнього. Разом з тим, вони вважають, що можуть впоратись з можливими труднощами чи невизначеністю.

Для уточнення особливостей синдрому емоційного вигорання батьків, що виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, нами був

використаний кореляційний аналіз: ми скористалися параметричним коефіцієнтом лінійної кореляції Пірсона.

Кореляційний аналіз отриманих результатів дозволив нам зробити попередні висновки про особливості діагностики емоційного вигорання батьків, які виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку: окремі симптоми емоційного вигорання батьків чітко групуються, що зручно для стислого розгляду результатів, але при необхідності можуть бути розгорнуті; для повноцінної характеристики емоційного вигорання у вибірці батьків, що виховують дитину із комплексними порушеннями розвитку, одного опитувальника Бойка недостатньо, тому необхідно використовувати при цьому дані і інших методик, зокрема, застосованих нами у цьому дослідженні.

Отримані дані за психодіагностичними методиками можна в подальшому використовувати для повторного діагностичного обстеження батьків з метою фіксації позитивної динаміки зменшення ознак їхнього емоційного вигорання в процесі їх залучення до корекційно-розвивальної роботи з дітьми.

**Гіпотеза** нашого дослідження знайшла своє підтвердження, оскільки для емоційних переживань батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку є притаманним емоційне вигорання. Ми припускаємо, що в більшості із них воно перебуває на стадії формування або вже сформоване і для нього є характерною ознакою є резистенція, тобто неадекватне виборче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій: редукція професійних обов'язків. Ще ми припускаємо, що батьки, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку мають прояви безнадійності.

**Перспективою подальших досліджень** може бути вивчення розвитку емоційного вигорання у батьків, які мають дітей різного віку з вадами розвитку. Ми припускаємо, що на рівень та симптоми емоційного вигорання можуть впливати термін діагнозу дитини та складність діагнозу, наприклад

дитячий церебральний параліч у поєднанні з будь-якою іншою вадою має значний вплив на формування та розвиток емоційного вигорання їх батьків.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрейко Б.В. Психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку. *Психологія і особистість*. 2016. № 2 (10). С. 58–64. 13. \
2. Бойко В. Синдром емоційного вигорання: діагностика і профілактика. Хмельницький: Кронос, 2018. 332 с.
3. Бондаревська Л. Вплив психотравмуючих подій на виникнення психічного вигорання Київ: Либідь, 2015. 159 с.
4. Водоп'янов Н. Синдром емоційного вигорання: діагностика і психологічна допомога. Львів: Гроно, 2010. 210 с.
5. Галецька І. І. Особливості емоційного вигорання менеджерів з різним рівнем самоактуалізації. *Актуальні проблеми психології*. Т. 5. Вип. 6. 2007. С. 89–95.
6. Гладких Н. В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні. *Науковий часопис імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. № 26. С. 52–57.
7. Глуханюк Т. Допомога психолога сім'ї, де росте дитина з порушенням інтелекту. [Електронний ресурс]. Режим доступу :<http://www.ipro.if.ua /predmety /ocppsr /index.php? r=site/ stattya&id=76.>].
8. Грубі Т.В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної податкової служби України. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С Костюка*, 2012. Випуск 4. С. 42–45.
9. Жогно Ю.П. Психологічні особливості емоційного вигорання педагогів. (Автореф. дис. канд. психол. наук). 2009. 23 с.
10. Кляпець О.Я. Шлюбна залежність як чинник розвитку емоційного вигорання в сім'ї. *Соціальна психологія*, 2006. №6 (20), С. 164–174.
11. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. /за ред. В .І. Бондаря, В. В. Засенка. Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. Вип. 8. Т. 1. 323 с.

12. Дитячі проблеми. URL: <http://uwcfoundation.com/ua/detskie-problemyi>(дата звернення: 28.10.2020).
13. Душка А. Л. Роль сім'ї у соціалізації неповносправної дитини. *Наука і освіта*. 2019. №2. С. 56 – 65.
14. Жигорьова М. В., Левченко І. Ю. Діти з комплексними порушеннями розвитку: Діагностика та супровід. К: Національний книжковий центр, 2016. 208 с.
15. Збродська І. Феномен батьківського вигорання як предмет психологічного дослідження. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. Випуск 12 (57). 2020. С. 38-47.
16. Кабінет Міністрів України. Постанова «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти». від 15 вересня 2021 р. № 957 Київ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/957-2021-п#Text> (дата звернення 04.04.2023)
17. Киселиця О. М., Богданюк А. М., Гуліна Л. В., Свекла Р. М. Прогнозування та запобігання синдрому професійного вигорання і хронічної втоми учителів фізичної культури. *Молодий вчений*. 2018. №3.3 (55.3). С. 89–92.
18. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Національний класифікатор України. – Київ. 2021. 526 с. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/nacziionalnyj-klassyifikator-nk025.pdf> (дата звернення 12.03.2023)
19. Ковтун Р. А. «Особливості структури психологічного недорозвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку». *Науковий вісник Миколаївського державного університету В. О. Сухомлинського : Збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової*. Миколаїв : МДУ імені В. О. Сухомлинського, 2010. Т. 2. вип. 5. С. 154–158.
20. Ковтун Р. А., Програма розвитку комунікативних здібностей дітей з комплексними порушеннями розвитку : автореф. дис. ... канд. псих. наук :

- 19.00.08. Одеса, 2011. 19 с.
21. Колосова О.В., Гурал-Пулроле Й. Соціальна адаптація дітей з комплексними порушеннями розвитку. «*Young Scientist*». № 5.2 (57.2). May, 2018 С. 49-53.
22. Колупаєва А .А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. К. : Самміт-книга, 2009. 142–158 с.
23. Колупаєва А. А. Основи інклюзивної освіти : навчально-методичний поїбник. К : А.С.К., 2012. 308 с.
24. Кукурудза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушенням розвитку : монографія. Харків : Точка, 2013. 244 с.
25. Левченко І.Ю., Ткачова В.В. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з відхиленнями у розвитку. К.: Либідь, 2018. 240 с
26. Лемак М.В., Петрище Ю.В. Психологу для роботи: діагностичні методики. Методичне видання. Збірник. Ужгород : Видавництво А. Гаркуші, 2012, 616 с.
27. Луценко І. В., Заєркова Н. В. Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами: методичний посібник. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 66 с.
28. Маляр-Газда Н. М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодні. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2015. № 3. С. 27–31.
29. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 7 (109). С.22–30.
30. Микитенко М. «Синдром згоряння»: позитивний підхід до проблеми. Київ: Олді ТМ, 2018. 245 с.
31. 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.

32. Міністерство освіти і науки. Статистичні дані. веб-сайт URL: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/inklyuzivne-navchannya/statistichnidani#:~:text=У%202021%2F2022%20н.,i%20становить%2023216%20таких%20класів> (дата звернення 16.03.2023)
33. Моргун В. Ф., Тітов І.Г. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник. Київ : Слово, 2022, 231 с.
34. Наказ МОЗ України № 981 від 23.05.2018 року «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків». URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ30749.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ30749.html) (дата звернення: 28.10.2020).
35. Освіта дорослих: енциклопедичний словник [упоряд.: Н. Г. Протасова, Ю.О. Молчанова, Т.В. Куренна; ред. рада: В. Г. Кремень, Ю. В. Ковбасюк, Н. Г. Протасова та ін.]; Нац. акад. пед. наук України, Нац. акад. держ. упр. при Президентові України [та ін.]. К.: Основа, 2014. 443 с.
36. 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.
37. Пілецька Л.С. Емоційне вигорання в сім'ї як чинник неконструктивних життєвих стратегій подружжя. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць, 2018, 2(46), С. 224–231.*
38. Савицький А.М. Особливості розумової діяльності дітей з комплексними порушеннями розвитку при вирішенні мисленнєвих задач в процесі індивідуалізованого навчання. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2016. Вип. 31. С. 72–80.
39. Савчук Л.О. Проблеми родинного виховання дітей з особливими освітніми потребами. Рівне, 2016. веб-сайт URL: <https://shag.com.ua/problemi->

- rodinnogo-vihovannya-ditej-z-osoblivimi-osvitnimipot.html (дата звернення 02.04.2023)
40. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова та ін. Київ, 2004. 264 с.
41. Синдром емоційного вигорання. веб-сайт URL: <https://lcptodcz.lviv.ua/news/14-33-35-07-05-2019/> (дата звернення 30.04.2023)
42. Соколова Г. Б. Особливості емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку. Наука і освіта : наук.-практ. журн. Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Серія : Психологія. Одеса : Вид-во ПНПУ імені К. Д. Ушинського, 2018. №5–6. С. 118–122.
43. Соколова Г. Б. Психологічний супровід школярів із комплексними порушеннями розвитку: Монографія / Ганна Борисівна Соколова. – Чернівці: Букрек, 2018. – 344 с.
44. Соколова Г.Б. Емоційне вигорання як фактор ризику десоціалізації батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Pedagogy and Psychology. Science and Education a New Dimension*. VI(72), Issue: 174. Budapest, 2018. P. 62-66.
45. Статистичні дані. Міністерство освіти і науки України – МОН. URL: [mon.gov.ua](http://mon.gov.ua) › [statistichni-dani](http://mon.gov.ua/statistichni-dani) (дата звернення: 28.10.2020).
46. Столярик О.Ю., Семигіна Т.В. Сімейноцентричний підхід до підтримки родин, які виховують дітей з ментальними порушеннями: Колективна наукова монографія. *Репрезентація освітніх досягнень, масмедіа та роль філології у сучасній системі наук*. Видання 2. Вінниця 2021- 2022. С. 115-118.
47. Сухіна І. Емоційне вигорання у батьків дітей з особливими освітніми потребами: реалії та шляхи подолання. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. Науково-методичний збірник*. Випуск 17,

2020. С. 220-228

48. 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.
49. Ткачева В.В. Технології психологічної допомоги сім'ї із дітьми, які мають вади в розвитку. К. : АСТ. 2017. 320 с.
50. Царькова О.В. Особливості допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 23. С. 687–697.
51. Шевчук В.В. Сучасні підходи до визначення категорії «Емоційне вигорання». *Габітус*, 2020. Випуск 17. С. 141-146.
52. Шевчук В.В. Наукові засади дослідження емоційного вигорання батьків дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Проблеми сучасної психології*. 2020, № 1 (17), С. 190–199.
53. Шульженко Д.І. Особливості психологічної роботи з емоційними станами батьків дітей з психофізичними порушеннями раннього віку. *Психологічний часопис*. 2017. № 5 (9), С. 173–180.
54. Basaran, A., Karadavut, K.I., Uneru, S.O., Balbaloglu O., & Atasov, N. (2013). The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 49(6), 815–22.
55. Brianda, M-E., Roskam, I., Gross, J.J., Franssen, A., Kapala, F., Gérard, F., et al. (2020). Treating Parental Burnout: Impact of Two Treatment Modalities on Burnout Symptoms, Emotions, Hair Cortisol, and Parental *Neglect and Violence*, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 330–332.
56. Freudenberger, H., (1985). *Women's Burnout: How to Spot It, How to Reverse It, and How to Prevent It*. USA : Doubleday
57. Lanstrom, E., (1983). *Christian Parent Burnout*. USA : Concodia Pablishing House.
58. Le Vigouroux, S., & Scola, C. (2018). Differences in parental burnout: Influence

- of demographic factors and personality of parents and children. *Frontiers in Psychology*, 9, 887. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6036141/>
59. Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (p.19–32). London : Routledge.
  60. Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: a preliminary investigation of escape and suicidal ideations, sleep disorders, addictions, marital conflicts, child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, 80, 134–145.
  61. Mikolajczak, M., Raes, M-E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Exhausted Parents: sociodemographic, child- related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 602–614.
  62. Norberg, A. L. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 14, 130–137.
  63. Norberg, L. A., Mellgren, K., Winiarski, J., & Forinder, U. (2014). Relationship between problems related to child late effects and parent burnout after pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Pediatr. Transplant*, 18, 302–309.
  64. Pelsma, D. (1989). Parent Burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with a Sample of Mothers, Measurement and Evaluation in Counseling and development, 22(2). P. 201-205
  65. Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758.
  66. Boas D. C., Ferreira L., Moura M., Maia S., Amaral I. Analysis of interaction and attention processes in a child with multiple disabilities. *Audiology – Communication Research*. 2017. 12. P. 2016-1718
  67. Marzouq A. A. The Importance of Teachers’ Universal Design for Transition Principles Knowledge in Preparing Students *Who Are Deaf and Hard of Hearing*

*for the Life after School in Saudi Arabia. Creative Education*. 2018. Vol.9 No.3.

DOI: 10.4236/ce.2018.93036

68. Moores D. F. *Education the deaf: psychology, principles and practices*. Boston, 1987. 143 p.
69. Van Dijk J., Janssen M. Deafblind children. In H. Nakken (Ed.), *Meervoudig gehandicapten*. Rotterdam: Lemniscaat, 1993. pp. 34–73.

## ДОДАТКИ

Методика діагностики емоційного вигорання (В. Бойка).

Інструкція. На кожне із запропонованих нижче суджень дайте відповідь «так» чи «ні». Візьміть до уваги: якщо у формулюваннях опитувальника згадуються партнери, то йдеться про суб'єктів Вашої професійної діяльності — пацієнтів, клієнтів, споживачів, замовників, учнів, студентів та інших осіб, з якими Ви щоденно працюєте.

Текст опитувальника

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплоота у взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути па самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує професійний обов'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу па роботі.
12. Трапляється, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.

14. Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою наділові контакти.
18. Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
19. Я так стомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втому та напруження часто приділяю партнеру менше уваги, ніж потрібно.
21. Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
24. При згадці про деяких партнерів та колег, у мене псується настрій.
25. Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил та емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все як потрібно, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюся обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу «не роби людям добра — не отримаєш зла».
31. Я з радістю розповідаю домашнім про свою роботу.

32. Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображається на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).

33. Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.

34. Я дуже хвилююся за свою роботу.

35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.

36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.

37. У мене добрі (в цілому задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.

38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.

39. Останнім часом мене переслідують невдачі па роботі.

40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.

41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.

42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) менше, ніж зазвичай.

43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити час спілкування з друзями та знайомими.

44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.

45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, в доброму настрої.

46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.

47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі бажаєш їм чогось недоброго.

48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного та психічного самопочуття.
49. На роботі я постійно відчуваю психічне та фізичне перевантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Впродовж останнього року траплялися скарги па мене з боку партнерів.
54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не беру близько до серця.
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш співчутливим та уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.
64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.
65. Іноді я поводжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.
66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.
67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.





**Опитувальник на вигорання МВІ К. Маслач і С. Джексона  
(в адаптації Н. Водоп'янової)**

1. Я почуваюся емоційно спустошеним.
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.
3. Вранці я відчуваю втому та небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі та колеги, і намагаюся враховувати це на користь справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими та колегами як з предметами (без теплоти та прихильності до них).
6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях, що виникають під час спілкування з колегами.
8. Я відчуваю пригніченість та апатію.
9. Я впевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став більш черствим стосовно тих, з ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота робить мене запеклим.
12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Мені здається, що я надто багато працюю.
15. Буває, що мені справді байдуже те, що відбувається з деякими моїми підлеглими та колегами.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього та всіх.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співробітництва у колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне поживлення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато справді цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрачу інтересу до багато чого, що тішило мене у моїй роботі.
21. На роботі я спокійно впораюся з емоційними проблемами.
22. Останнім часом мені здається, що колеги та підлеглі все частіше

перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

## Додаток Б. Первинні дані дослідження за методиками

№ п/п	Опитувальник Маслач і Джекобсона	Опитувальник Л.М. Карамушки	Опитувальник В.В. Бойка	Шкала безнадійності А. Бека
1.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність
2.	Деперсоналізація	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність
3.	Редукція особистісних досягнень	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність
4.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність
5.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Важка безнадійність
6.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Важка безнадійність
7.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Легка безнадійність
8.	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Легка безнадійність
9.	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Легка безнадійність
10.	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Легка безнадійність
11.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Легка безнадійність

12.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
13.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
14.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Помірна безнадійність
15.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Помірна безнадійність
16.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Помірна безнадійність
17.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Не складений синдром	Помірна безнадійність
18.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Не складений синдром	Важка безнадійність
19.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Не складений синдром	Важка безнадійність
20.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Не складений синдром	Важка безнадійність
21.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Не складений синдром	Важка безнадійність
22.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Не складений синдром	Важка безнадійність
23.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність
24.	Емоційне виснаження	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність
25.	Деперсоналізація	Емоційне виснаження	Формується синдром	Важка безнадійність

26.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
27.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
28.	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
29.	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
30.	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
31.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
32.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Формується синдром	Помірна безнадійність
33.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
34.	Редукція особистісних досягнень	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
35.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
36.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
37.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
38.	Деперсоналізація	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність

<b>39.</b>	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
<b>40.</b>	Емоційне виснаження	Особистісна незадоволеність	Сформований синдром	Важка безнадійність
<b>41.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
<b>42.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
<b>43.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
<b>44.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
<b>45.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
<b>46.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
<b>47.</b>	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не

48.	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
49.	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
50.	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
51.	Емоційне виснаження	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
52.	Емоційне виснаження	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
53.	Емоційне виснаження	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
54.	Емоційне виснаження	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
55.	Емоційне виснаження	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не

56.	Редукція особистісних досягнень	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
57.	Редукція особистісних досягнень	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
58.	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
59.	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
60	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
61	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
62	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
63	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не

64	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
65	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
66	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
67	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
68	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
69	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
70	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
71	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не

72	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
73	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
74	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
75	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
76	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
77	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не
78	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
79	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	Безнадійність не

80	Відсутні показники емоційного вигорання	Відсутні показники емоційного вигорання	Не складений синдром	виявлено
----	---	---	----------------------	----------