

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту
Завідувач кафедри


_____ Катерина ПЕТРОВСЬКА
«22» листопада 2025

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого (магістерського)
рівня вищої освіти, групи м22СР-з
Галузь знань 23 Соціальна робота
Спеціальність 231 Соціальна робота
Освітньо-професійна програма:
Поствоєнна соціально-психологічна реабілітація
Тетяна ПРОЖЕНКО

Керівник:
к. пед. н., доц. Анастасія ТУРГЕНЄВА

Рецензент:
к. пед. н., доц. Наталя ЗАХАРОВА

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	6
1.1. Сутність і структура соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю.....	6
1.2. Психосоціальні наслідки війни для дітей з інвалідністю	16
1.3. Напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни.....	25
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	37
2.1. Діагностики потреб і труднощів дітей з інвалідністю та їхніх сімей в умовах війни.....	37
2.2. Програма соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю.....	49
Висновки до другого розділу.....	58
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена тим, що повномасштабна війна в Україні докорінно трансформувала умови життя дітей, суттєво підвищивши рівень стресу, невизначеності та загроз базовому відчуттю безпеки. Особливо вразливою в цих обставинах є категорія дітей дошкільного віку з інвалідністю, психосоціальний розвиток яких значною мірою залежить від стабільності життєвого середовища, передбачуваності повсякденних рутин, сталості міжособистісних зв'язків і регулярного доступу до освітніх, реабілітаційних та соціальних послуг. Українські дослідники (Т. Браніцька, Л. Матохнюк, О. Шпортун) підкреслюють, що саме порушення цих умов у кризових ситуаціях істотно підвищує ризики емоційної дезадаптації як дитини, так і її сім'ї.

Воєнні чинники – вимушене переміщення, повітряні тривоги, зміна умов проживання, обмеження мобільності, переривання роботи освітніх і соціальних інституцій – посилюють уже наявні бар'єри, пов'язані з інвалідністю. Це підвищує ймовірність розвитку емоційного дистресу, труднощів адаптації до закладу дошкільної освіти, соціальної ізоляції та регресу у сформованих навичках. На такі ризики звертають увагу І. Бех, О. Глущенко, О. Глушко, які аналізують психосоціальні та правові аспекти підтримки й реабілітації дітей, постраждалих унаслідок війни.

Водночас істотно зростає навантаження на сім'ї, які виховують дітей з інвалідністю. Батьки та опікуни частіше стикаються з хронічним емоційним виснаженням, зниженням ресурсності, труднощами орієнтації в системі допомоги та потребою у професійній соціально-психологічній підтримці. За даними ЮНІСЕФ, в умовах війни спостерігається зростання психоемоційних порушень серед 1,5 млн українських дітей з інвалідністю, що посилює потребу в системних, а не фрагментарних формах допомоги. У цьому контексті соціально-психологічна підтримка набуває значення багаторівневої діяльності, спрямованої на стабілізацію психоемоційного

стану дитини, збереження її включеності в освітнє середовище, посилення ресурсів сім'ї та координацію міждисциплінарної взаємодії фахівців, що обґрунтовується у працях Н. Кривоконь та дослідженнях науковців Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна».

Попри наявність загальних підходів до психосоціальної допомоги, в умовах війни особливої актуальності набуває науково обґрунтоване визначення актуальних потреб і типових труднощів дітей дошкільного віку з інвалідністю та розроблення практично орієнтованих програм підтримки, адаптованих до кризового контексту, обмежень безпеки й можливостей закладів дошкільної освіти, тоді як більшість наявних програм не враховують специфіку дошкільного віку та воєнних обмежень. Отже, необхідність створення й обґрунтування змісту та структури програми соціально-психологічної підтримки для дітей дошкільного віку з інвалідністю в умовах воєнного стану, що заповнює наявні прогалини в науково-практичних підходах, визначає наукову та практичну актуальність цього дослідження.

Об'єкт дослідження: процес соціально-психологічної підтримки дітей в умовах війни.

Предмет дослідження: зміст, напрями, форми та умови соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в закладі дошкільної освіти в умовах війни.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати сутність та структуру соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану та розробити програму соціально-психологічної підтримки дітей дошкільного віку з інвалідністю для забезпечення їхньої психоемоційної стабільності, соціальної адаптації та розвитку в закладах дошкільної освіти.

Відповідно до проблеми, об'єкта, предмета і мети дослідження вирішувалися такі **завдання**:

1. Проаналізувати сутність і структуру соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в наукових підходах.

2. Визначити психосоціальні наслідки війни для дітей з інвалідністю та їхніх сімей.

3. Обґрунтувати напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни.

4. Здійснити діагностику актуальних потреб і типових труднощів дітей з інвалідністю та їхніх сімей в умовах війни.

5. Розробити програму соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю.

Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс різноманітних **методів дослідження**: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури); емпіричні (анкетування батьків, напівструктуроване інтерв'ю, спостереження в умовах ЗДО); проектувальні (проектування програми соціально-психологічної підтримки); статистичні (кількісний та якісний аналіз результатів дослідження, кореляційний аналіз).

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний обсяг магістерської роботи становить 68 сторінок, основний зміст викладено на 61 сторінці.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Сутність і структура соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю

У сучасному науковому дискурсі соціально-психологічна підтримка розглядається як важливий чинник збереження психічного здоров'я, адаптації та розвитку особистості в умовах складних життєвих обставин. Актуальність звернення до цього поняття зумовлена зростанням кількості кризових ситуацій, пов'язаних із війною, вимушеним переміщенням, втратами та соціальною нестабільністю, що особливо гостро позначаються на вразливих групах населення, зокрема дітях з інвалідністю та їхніх сім'ях. У цьому контексті соціально-психологічна підтримка виступає не лише як форма допомоги, а як системний ресурс, здатний пом'якшувати негативні наслідки стресу та сприяти відновленню життєвої рівноваги [15].

У науці соціально-психологічна підтримка найчастіше розглядається як різновид соціальної підтримки, що поєднує емоційну, когнітивну та поведінкову допомогу особистості у складних життєвих ситуаціях і спрямована на забезпечення її психічного благополуччя та адаптації. У межах теорії соціальної підтримки вона описується як міжособистісний процес, у ході якого людина отримує емоційну турботу, інформаційну допомогу та практичні ресурси, необхідні для подолання стресу й збереження психологічної рівноваги [15; 17].

Важливим положенням сучасних підходів є розуміння підтримки не лише як механізму «пом'якшення» або компенсації стресу, а як чинника розвитку та зміцнення внутрішніх ресурсів особистості. Дослідники наголошують, що соціально-психологічна підтримка сприяє не тільки зниженню рівня дистресу, а й процесуальному зростанню людини, формуванню відчуття життєвої спроможності, суб'єктивного благополуччя

та здатності ефективно взаємодіяти з середовищем навіть за умов тривалих труднощів.

У класичних наукових підходах структура соціально-психологічної підтримки розкривається через сукупність її основних компонентів. Найбільш поширеною є типологія, що включає емоційну, інформаційну, оцінювальну та інструментальну підтримку. Емоційна підтримка пов'язана з проявами емпатії, прийняття, співпереживання та почуття психологічної захищеності. Інформаційна підтримка передбачає надання порад, пояснень, знань і орієнтирів, які допомагають людині зрозуміти ситуацію та можливі шляхи дій. Оцінювальна підтримка спрямована на формування адекватної самооцінки, підтвердження значущості та спроможності особистості. Інструментальна підтримка охоплює практичну допомогу та надання конкретних ресурсів, необхідних для розв'язання життєвих проблем [15].

Разом із тим у сучасних концепціях підкреслюється багатовимірність соціально-психологічної підтримки. Важливе значення має не лише об'єктивна наявність підтримувальних дій або ресурсів, а й суб'єктивне сприйняття людиною факту підтримки. Усвідомлення того, що особистість не є самотньою, що про неї піклуються та що вона належить до значущої мережі соціальних зв'язків, розглядається як самостійний психологічний ресурс, який істотно впливає на рівень стресостійкості та адаптаційні можливості.

Теоретичне підґрунтя дослідження соціально-психологічної підтримки сформовано у працях зарубіжних учених, зокрема Х. Каплана, С. Кобба, Дж. Хауса та інших, які обґрунтували зв'язок різних форм підтримки з психічним здоров'ям і благополуччям особистості. Сучасні моделі соціальної та соціально-психологічної підтримки активно розвиваються в межах теорій стресу і подолання Л. Лазаруса та С. Фолкман, а також концепцій «процвітання через стосунки», у яких підтримка розглядається як ключовий ресурс адаптації та відновлення в кризових умовах [15; 17].

В українській науковій традиції соціально-психологічна підтримка досліджується як важливий чинник подолання складних життєвих ситуацій та кризових станів. Зокрема, у працях Н. Кривоконь вона аналізується як ресурс активізації особистісних можливостей і збереження психологічної рівноваги [15]. О. Креденцер та її колеги розглядають соціально-психологічну підтримку українців у ситуації вимушеної міграції як систему змістовно-психологічних і організаційних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я, адаптацію до нових умов життя та відновлення соціальних зв'язків.

Таким чином, соціально-психологічна підтримка постає як багаторівневе, динамічне й системне явище, що поєднує різні форми допомоги та взаємодії і спрямоване на зниження негативного впливу стресових чинників, відновлення адаптаційних ресурсів і забезпечення психосоціального благополуччя особистості. Таке розуміння є важливим теоретичним підґрунтям для аналізу підтримки в умовах війни, коли потреби цільових груп ускладнюються, а ресурси допомоги можуть бути фрагментованими або нестабільними.

У цьому контексті соціально-психологічну підтримку дітей з інвалідністю в умовах війни доцільно розглядати як цілісну багатокomпонентну систему, елементи якої перебувають у постійній взаємодії та взаємозумовленості. Системний підхід забезпечує узгодженість дій різних суб'єктів (сім'ї, фахівців, освітнього середовища та сервісів підтримки), підвищує адресність допомоги й орієнтує її на досягнення конкретних результатів у розвитку, адаптації та соціальній включеності дитини [38].

Суб'єкти соціально-психологічної підтримки включають широке коло фахівців та інституцій, залучених до допомоги дитині з інвалідністю. До них належать психологи, педагоги соціальні, соціальні працівники, фахівці інклюзивно-ресурсних центрів, педагоги закладів освіти, медичні та реабілітаційні спеціалісти, а також представники громадських і благодійних

організацій. Важливу роль відіграють батьки або законні опікуни, які виступають як активні партнери у процесі підтримки. В умовах війни суттєвого значення набуває міждисциплінарна та міжвідомча взаємодія суб'єктів підтримки.

Об'єкти та цільові групи підтримки охоплюють безпосередньо дітей з інвалідністю різних вікових груп і нозологій, які зазнали впливу воєнних подій. Водночас об'єктом підтримки виступає і сім'я дитини, зокрема батьки чи опікуни, які потребують психологічної, інформаційної та соціальної допомоги [9; 16]. До цільових груп також можуть належати педагогічні колективи та однолітки, які залучені до інклюзивного освітнього середовища та потребують формування компетентностей взаємодії.

Потреби та запити визначають зміст соціально-психологічної підтримки та формуються з урахуванням індивідуальної ситуації дитини. В умовах війни вони включають потребу в психологічній безпеці, емоційній стабілізації, подоланні страхів і тривожності, підтримці рутин і відчуття прогнозованості, збереженні соціальних зв'язків, доступі до освіти та реабілітаційних послуг. Запити сімей часто пов'язані з інформаційною підтримкою, орієнтацією в системі соціальних послуг, правовим супроводом і зниженням батьківського стресу.

Ресурси соціально-психологічної підтримки (внутрішні та зовнішні) становлять основу її ефективності. До внутрішніх ресурсів належать особистісні якості дитини (адаптивність, здатність до навчання, індивідуальні сильні сторони), а також ресурсність сім'ї. Зовнішні ресурси представлені підтримкою з боку фахівців, освітніх і соціальних інституцій, громади, громадських організацій, волонтерських ініціатив, матеріально-технічними та інформаційними можливостями [4; 7; 43]. В умовах війни важливим ресурсом є дистанційні та онлайн-сервіси підтримки.

Форми і методи реалізації підтримки охоплюють індивідуальне та групове консультування, психоедукацію, кризове втручання,

арттерапевтичні та ігрові методи, тренінгові заняття, соціально-педагогічний супровід, кейс-менеджмент, роботу з батьками, а також міждисциплінарні консультації [1; 8; 43]. Вибір форм і методів визначається віком дитини, видом інвалідності, рівнем її функціонування та умовами безпеки.

Умови та середовище реалізації підтримки включають освітні заклади, інклюзивно-ресурсні центри, соціальні служби, медичні та реабілітаційні установи, громадські простори, а також домашнє середовище [7; 37; 39]. В умовах воєнного стану важливого значення набувають гнучкі формати надання допомоги, зокрема дистанційні, мобільні та виїзні форми роботи, що забезпечують доступність підтримки навіть за обмежень безпеки.

Результативність та ефективність соціально-психологічної підтримки доцільно оцінювати за такими показниками, як покращення психоемоційного стану дитини, зниження рівня тривожності та стресу, підвищення адаптаційних можливостей, посилення соціальної включеності, стабілізація сімейного функціонування та підвищення якості життя. Важливим результатом є також формування стійкої системи підтримки, здатної реагувати на тривалі кризові умови.

Отже, структура соціально-психологічної підтримки як системи відображає взаємозв'язок суб'єктів, об'єктів, ресурсів, форм і результатів, що забезпечує комплексний і адресний характер допомоги дітям з інвалідністю в умовах війни.

Ефективність соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни значною мірою визначається дотриманням ключових принципів, які задають ціннісні орієнтири, етичні межі та професійну логіку діяльності фахівців [4]. Реалізація цих принципів забезпечує гуманний, адресний і системний характер підтримки.

Принцип гуманістичної спрямованості ґрунтується на визнанні дитини з інвалідністю як унікальної, цінної та активної особистості

незалежно від її фізичних чи психічних обмежень. У межах цього принципу дитина розглядається не як об'єкт опіки, а як суб'єкт взаємодії, носій власних потреб, почуттів і потенціалу розвитку. Гуманістична спрямованість передбачає повагу до гідності дитини, підтримку її автономії, емоційної безпеки та права на вибір у межах можливого.

Принцип недискримінації означає забезпечення рівних прав і можливостей для всіх дітей з інвалідністю незалежно від виду порушень, статі, віку, місця проживання, соціального статусу сім'ї або досвіду переміщення внаслідок війни. Дотримання цього принципу передбачає подолання стигматизації, упереджень і бар'єрів у доступі до послуг, а також формування толерантного та безпечного соціального середовища.

Принцип конфіденційності є базовим етичним орієнтиром соціально-психологічної підтримки та передбачає захист персональної інформації про дитину та її сім'ю. Умови війни підвищують вразливість сімей, тому збереження конфіденційності є необхідною умовою формування довіри між фахівцем і клієнтом. Передача інформації третім особам можлива лише за згодою законних представників дитини та в межах чинного законодавства.

Принцип добровільності передбачає вільну згоду дитини (з урахуванням віку та рівня розвитку) і її батьків або опікунів на участь у заходах соціально-психологічної підтримки. Добровільність сприяє формуванню мотивації до співпраці, знижує опір та підвищує ефективність допомоги, особливо в умовах примусових змін, пов'язаних із воєнними подіями.

Принцип партнерства з сім'єю ґрунтується на визнанні батьків як ключових учасників процесу підтримки дитини. Сім'я розглядається не лише як отримувач допомоги, а як активний партнер, ресурс і середовище розвитку дитини. Реалізація цього принципу передбачає спільне визначення цілей, узгодження рішень, підтримку батьківської компетентності та врахування сімейних можливостей і обмежень.

Принцип індивідуалізації полягає в адаптації змісту, форм і методів підтримки до унікальних потреб дитини, зумовлених віком, видом інвалідності, рівнем функціонування, життєвим досвідом і впливом війни. Індивідуалізація дозволяє уникнути шаблонних рішень і забезпечує адресність допомоги, що є особливо важливим у роботі з дітьми з комплексними потребами.

Принцип безперервності означає забезпечення сталості та послідовності соціально-психологічної підтримки на різних етапах життєдіяльності дитини та подолання кризових ситуацій. В умовах війни цей принцип набуває особливої актуальності через часті переміщення сімей, зміну освітніх і соціальних умов, що вимагає гнучкого супроводу без переривання допомоги.

Принцип міжвідомчої взаємодії передбачає координацію зусиль фахівців різних галузей – освіти, соціального захисту, охорони здоров'я, психологічної та реабілітаційної допомоги. Така взаємодія дозволяє комплексно реагувати на потреби дитини з інвалідністю та її сім'ї, уникати дублювання послуг і підвищувати ефективність підтримки.

Принцип доступності означає створення умов, за яких соціально-психологічна підтримка є фізично, інформаційно та фінансово досяжною для дітей з інвалідністю та їхніх сімей. В умовах війни доступність забезпечується через використання дистанційних форматів роботи, мобільних команд, спрощених процедур звернення та адаптацію інформації до потреб різних груп.

Принцип інклюзивності полягає у створенні середовища, що сприяє повноцінній участі дітей з інвалідністю в освітньому, соціальному та культурному житті. Інклюзивність передбачає не лише адаптацію послуг до потреб дитини, а й трансформацію соціального середовища з метою усунення бар'єрів, розвитку толерантності та прийняття різноманітності.

Дотримання ключових принципів соціально-психологічної підтримки забезпечує її етичну обґрунтованість, професійну якість і результативність,

що є особливо важливим у роботі з дітьми з інвалідністю в умовах воєнного стану. Водночас самі принципи окреслюють не лише «як» має здійснюватися підтримка, а й «через що» вона реалізується на практиці, тобто які змістові напрями та елементи мають бути інтегровані в допомогу.

Саме тому соціально-психологічна підтримка дітей з інвалідністю в умовах війни реалізується через сукупність взаємопов'язаних змістових компонентів, кожен з яких виконує специфічну функцію та спрямований на задоволення окремих груп потреб дитини і її сім'ї. Інтеграція цих компонентів забезпечує комплексний характер підтримки та підвищує її результативність.

Психологічний компонент є базовим і спрямований на забезпечення психоемоційної стабільності дитини. В умовах війни діти з інвалідністю часто зазнають підвищеного рівня тривожності, страхів, емоційної напруги та відчуття небезпеки. Психологічна складова підтримки включає заходи зі стабілізації емоційного стану, розвитку навичок емоційної регуляції, зниження тривожності та подолання стресових реакцій [8; 44]. Особлива увага приділяється підтримці позитивної самооцінки, формуванню відчуття власної цінності та безпеки, що є передумовою адаптації та подальшого розвитку дитини.

Соціальний компонент спрямований на збереження та розвиток соціальних зв'язків дитини з найближчим оточенням і соціальним середовищем [31; 39]. Війна та інвалідність значно підвищують ризики соціальної ізоляції, обмеження участі дитини в житті громади та освітнього колективу. Соціально-психологічна підтримка в межах цього компонента передбачає розвиток комунікативних навичок, формування досвіду позитивної взаємодії з однолітками, залучення дитини до групових та інклюзивних форм діяльності [12; 27; 28]. Важливим аспектом є також сприяння ефективній взаємодії сім'ї з соціальними, освітніми та медичними інституціями.

Освітньо-розвитковий компонент орієнтований на підтримку пізнавального та особистісного розвитку дитини, збереження її включеності в освітній процес [27; 31]. В умовах воєнного стану та частих змін форм навчання діти з інвалідністю стикаються з додатковими труднощами адаптації. Підтримка в межах цього компонента включає формування навчальних і життєвих навичок, розвиток самостійності, адаптацію освітнього середовища до індивідуальних потреб дитини, а також створення умов для безперервності навчання. Освітньо-розвитковий компонент тісно пов'язаний із підвищенням мотивації до навчання та розвитку.

Правопросвітницький та інформаційний компонент спрямований на забезпечення дитини та її сім'ї необхідною інформацією щодо їхніх прав, можливостей отримання соціальних послуг і форм підтримки. В умовах війни сім'ї дітей з інвалідністю часто стикаються з дезорієнтацією в системі соціального захисту та освітніх сервісів [6]. Реалізація цього компонента передбачає інформування про доступні ресурси, соціальні гарантії, програми допомоги, а також надання консультативної підтримки щодо взаємодії з відповідними інституціями. Правопросвітницька робота сприяє зниженню рівня стресу в сім'ї та підвищує її здатність ефективно відстоювати інтереси дитини.

Розкриті компоненти формують змістовий каркас соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни. Їх узгоджене поєднання дає змогу не лише мінімізувати наслідки травматизації та хронічного стресу, а й створити передумови для стабілізації розвитку, розширення соціальної участі та підвищення якості життя дитини й сім'ї. Реалізація зазначених компонентів здійснюється на кількох взаємопов'язаних рівнях, що забезпечує системність і безперервність підтримки. Основні рівні реалізації соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни узагальнено та представлено в таблиці 1.1.1.

Таблиця 1.1.1.

**Рівні реалізації соціально-психологічної підтримки дітей з
інвалідністю**

Рівень реалізації	Цільова група	Ключові завдання / фокус підтримки	Типові форми та інструменти	Очікувані результати
Індивідуальний	Дитина з інвалідністю	Стабілізація психоемоційного стану; зниження тривожності/страхів; розвиток саморегуляції; підтримка адаптивної поведінки та самоцінності	Індивідуальні сесії (психолог/педагог); ігрові й арт-практики; техніки співрегуляції; візуальна підтримка; сенсорні паузи	Зменшення проявів дистресу; зростання передбачуваності поведінки; підвищення включеності у діяльність
Сімейний	Батьки/опікун и, сім'я	Підвищення батьківської компетентності; зниження батьківського стресу; формування підтримувальних стратегій взаємодії з дитиною; партнерство з фахівцями	Психоедукація; індивідуальні консультації; групи підтримки; пам'ятки/чек-листи; сімейні міні-сесії	Зростання ресурсності сім'ї; стабілізація сімейних рутин; більш ефективне реагування на труднощі дитини
Груповий	Однолітки, дитяча група	Профілактика ізоляції; розвиток комунікації та співпраці; формування безпечного мікросередовища; запобігання стигми/булінгу	Малі групи; кооперативні ігри; правила групи у доступній формі; інклюзивні практики; фасилітація взаємодії дорослим	Розширення соціальних контактів; зростання участі у спільній діяльності; зменшення ризиків відторгнення/стигматизації
Інституційний	ЗДО, служби супроводу, команда фахівців	Координація підтримки; адаптація освітнього процесу; забезпечення безперервності послуг; кризове реагування; моніторинг стану	Міждисциплінарна команда; індивідуальна програма супроводу; спостереження/оцінювання; протоколи безпеки; дистанційні/гібридні сервіси	Узгоджені дії фахівців; підвищення якості супроводу; стабільніше функціонування дитини в ЗДО
Громадський	Громада, НУО, волонтерські ініціативи, сім'ї	Розширення ресурсів; доступність сервісів; соціальна включеність; міжсекторальна взаємодія; компенсація дефіциту державних ресурсів	Програми психосоціальної допомоги; гуманітарна підтримка; реабілітаційні/дозвіллієві заходи; навігація послуг; адвокація	Посилення підтримки сімей; зменшення бар'єрів доступу; ширші можливості для участі та інтеграції

Отже, багаторівнева організація підтримки дає змогу поєднати індивідуальні інтервенції з роботою у сімейному та груповому середовищі, а також узгодити зусилля інституцій і ресурсів громади. Така логіка є методологічно доцільною, оскільки психосоціальні труднощі дитини в умовах війни мають комплексний характер і відтворюються одночасно в кількох контекстах її життєдіяльності. Відтак наступний параграф присвячено аналізу психосоціальних наслідків війни для дітей з інвалідністю як підґрунтя для визначення пріоритетів підтримки.

1.2. Психосоціальні наслідки війни для дітей з інвалідністю

Повномасштабна війна суттєво трансформувала умови життя дітей, поставивши під загрозу базові засади їхнього психосоціального розвитку. Для дітей з інвалідністю ці зміни мають особливо критичний характер, оскільки поєднуються з обмеженими можливостями саморегуляції, підвищеною залежністю від стабільного середовища та значущих дорослих. Узагальнену картину ключових психосоціальних наслідків війни для дітей з інвалідністю та взаємозв'язків між ними подано на рис. 1.2.1. У цьому контексті першочергового значення набуває порушення базових психологічних потреб, передусім відчуття безпеки, яке є фундаментом емоційної стабільності, адаптації та подальшої соціальної включеності дитини.

Одним із найбільш поширених проявів порушення відчуття безпеки є страхи, гіперпильність і підвищена тривожність. Постійна загроза обстрілів, гучні звуки, повітряні тривоги, перебування в укриттях формують у дитини стан очікування небезпеки [5]. Це може проявлятися у надмірній настороженості, труднощах концентрації уваги, емоційній напрузі, плаксивості або, навпаки, емоційному «завмиранні». Для дітей з

інвалідністю такі реакції часто мають триваліший і інтенсивніший характер, що підвищує ризик хронічного дистресу.

Особливі ризики характерні для дітей з сенсорними та інтелектуальними порушеннями. Діти з порушеннями слуху або зору можуть неадекватно сприймати сигнали небезпеки, не розуміти причин різких змін у поведінці дорослих чи навколишньому середовищі. Це викликає дезорієнтацію, страх і почуття втрати контролю. Діти з інтелектуальними порушеннями або розладами розвитку можуть мати труднощі з усвідомленням того, що відбувається, і з прогнозуванням подій, що підсилює тривожність і провокує дезадаптивні поведінкові реакції.

У цьому контексті особливої ваги набуває потреба у зрозумілих правилах і безпечному просторі. Для дітей з інвалідністю важливо мати чіткі, прості та повторювані пояснення щодо того, що відбувається і як діяти в небезпечних ситуаціях [40]. Створення стабільного безпечного середовища – як фізичного (доступні укриття, знайомі простори), так і психологічного (передбачувана поведінка дорослих, емоційна підтримка) – сприяє зниженню рівня тривожності та відновленню почуття контролю.



Рис. 1.2.1. Психосоціальні наслідки війни для дітей з інвалідністю

Водночас порушення базового відчуття безпеки не існує ізольовано, а тісно переплітається зі змінами повсякденного життя дитини. В умовах війни саме руйнування звичних рутин і втрата передбачуваності стають додатковим чинником психоемоційної нестабільності, що потребує окремого аналізу.

Одним із основних проявів руйнування рутини є порушення режиму дня. Часті повітряні тривоги, перебування в укриттях, зміни часу сну та харчування створюють хаотичність у повсякденному житті. Для дітей з інвалідністю, особливо з розладами розвитку, сенсорними чи поведінковими особливостями, такі порушення можуть викликати підвищену тривожність, дратівливість, регрес у набутих навичках та погіршення саморегуляції [5].

Значний вплив має нестабільність освітнього процесу. Перехід на дистанційне або змішане навчання, зміна закладів освіти внаслідок переміщення, відсутність доступу до інклюзивного супроводу та корекційно-розвиткових занять позбавляють дитину звичної структури навчання [11]. Для дітей з інвалідністю це означає втрату адаптованих умов, спеціалізованої підтримки та регулярної взаємодії з фахівцями, що негативно позначається як на навчальній мотивації, так і на емоційному стані.

В умовах війни руйнується також рутина реабілітаційних і терапевтичних заходів [25; 32]. Переривання занять з логопедом, психологом, реабілітологом або іншими спеціалістами позбавляє дитину системної допомоги, яка часто є необхідною для підтримки досягнутого рівня розвитку. Втрата таких регулярних занять може спричиняти не лише функціональний регрес, а й відчуття нестабільності та втрати опори.

Окремим чинником нестабільності є часті зміни середовища, пов'язані з евакуацією, вимушеним переміщенням або проживанням у тимчасових умовах. Нові простори, незнайомі люди, відсутність звичних

предметів і ритуалів ускладнюють адаптацію дитини та посилюють переживання небезпеки, особливо за наявності інвалідності.

Тривала нестабільність повсякденного життя створює ґрунт для глибших психоемоційних порушень, особливо коли вона поєднується з реальними втратами та травматичними подіями. У цьому контексті доцільно розглянути специфіку втрат і травматичного досвіду дітей з інвалідністю в умовах війни [29; 30].

Війна супроводжується множинними втратами, які мають не лише матеріальний, а й глибокий психологічний і соціальний вимір. Для дітей з інвалідністю досвід втрат набуває особливої травматичності, оскільки часто поєднується з уже наявними обмеженнями адаптаційних можливостей та підвищеною залежністю від стабільного середовища і значущих дорослих.

Насамперед ідеться про втрату дому, яка означає не лише фізичне позбавлення житлового простору, а й руйнування почуття захищеності, стабільності та «вкоріненості» [23]. Для дитини з інвалідністю дім часто є ключовим безпечним простором, адаптованим до її потреб. Його втрата може спричиняти сильне почуття дезорієнтації та небезпеки. Не менш травматичною є втрата близьких людей – через загибель, розлуку, мобілізацію або вимушене переміщення. Втрата значущих дорослих підриває базові механізми прив'язаності та емоційної підтримки [34].

Вагомим аспектом є також втрата звичного кола спілкування – друзів, однокласників, педагогів, фахівців супроводу. Для дітей з інвалідністю, які часто мають обмежене соціальне коло, розрив навіть кількох стабільних контактів може призводити до різкого зниження відчуття соціальної належності. У ширшому сенсі це проявляється як «втрата нормальності» – руйнування звичного способу життя, правил, рутин і очікувань щодо майбутнього, що формує відчуття постійної невизначеності.

Психологічною реакцією на такі втрати стають реакції горя та дистресу, які можуть проявлятися у вигляді тривожності, пригніченості, емоційної лабільності, регресу в поведінці або навичках. У дітей з

інвалідністю ці реакції часто мають нетипові або приховані форми, що ускладнює їх своєчасне розпізнавання. За відсутності належної підтримки існує ризик вторинної травматизації, зумовленої тривалим перебуванням у стресовому середовищі, повторним переживанням втрат або емоційною нестабільністю дорослих.

Особливу увагу слід приділяти особливостям переживання втрат дітьми з різними порушеннями розвитку. Діти з інтелектуальними порушеннями можуть мати труднощі з усвідомленням незворотності втрати, що проявляється у повторних запитаннях, дезорієнтації або поведінкових змінах. Діти з порушеннями мовлення чи розладами аутистичного спектра часто не можуть вербалізувати свої переживання, тому горе в них може проявлятися через соматичні симптоми, агресивну або замкнену поведінку. Діти з сенсорними порушеннями можуть гостріше реагувати на зміну середовища та розрив звичних контактів, що посилює відчуття втрати контролю.

Отже, втрати та травматичний досвід є одним із найскладніших психосоціальних наслідків війни для дітей з інвалідністю. Їхній вплив не обмежується одноразовими подіями й може мати тривалі наслідки для емоційного стану, поведінки та соціального розвитку дитини.

Переживання втрат і травматичних подій значною мірою посилюється в ситуації, коли дитина та її сім'я позбавлені стабільної професійної підтримки. Саме тому наступним важливим аспектом психосоціальних наслідків війни є порушення доступу до освітніх, соціальних і реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю.

Насамперед спостерігаються обмеження доступу до освіти. Руйнування або закриття закладів освіти, перехід на дистанційні формати навчання, часта зміна місця проживання позбавляють дітей з інвалідністю стабільного інклюзивного освітнього середовища. Особливо проблемним є доступ до інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), які відіграють ключову роль у проведенні оцінки розвитку дитини, наданні корекційно-розвиткових

послуг і супроводі сім'ї. Переривання роботи ІРЦ або складність звернення до них у нових громадах знижують якість індивідуальної підтримки дитини [7; 37].

Вагомими є також обмеження доступу до психологічної, реабілітаційної та медичної допомоги. Війна призводить до дефіциту фахівців, перевантаження системи охорони здоров'я, а іноді й до фізичної недоступності послуг через небезпеку пересування. Для дітей з інвалідністю це означає переривання регулярних занять з психологом, логопедом, реабілітологом, що є критично важливими для підтримки психоемоційного стану та розвитку.

Суттєвими перешкодами виступають транспортні, фінансові та інформаційні бар'єри. Руйнування транспортної інфраструктури, відсутність безпечного сполучення або адаптованого транспорту ускладнюють фізичний доступ до установ. Економічні труднощі сімей, пов'язані з втратою доходів або додатковими витратами, обмежують можливість отримання платних послуг або придбання необхідних засобів реабілітації. Інформаційні бар'єри проявляються у відсутності чіткої інформації про доступні сервіси, зміни в роботі установ або процедури отримання допомоги в нових громадах.

Особливо негативними є наслідки переривання підтримувальних програм. Втрата безперервності освітнього, психологічного чи реабілітаційного супроводу може призводити до регресу в розвитку, погіршення психоемоційного стану дитини, зростання тривожності та відчуття нестабільності. Для сімей це означає підвищення навантаження, емоційне виснаження та зниження здатності самостійно компенсувати відсутність професійної допомоги.

Отже, порушення доступу до послуг і підтримки в умовах війни є системною соціально-психологічною проблемою, що істотно впливає на благополуччя дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Усвідомлення масштабів і наслідків таких обмежень підкреслює потребу в розвитку гнучких,

доступних і міжсекторальних моделей підтримки, здатних забезпечувати безперервність допомоги навіть у кризових обставинах.

Водночас обмеження або переривання інституційної підтримки має не лише індивідуальні, а й виразні соціальні наслідки. Зокрема, воно призводить до звуження простору міжособистісної взаємодії, зменшення кількості соціальних контактів та участі дитини у житті спільноти, що актуалізує проблему соціальної ізоляції дітей з інвалідністю в умовах війни.

Соціальна взаємодія є важливою умовою психосоціального розвитку дитини, формування її ідентичності та почуття належності до спільноти. В умовах війни соціальна ізоляція та звуження соціальних контактів стають поширеним явищем, яке особливо гостро позначається на дітях з інвалідністю та їхніх сім'ях.

Однією з ключових причин ізоляції є розрив соціальних зв'язків, спричинений вимушеним переміщенням, руйнуванням освітніх і громадських інституцій, змінами у формах навчання. Перехід на дистанційне або змішане навчання, хоча й дозволяє зберігати формальний освітній процес, часто обмежує можливості неформального спілкування, спільної діяльності та емоційного контакту з однолітками. Для дітей з інвалідністю, які потребують додаткової підтримки у комунікації, такі умови значно звужують простір соціальної участі [12; 27; 39].

Обмеження участі у житті спільноти проявляється також у зменшенні доступу до гуртків, секцій, культурних і дозвіллевих заходів, які в мирний час виконували важливу соціалізувальну функцію. Втрата цих можливостей позбавляє дитину досвіду позитивної взаємодії, знижує відчуття включеності та може формувати почуття відчуженості й самотності.

Суттєвим чинником погіршення адаптації є дефіцит взаємодії з однолітками. Саме у спілкуванні з ровесниками дитина засвоює соціальні норми, розвиває комунікативні навички, отримує емоційну підтримку та зворотний зв'язок. Для дітей з інвалідністю обмеження таких контактів

підвищує ризик соціальної дезадаптації, зниження самооцінки, втрати мотивації до навчання та участі у спільній діяльності [18; 19].

Соціальна ізоляція дитини тісно пов'язана з ризиками для сім'ї, зокрема явищем «замикання» в межах домашнього простору. З міркувань безпеки або через відсутність доступних сервісів сім'ї часто змушені обмежувати вихід дитини у громадський простір. Тривале перебування вдома, відсутність зовнішньої підтримки та соціальних контактів сприяють емоційному виснаженню батьків, підвищенню рівня стресу та зниженню їхніх підтримувальних ресурсів.

Соціальні кризи часто супроводжуються посиленням стереотипів, упереджень і дискримінаційних практик, що особливо негативно впливає на вразливі групи населення. Діти з інвалідністю в таких умовах опиняються під подвійним соціальним тиском, який ускладнює їхню адаптацію та соціальну включеність.

У кризові періоди відбувається загострення суспільних стереотипів, пов'язаних з інвалідністю. Обмежені ресурси, підвищений рівень стресу в суспільстві та загострення почуття небезпеки можуть сприяти формуванню негативних установок, сприйняттю дітей з інвалідністю як «тягаря» або «проблеми». Такі установки створюють несприятливе соціальне середовище, в якому зростає ризик маргіналізації та виключення дітей з інвалідністю з освітнього й громадського життя.

Особливо складною є ситуація для дітей, які мають досвід вимушеного переміщення [23]. У цьому випадку відбувається накладання стигми інвалідності та стигми переміщення, що формує так зване подвійне навантаження. Діти з інвалідністю з числа внутрішньо переміщених осіб можуть сприйматися як «чужі» або «інші», що підвищує ризики соціальної ізоляції, дискримінації та обмеження доступу до послуг. Таке подвійне стигматизування негативно впливає на самооцінку дитини, формує відчуття відторгнення та знижує мотивацію до соціальної взаємодії.

Наслідком стигматизації та дискримінації є підвищений ризик булінгу, зокрема в освітньому середовищі. Діти з інвалідністю частіше стають об'єктами насмішок, виключення з групової діяльності або непрямих форм агресії. В умовах дистанційного навчання ризики булінгу можуть трансформуватися у кібербулінг, який є менш помітним для дорослих, але не менш травматичним для дитини.

У зв'язку з цим актуалізується потреба в формуванні інклюзивної культури, яка ґрунтується на повазі до різноманітності, прийнятті та рівності можливостей. Інклюзивна культура передбачає системну просвітницьку роботу з учнями, педагогами, батьками та громадою, спрямовану на подолання стереотипів, розвиток емпатії та толерантності. Водночас важливим компонентом є захист прав дітей з інвалідністю: наявність зрозумілих механізмів реагування на випадки дискримінації та булінгу, забезпечення доступу до психологічної й правової допомоги, а також створення безпечних процедур повідомлення та підтримки [13].

Підсумовуючи, психосоціальні наслідки війни для дітей з інвалідністю мають комплексний і взаємопов'язаний характер: порушення відчуття безпеки, руйнування повсякденних рутин, досвід втрат і травматизації, обмеження доступу до послуг, звуження соціальних контактів, а також ризики стигматизації й дискримінації формують умови підвищеної вразливості та ускладнюють адаптацію дитини. Водночас зазначені наслідки демонструють, що ефективна допомога не може бути фрагментарною: вона потребує системної, багаторівневої та узгодженої роботи з дитиною, сім'єю й освітнім середовищем. Саме тому в наступному параграфі доцільно перейти до обґрунтування напрямів і форм соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни, які дозволяють цілеспрямовано зменшувати ризики та посилювати ресурси розвитку й соціальної включеності.

1.3. Напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни

Соціально-психологічна підтримка дітей з інвалідністю в умовах війни реалізується через систему взаємопов'язаних напрямів, кожен з яких спрямований на реагування на конкретні потреби дитини та її сім'ї. Сукупність цих напрямів забезпечує комплексний, безперервний і людиноцентрований характер підтримки, що є особливо важливим у ситуації тривалої соціальної та психологічної нестабільності.

Базовим і першочерговим напрямом соціально-психологічної підтримки є психологічна стабілізація та кризова допомога. Вона спрямована на зниження гострих реакцій на стрес, відновлення відчуття безпеки та емоційної рівноваги дитини. У межах цього напрямку здійснюється підтримка у переживанні страхів, тривожності, дистресу, а також формування базових навичок емоційної регуляції [21]. Особливу увагу приділяють створенню безпечного простору для дитини та адаптації підходів до її індивідуальних можливостей і виду інвалідності.

Разом із подоланням гострих кризових станів актуалізується потреба у довготривалішій підтримці, що зумовлює виділення напрямку підтримки адаптації та розвитку резильєнтності. В умовах тривалої кризи дитина з інвалідністю потребує допомоги у пристосуванні до змінених життєвих обставин, формуванні ефективних копінг-стратегій і збереженні внутрішніх ресурсів. Цей напрям передбачає розвиток здатності дитини долати труднощі, підтримку позитивної самооцінки та відчуття контролю над власним життям у межах доступних можливостей.

Наступним логічним напрямом підтримки є соціальна інтеграція та запобігання ізоляції, оскільки порушення соціальних зв'язків є одним із найбільш поширених наслідків війни. Діти з інвалідністю в таких умовах особливо вразливі до соціального виключення, втрати контактів з однолітками та обмеження участі у спільноті. Підтримка в межах цього напрямку спрямована на збереження соціальних зв'язків, розвиток

комунікативних навичок, залучення дитини до інклюзивних форм навчальної та дозвілєвої діяльності. Важливим аспектом є формування толерантного середовища та протидія стигматизації.

Оскільки психоемоційний стан дитини нерозривно пов'язаний зі станом її найближчого оточення, окремого значення набуває напрям підтримки сім'ї та підвищення її ресурсності. Сім'я виступає основним середовищем життя дитини, а в умовах війни – і головним джерелом стабільності. Соціально-психологічна підтримка орієнтована на зниження емоційного виснаження батьків, підвищення їхньої компетентності у взаємодії з дитиною, надання інформаційної та емоційної допомоги [33]. Підтримка сім'ї сприяє створенню більш стабільного та безпечного середовища для дитини [20].

Завершальним, але не менш важливим напрямом є захист прав дитини та соціально-правове інформування. У воєнний період діти з інвалідністю та їхні сім'ї часто стикаються з порушенням прав, обмеженням доступу до послуг і дискримінацією. Цей напрям передбачає інформування про права дитини, доступні соціальні гарантії та механізми отримання допомоги, а також сприяння у взаємодії з відповідними інституціями. Реалізація цього напрямку забезпечує зменшення соціальної вразливості та підвищує спроможність сім'ї відстоювати інтереси дитини [13].

Отже, основні напрями соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни охоплюють психологічну стабілізацію, розвиток резильєнтності, соціальну інтеграцію, підтримку сім'ї та захист прав дитини. Їх комплексна реалізація створює умови для збереження психоемоційного благополуччя, розвитку потенціалу та соціальної включеності дитини навіть у ситуації тривалої кризи.

Реалізація окреслених напрямів соціально-психологічної підтримки потребує відповідних форм організації роботи, які забезпечують практичне втілення цих напрямів на різних рівнях взаємодії. З огляду на багатовимірність потреб дітей з інвалідністю та їхніх сімей, підтримка

здійснюється через форми роботи, що відповідають специфіці кожного рівня – від індивідуального до громадського. Така багаторівнева організація сприяє адресності допомоги, її безперервності та узгодженості дій усіх суб'єктів підтримки.

Провідним є індивідуальний рівень, який охоплює форми підтримки, спрямовані безпосередньо на дитину з інвалідністю з урахуванням її віку, виду порушення, психоемоційного стану та життєвої ситуації. До таких форм належать індивідуальні психологічні консультації, кризове консультування, індивідуальний соціально-психологічний супровід, а також кейс-менеджмент [2; 6]. В умовах війни особливого значення набувають короткострокові стабілізаційні інтервенції, спрямовані на зниження тривожності та відновлення почуття безпеки.

Оскільки дитина функціонує в тісному зв'язку з родиною, наступним є сімейний рівень підтримки. Він включає сімейне консультування, психоедукацію батьків, групи підтримки для дорослих та інформаційно-консультативний супровід, що сприяє підвищенню ресурсності сім'ї та зниженню емоційного виснаження батьків.

Важливим доповненням до індивідуальної та сімейної роботи є груповий рівень, який реалізується через форми підтримки, що залучають дітей до взаємодії з однолітками або малими групами. До них належать групові заняття, тренінги соціальних і комунікативних навичок, групи взаємопідтримки, арттерапевтичні та ігрові форми роботи. У воєнний період групові форми мають не лише розвивальний, а й відновлювальний потенціал, оскільки сприяють зниженню соціальної ізоляції та формуванню почуття належності [6; 8].

Інституційний рівень охоплює форми підтримки, що реалізуються в межах діяльності закладів освіти, інклюзивно-ресурсних центрів, соціальних служб, медичних і реабілітаційних установ. Сюди належать індивідуальні програми розвитку та супроводу, міждисциплінарні консилиуми, супровід освітнього процесу, координація дій фахівців різного

профілю. Інституційні форми забезпечують системність підтримки та її відповідність нормативно-правовим вимогам.

Громадський рівень передбачає форми підтримки, що реалізуються за участю громади, громадських і благодійних організацій, волонтерських ініціатив. Це можуть бути програми психосоціальної допомоги, дозвіллієві та реабілітаційні заходи, групи взаємодопомоги, соціальні проєкти для дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Умови війни підсилюють роль громадського рівня, оскільки саме громада часто забезпечує гнучкість, швидкість реагування та доступність підтримки.

Розглянуті форми соціально-психологічної підтримки за різними рівнями реалізації забезпечують організаційну рамку допомоги дітям з інвалідністю в умовах війни. Водночас ефективність цих форм значною мірою залежить від конкретних методів, які застосовуються в процесі підтримки. Саме методи визначають зміст фахового втручання, його терапевтичний і відновлювальний потенціал, а також відповідність індивідуальним потребам дитини. У зв'язку з цим доцільно детальніше зупинитися на методах соціально-психологічної підтримки, які використовуються в умовах воєнної кризи.

Методи соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни мають відповідати принципам безпеки, індивідуалізації та травмаінформованого підходу. Вони спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану, зниження негативних наслідків стресу та створення умов для адаптації й розвитку дитини з урахуванням її можливостей і потреб.

Психоедукація та інформаційна підтримка є одним із базових методів соціально-психологічної роботи. Вона передбачає надання дитині та її сім'ї зрозумілої інформації про емоційні реакції на стрес, особливості переживання кризових ситуацій і доступні способи підтримки. Психоедукація сприяє зниженню тривожності, формуванню адекватних

очікувань та підвищенню здатності родини самостійно справлятися з труднощами.

Важливе місце займають арттерапевтичні, ігрові та тілесно-орієнтовані методи, які є особливо ефективними у роботі з дітьми з інвалідністю. Через творчість, гру та рух дитина отримує можливість безпечно виражати емоції, знижувати напруження та відновлювати контакт із власним тілом. Ці методи дозволяють обійти мовленнєві обмеження та є доступними для дітей з різними порушеннями розвитку [1; 8].

Травмаінформовані та стабілізаційні техніки спрямовані на відновлення базового відчуття безпеки та контролю. Вони включають техніки заземлення, дихальні вправи, створення безпечних рутин, роботу з тілесними відчуттями. Застосування таких методів дозволяє зменшити інтенсивність тривожних реакцій і підтримувати дитину в ситуаціях підвищеного стресу.

Окрему групу становлять соціально-педагогічні методи активізації та участі, спрямовані на збереження соціальної включеності дитини. Йдеться про залучення до групових форм діяльності, розвиток комунікативних навичок, підтримку взаємодії з однолітками та дорослими. Такі методи сприяють подоланню соціальної ізоляції та формуванню позитивного досвіду взаємодії навіть в умовах обмежень, зумовлених війною [22].

Важливим напрямом є методи розвитку копінг-стратегій і резильєнтності, які допомагають дитині та її сім'ї знаходити внутрішні ресурси для подолання труднощів. До них належать вправи з розвитку усвідомлення власних сильних сторін, підтримка позитивної самооцінки, формування навичок вирішення проблем і емоційної саморегуляції. Такі методи сприяють не лише подоланню актуальних труднощів, а й формуванню довготривалої психологічної стійкості.

Застосування традиційних методів соціально-психологічної підтримки в умовах війни часто ускладнюється обмеженнями безпеки, мобільності та доступу до інституцій. У зв'язку з цим особливої

актуальності набувають дистанційні та гібридні форми підтримки, які дозволяють зберігати безперервність допомоги. Для дітей з інвалідністю та їхніх сімей такі форми часто стають єдиною можливим способом отримання психологічної та соціальної підтримки.

Дистанційні форми підтримки передбачають використання цифрових технологій для надання психологічних, консультаційних та інформаційних послуг. До них належать онлайн-консультування, відеосеанси з психологом або педагогом соціальним, телефонні консультації, участь у віртуальних групах підтримки [40]. Дистанційний формат дозволяє підтримувати регулярний контакт з дитиною та сім'єю незалежно від їхнього місця перебування, що є особливо важливим для внутрішньо переміщених осіб.

Водночас ефективність дистанційної підтримки значною мірою залежить від доступності цифрових ресурсів і адаптації методів до потреб дітей з інвалідністю. Для деяких дітей онлайн-формат може бути ускладненим через сенсорні, когнітивні або комунікативні обмеження, що вимагає індивідуального підбору інструментів, простих і зрозумілих форм взаємодії та активного залучення батьків.

Гібридні форми підтримки поєднують дистанційні та очні елементи роботи і дозволяють гнучко реагувати на зміну умов безпеки. Наприклад, очні зустрічі можуть чергуватися з онлайн-консультуванням, а групові заняття – з індивідуальними дистанційними сесіями. Такий підхід сприяє збереженню особистісного контакту та водночас мінімізує ризики, пов'язані з воєнними загрозами.

Особливої уваги потребують обмеження та ризики дистанційних форм підтримки. До них належать труднощі встановлення емоційного контакту, зниження концентрації уваги дитини, цифрова нерівність, проблеми конфіденційності та безпеки даних. Крім того, дистанційна підтримка не завжди може повною мірою замінити живу взаємодію, особливо у випадках гострих кризових станів.

Отже, дистанційні та гібридні форми соціально-психологічної підтримки в умовах війни є важливим інструментом забезпечення доступності та безперервності допомоги дітям з інвалідністю. Їх ефективність залежить від гнучкості, адаптації до індивідуальних потреб дитини та поєднання з іншими формами підтримки, що дозволяє зберігати баланс між безпекою та якістю допомоги.

Однак незалежно від формату надання допомоги – очного, дистанційного чи гібридного – соціально-психологічна підтримка дітей з інвалідністю не може бути ефективною без узгодженої взаємодії різних фахівців та інституцій. Комплексність потреб дитини та її сім'ї в умовах війни зумовлює необхідність міждисциплінарного та міжвідомчого підходу як системної основи підтримки. Жоден фахівець або інституція не можуть самотійно забезпечити повний спектр допомоги, тому координація зусиль є критично важливою.

Міждисциплінарна взаємодія передбачає співпрацю фахівців різного профілю – психологів, соціальних працівників, педагогів соціальних, педагогів, медичних і реабілітаційних спеціалістів. Така взаємодія дозволяє комплексно оцінювати потреби дитини, узгоджувати цілі підтримки та розробляти індивідуальні програми супроводу. У воєнний період міждисциплінарний підхід зменшує ризик фрагментарності допомоги та перевантаження сім'ї.

Міжвідомча взаємодія охоплює координацію діяльності закладів освіти, соціального захисту, охорони здоров'я, інклюзивно-ресурсних центрів, а також громадських і благодійних організацій. Вона забезпечує безперервність підтримки дитини незалежно від змін місця проживання або формату надання послуг. Особливої ваги набуває механізм кейс-менеджменту, який дозволяє узгоджувати дії різних інституцій та забезпечувати адресність допомоги.

Важливою умовою ефективної взаємодії є чіткий розподіл ролей і відповідальності, регулярний обмін інформацією (з дотриманням

конфіденційності), спільне планування та моніторинг результатів. Не менш значущим є партнерство з громадськими організаціями та громадами, які часто забезпечують оперативність реагування та доступність підтримки в умовах війни.

Отже, міждисциплінарна та міжвідомча взаємодія виступає системоутворювальним чинником соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю. Саме вона забезпечує цілісність, узгодженість і ефективність допомоги, сприяючи збереженню психологічного благополуччя дитини та підвищенню ресурсності її сім'ї в умовах тривалої кризи.

З метою систематизації викладених напрямів, форм і методів соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни доцільно представити їх у вигляді узагальнювальної таблиці 1.3.1.

Таблиця 1.3.1.

Рівні, форми, методи та очікувані результати соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни

Рівень підтримки	Форми реалізації	Основні методи	Очікувані результати
Індивідуальний	Індивідуальні консультації; психологічний та соціально-психологічний супровід; кейс-менеджмент	Стабілізаційні техніки; арт- та ігрові методи; тілесно-орієнтовані вправи; розвиток копінг-стратегій	Зниження тривожності; відновлення відчуття безпеки; покращення емоційної регуляції
Сімейний	Сімейне консультування; психоедукація батьків; групи підтримки для дорослих	Психоедукація; консультативні бесіди; ресурсно-орієнтовані методи	Зменшення стресу батьків; підвищення ресурсності сім'ї; формування навичок підтримки дитини
Груповий	Групові заняття; тренінги; арт- та ігрові групи; групи взаємопідтримки	Арттерапія; ігрові методи; соціально-педагогічні методи взаємодії	Розвиток комунікативних навичок; зниження соціальної ізоляції; формування почуття належності
Інституційний	Індивідуальні програми розвитку; супровід у ЗДО;	Міждисциплінарне планування; травмаінформований	Системність і безперервність підтримки;

	міждисциплінарні консилиуми	підхід; координація дій фахівців	узгоджені дії фахівців; інклюзивне середовище
Громадський	Програми НУО; волонтерські ініціативи; дозвіллі та реабілітаційні заходи	Соціальна мобілізація ресурсів; інформаційно-просвітницькі методи	Розширення доступу до підтримки; зменшення стигматизації; соціальна включеність сімей

Узагальнюючи розглянуті напрями, форми та методи соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни, доцільно наголосити на ключових засадах їхнього вибору та реалізації, які забезпечують практичну результативність підтримки.

Вибір конкретних форм соціально-психологічної підтримки має ґрунтуватися на ряді критеріїв, серед яких провідними є рівень безпеки, доступність, відповідність індивідуальним потребам дитини, наявність ресурсів та можливість забезпечення безперервності допомоги. В умовах війни важливо надавати перевагу тим формам підтримки, які є гнучкими, безпечними та здатними адаптуватися до мінливих обставин.

Центральним принципом соціально-психологічної підтримки є орієнтація на потреби дитини та її сім'ї. Усі напрями й форми допомоги мають враховувати вік дитини, вид інвалідності, психоемоційний стан, життєву ситуацію та ресурсність сім'ї. Партнерська взаємодія з батьками, визнання їхніх труднощів і залучення до процесу підтримки підвищують її ефективність і стійкість результатів.

Гнучкість та адаптивність є визначальними характеристиками соціально-психологічної підтримки в умовах війни. Здатність швидко змінювати формати роботи, поєднувати очні й дистанційні форми, адаптувати методи до індивідуальних можливостей дитини дозволяє зберігати якість підтримки навіть за умов нестабільності. Саме адаптивний характер підтримки забезпечує її життєздатність у тривалих кризових ситуаціях.

Таким чином, узагальнення напрямів і форм соціально-психологічної підтримки в умовах війни підтверджує необхідність системного, гнучкого та міждисциплінарного підходу, орієнтованого на потреби дитини з інвалідністю та її сім'ї, що створює підґрунтя для ефективної практичної реалізації підтримувальних програм.

Висновки до першого розділу

У першому розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни як міждисциплінарного, багатовимірного та системного феномену.

Узагальнення наукових підходів дозволило визначити соціально-психологічну підтримку як важливий ресурс збереження психічного здоров'я, адаптації та розвитку особистості в кризових умовах, що поєднує емоційні, інформаційні, оцінювальні та інструментальні форми допомоги. Обґрунтовано, що в сучасному науковому дискурсі підтримка розглядається не лише як механізм зниження негативного впливу стресу, а й як чинник активізації внутрішніх ресурсів, розвитку резильєнтності та суб'єктивного благополуччя.

Проаналізовано структуру соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни, яка охоплює суб'єктів і об'єкти підтримки, потреби та запити дитини й сім'ї, внутрішні та зовнішні ресурси, форми і методи реалізації, умови надання допомоги та критерії її результативності. Доведено, що ефективність підтримки значною мірою залежить від системності, міждисциплінарної взаємодії та узгодженості дій усіх залучених суб'єктів.

Визначено ключові принципи соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни, зокрема гуманістичну спрямованість, недискримінацію, конфіденційність, добровільність, партнерство з сім'єю, індивідуалізацію, безперервність, доступність, інклюзивність та міжвідомчу взаємодію. Обґрунтовано, що дотримання цих принципів забезпечує етичну обґрунтованість, професійну якість і результативність підтримувальних заходів у ситуації тривалої кризи.

У розділі також систематизовано основні психосоціальні наслідки війни для дітей з інвалідністю, серед яких порушення відчуття безпеки, руйнування повсякденних рутин, досвід втрат і травматизації, обмеження

доступу до освітніх, соціальних і реабілітаційних послуг, соціальна ізоляція, стигматизація та дискримінація. Показано, що ці наслідки мають взаємопов'язаний і кумулятивний характер, істотно ускладнюючи адаптацію та соціальну включеність дитини.

Обґрунтовано напрями, форми та методи соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни, які охоплюють психологічну стабілізацію, розвиток резильєнтності, соціальну інтеграцію, підтримку сім'ї та захист прав дитини. Доведено доцільність багаторівневої організації підтримки, що забезпечує її безперервність, адресність і комплексний характер.

Таким чином, результати теоретичного аналізу підтверджують, що соціально-психологічна підтримка дітей з інвалідністю в умовах війни має здійснюватися як цілісна, гнучка та міждисциплінарна система, орієнтована на потреби дитини й сім'ї та здатна адаптуватися до умов тривалої кризової нестабільності. Сформульовані у першому розділі теоретичні положення створюють методологічне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження та розроблення практичних програм соціально-психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 2.

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Діагностики потреб і труднощів дітей з інвалідністю та їхніх сімей в умовах війни

Для вивчення актуальних потреб і типових труднощів дітей з інвалідністю та їхніх сімей в умовах воєнного стану, а також для обґрунтування змісту подальшої програми соціально-психологічної підтримки було організовано емпіричне дослідження. Діагностичний етап передбачав комплексне збирання даних про психоемоційний стан дітей, особливості їхньої адаптації в умовах зміненої життєдіяльності, а також про ресурси та запити сімей щодо підтримки й доступу до послуг.

Експериментальною базою дослідження став Комунальний заклад дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу №230 Криворізької міської ради. У дослідженні взяли участь 10 сімей, які виховують дітей дошкільного віку з інвалідністю.

Для досягнення поставленої мети було застосовано комплекс взаємодоповнювальних методів дослідження, що забезпечило цілісне бачення потреб і труднощів дітей з інвалідністю та їхніх сімей в умовах воєнного стану.

Зважаючи на необхідність отримання первинних узагальнених даних щодо умов життєдіяльності дитини, особливостей її психоемоційного стану та досвіду отримання соціально-психологічної підтримки, першим методом емпіричного дослідження було обрано анкетування батьків дітей з інвалідністю.

Анкета містила закриті та напіввідкриті запитання, згруповані за такими блоками:

- загальні відомості про дитину та сім'ю (вік, вид інвалідності, умови проживання, досвід переміщення);

- психоемоційний стан дитини (рівень тривожності, страхів, зміни поведінки, сну, апетиту);
- порушення рутини та адаптації (навчання, реабілітація, соціальні контакти);
- доступ до соціальних, освітніх, психологічних і медичних послуг;
- потреби сім'ї у підтримці та оцінка наявної допомоги.

Після окреслення змістових блоків анкети доцільно перейти до характеристики вибірки дослідження, оскільки саме її структура визначає інтерпретацію подальших емпіричних результатів і практичні акценти майбутньої програми підтримки.

За віком діти розподілилися так: 3–4 роки – 3 дитини, 4–5 років – 3 дитини, 5–6 років – 4 дитини. Водночас ключовою характеристикою вибірки є структура порушень розвитку. За типами порушень/інвалідності (див. рис. 2.1.1.) переважну частку становлять діти з РАС/порушеннями розвитку – 8 дітей (80%), тоді як порушення мовлення зафіксовано у 2 дітей (20%). Отриманий розподіл має принципове значення для подальшого проєктування програми соціально-психологічної підтримки: по-перше, він зумовлює необхідність опори на візуальну підтримку, структурованість середовища, чіткість правил та рутин, по-друге – актуалізує добір невербальних ігрових та арт-орієнтованих методів, а також індивідуальне дозування стимуляції (з урахуванням сенсорної чутливості). Таким чином, уже на рівні опису вибірки окреслюються практичні вимоги до змісту та форм реалізації підтримки в умовах війни.

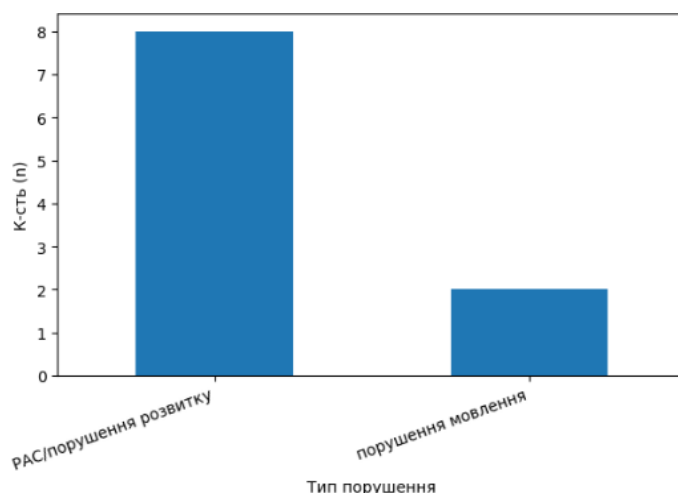


Рис. 2.1.1. Розподіл дітей за типом порушення

Аналіз доступу до соціальних, психологічних та реабілітаційних сервісів засвідчив наявність частковості та нерівномірності підтримки:

- ІРЦ: частина сімей має повний доступ, частина – лише частковий або відсутній.
- Психолог: переважає частковий доступ (епізодичні консультації/нерегулярність).
- Реабілітація: також часто частково/відсутня, що типово для умов війни.

Отриманий результат вказує, що навіть за умов відвідування ЗДО значна частина сімей має переривання або недостатність спеціалізованої допомоги (передусім реабілітаційної/корекційної), що посилює ризики втрати динаміки розвитку та ускладнення адаптації дитини.

Суб'єктивна оцінка задоволеності наявною підтримкою є помірно-низькою: середнє значення – 2,7 за шкалою 1–5. Це узгоджується з тим, що сім'ї частіше фіксують «частковий» доступ до послуг, а не повноцінне забезпечення потреб.

У процесі анкетування батьки окреслили низку провідних бар'єрів, що ускладнюють доступ до соціально-психологічної підтримки (див. рис. 2.1.2.). Найбільш поширеними серед них є:

- кадрові (нестача фахівців) – 40% сімей,

- транспортні – 40%,
- цифрові (зв'язок/техніка) – 30%,
- фінансові – 20%,
- інформаційні – 10%,
- безпекові – 10%.

Ці дані логічно підводять до необхідності гнучкої організації допомоги (частина підтримки – у форматі ЗДО, частина – дистанційно/гібридно), а також до посилення координації маршруту сім'ї між інституціями та фахівцями.

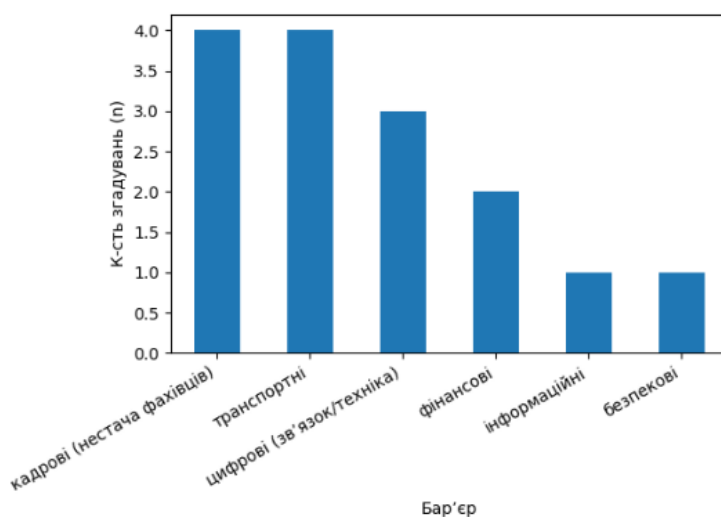


Рис. 2.1.2. Бар'єри доступу до підтримки

Зафіксовані бар'єри доступу до підтримки знаходять відображення і в психоемоційному стані дітей та їхніх батьків, що підтверджується результатами описової статистики.

Описова статистика показників вказує на помірно підвищений рівень напруження в сім'ях та наявність емоційних труднощів у дітей. Так, середній рівень стресу батьків становить 6,3 бала з 10 (мін–макс: 4–8), середній рівень тривожності дитини – 5,9 бала з 10 (мін–макс: 3–9), а ознаки соціальної ізоляції – 6,5 бала з 10 (мін–макс: 3–9). У сукупності ці дані відображають поєднання емоційної напруги та ризиків звуження соціальної

взаємодії, що в умовах війни може посилювати труднощі адаптації дітей дошкільного віку.

За показниками сну 4 сім'ї (40%) повідомили про порушення сну у дітей. У воєнний період такі прояви часто корелюють із підвищеною тривожністю, сенситивністю до зовнішніх подразників та труднощами відновлення, тому потребують включення до програмних інтервенцій елементів стабілізації та формування безпечної повсякденної рутини.

Додатково (див. рис. 2.1.3.) простежується тенденція співзмісності показників: за вищих оцінок батьківського стресу частіше фіксується і вища тривожність дитини. Для змісту програми це означає доцільність паралельної роботи з дитиною і батьками (модулі стабілізації, підтримка батьківської ресурсності).

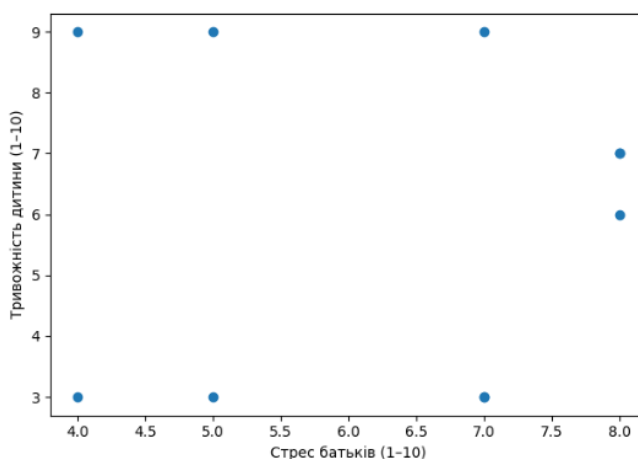


Рис. 2.1.3. Зв'язок: стрес батьків і тривожність дитини

Пріоритети потреби сімей розподілилися так:

- зменшення тривожності/стабілізація – 5 сімей (50%),
- психологічна підтримка дитини – 2 (20%),
- безперервність корекційно-розвиткових занять – 2 (20%),
- підтримка батьків (стрес/вигорання) – 1 (10%).

Отже, результати анкетування дозволили окреслити загальний профіль потреб сімей і визначити найбільш проблемні зони (частковість доступу до послуг, помірно підвищений рівень батьківського стресу,

наявність тривожності та ін.). Водночас анкетні дані мають переважно узагальнювальний характер і не дають можливості достатньо глибоко розкрити зміст переживань сімей, конкретні ситуації труднощів та індивідуальні механізми адаптації в умовах війни. Саме тому наступним кроком діагностичного етапу було застосовано напівструктуроване інтерв'ю з батьками.

Напівструктуроване інтерв'ю було використано як якісний метод, що дав змогу виявити індивідуальний досвід сімей, їхні суб'єктивні оцінки й актуальні потреби в умовах воєнного стану. На відміну від стандартизованих опитувальників, інтерв'ю дозволяє деталізувати контекст (умови проживання, особливості адаптації, взаємодію з сервісами), уточнити причини труднощів, які не завжди проявляються у кількісних показниках. Це підтверджують вислови респондентів, які описують щоденну реальність сім'ї в умовах війни: *«Найважче – коли сирена, він не розуміє, чому ми маємо бігти, і починається істерика»* (Респондент 3), *«Ми тримаємось на режимі, але будь-яка тривога – і все «злітає»»* (Респондент 6).

Інтерв'ю проводилося з батьками дітей з інвалідністю, а за можливості – також із фахівцями, залученими до супроводу дитини (психолог, педагог соціальний, вихователь, спеціалісти ІРЦ). Напівструктурований формат передбачав попередньо підготовлений перелік запитань і водночас забезпечував гнучкість: можливість уточнювати відповіді, ставити додаткові запитання та поглиблювати ті аспекти, які виявлялися найбільш значущими для конкретної сім'ї.

Зміст інтерв'ю охоплював такі тематичні блоки:

- зміни у психоемоційному стані дитини після початку воєнних дій;
- труднощі адаптації до нових умов життя, навчання та соціальної взаємодії;
- доступність соціально-психологічної, освітньої та реабілітаційної допомоги;

- основні потреби дитини та сім'ї на теперішній момент;
- суб'єктивна оцінка ефективності наявних форм підтримки;
- очікування сім'ї щодо соціально-психологічного супроводу.

Особлива увага під час інтерв'ювання приділялася емоційному стану респондентів, дотриманню принципів конфіденційності, добровільності участі та етичності дослідження. За потреби інтерв'ю проводилося в дистанційному форматі, що є актуальним в умовах війни.

Отримані відповіді напівструктурованих інтерв'ю було узагальнено за п'ятьма ключовими компонентами психосоціальної вразливості, виокремленими на основі теоретичного аналізу та завдань дослідження. Кожен компонент оцінювався за шкалою 0–2 бали (0 – відсутні прояви, 1 – помірні, 2 – виражені), що дозволило розрахувати інтегральний індекс психосоціального ризику (0–10 балів).

До таких компонентів було віднесено:

1. порушення відчуття безпеки;
2. порушення рутини повсякденного життя;
3. ознаки емоційного дистресу;
4. соціальну ізоляцію;
5. переривання або нестабільність підтримки.

На основі сумарного індексу психосоціального ризику було встановлено (див. рис. 2.1.4.):

- у 7 дітей (70%) зафіксовано високий рівень психосоціального ризику;
- у 3 дітей (30%) – середній рівень психосоціального ризику;
- дітей із низьким рівнем ризику не виявлено.

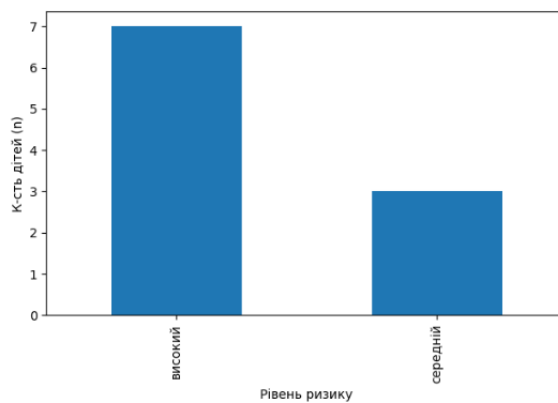


Рис. 2.1.4. Рівень психосоціального ризику у дітей дошкільного віку з інвалідністю

Це свідчить про те, що більшість дітей дошкільного віку з інвалідністю перебувають у зоні підвищеної психосоціальної вразливості, що потребує системної підтримки.

Аналіз середніх балів за окремими компонентами дозволив виявити такі тенденції (див. рис. 2.1.5.):

- порушення відчуття безпеки – найвищий середній показник ($\approx 1,6$ бала), що проявляється у страхах, тривожності та реакціях на сигнали небезпеки (*«Боїться гучних звуків, постійно питає, чи безпечно»*; респондент 4);
- порушення рутини повсякденного життя ($\approx 1,5$ бала), зумовлені змінами режиму, перебуванням в укриттях та нестабільністю відвідування ЗДО (*«Після укриттів повернутися до звичних справ важко»*; респондент 6);
- ознаки емоційного дистресу ($\approx 1,4$ бала), зокрема емоційна напруга, регрес у навичках, підвищена залежність від дорослих (*«Став більш плаксивий, проситься на руки»*; респондент 2);
- соціальна ізоляція та переривання підтримки мають дещо нижчі, але стабільно підвищені показники ($\approx 1,4$ бала), що вказує на обмеження соціальних контактів і нестабільність допомоги (*«З однолітками важко, тримається ближче до дорослих»*, респондент 9; *«Найскладніше – безперервність, постійні «паузи»»*, респондент 1).

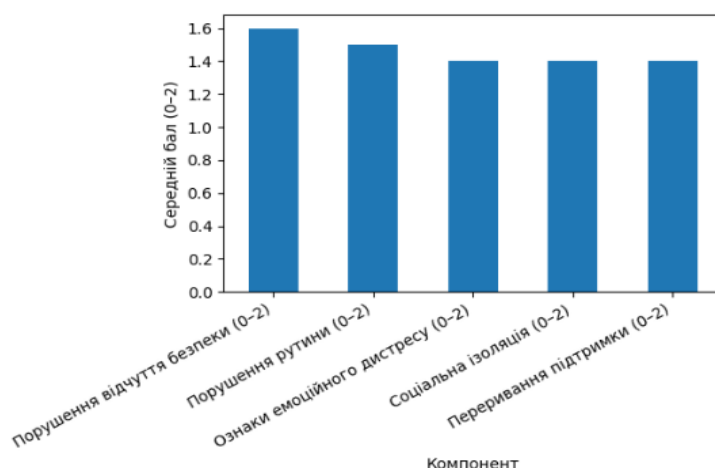


Рис. 2.1.5. Вираженість психосоціальних труднощів

Результати інтерв'ю свідчать, що для дітей дошкільного віку з інвалідністю в умовах війни характерне накопичення кількох взаємопов'язаних психосоціальних труднощів, які взаємно підсилюють одна одну. Найбільш уразливими сферами є:

- базове відчуття безпеки;
- стабільність повсякденного життя;
- емоційне благополуччя.

Високий відсоток дітей із підвищеним психосоціальним ризиком підтверджує необхідність раннього, системного та міждисциплінарного соціально-психологічного супроводу, орієнтованого не лише на дитину, а й на її сім'ю.

Для отримання більш повної та об'єктивної картини психосоціального функціонування дітей з інвалідністю в умовах війни діагностичний інструментарій було доповнено методом спостереження.

Спостереження проводилося у природних для дітей умовах закладу дошкільної освіти – під час вільної гри, організованих занять, режимних моментів (перехід між активностями, харчування, підготовка до прогулянки/відпочинку) та соціальної взаємодії у групі. Такий підхід дозволив зафіксувати реальні поведінкові та емоційні прояви дітей у звичному середовищі, без додаткового навантаження чи штучних умов.

Фіксація проявів здійснювалася за структурованим чек-листом з оцінюванням за шкалою 0–2 бали (0 – прояви відсутні/не спостерігаються, 1 – помірні/ситуативні, 2 – виражені/стійкі). До показників спостереження було віднесено: залученість у діяльність, контакт з однолітками, комунікативні ініціативи, емоційну регуляцію, а також ознаки тривоги/уникання і сенсорного перевантаження. На основі сумарних балів розраховувалися інтегральні показники: «індекс адаптації» (0–8) як узагальнення позитивних проявів участі та саморегуляції і «індекс дистресу» (0–4) як узагальнення негативних проявів напруження. Застосування таких індексів дозволило порівняти індивідуальні профілі дітей та визначити напрями, що потребують першочергової підтримки в межах програми.

За інтегральним показником «індекс адаптації» більшість дітей продемонстрували середній рівень адаптації: 8 дітей із 10. Низький рівень адаптації зафіксовано у 2 дітей. Випадків, що відповідали б «високому» рівню адаптації, не зафіксовано (див. рис. 2.1.6.). Це може свідчити, що навіть за умов відвідування ЗДО діти перебувають у ситуації підвищеного навантаження та потребують системної підтримки для стабілізації соціальної участі та емоційної саморегуляції.

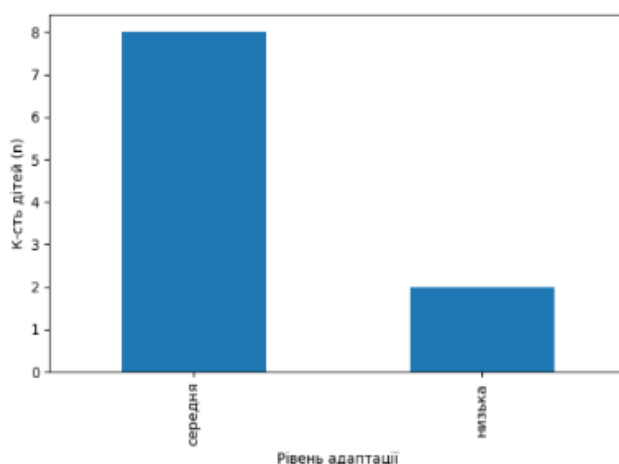


Рис. 2.1.6. Рівень адаптації дітей дошкільного віку з інвалідністю

За показником «індекс дистресу» переважає помірний рівень дистресу: 8 дітей із 10. Високий рівень дистресу виявлено у 2 дітей (див. рис. 2.1.7.). Отже, загалом спостерігається тенденція до помірного емоційного напруження, яке може проявлятися ситуативно (реакція на тривожні сигнали, нові ситуації, перевантаження в групі), але у частини дітей набуває більш стійкого характеру.

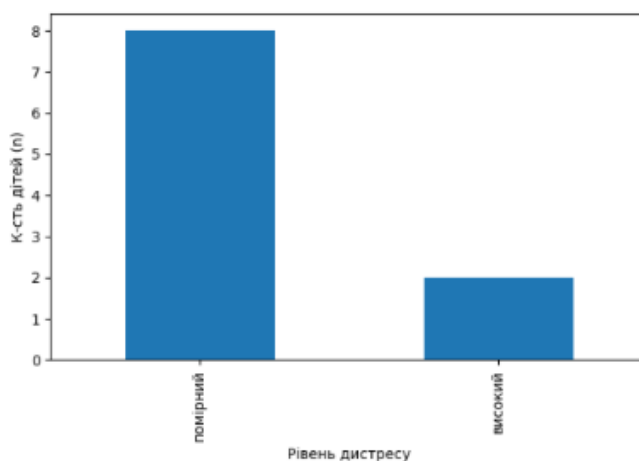


Рис. 2.1.7. Рівень дистресу дітей дошкільного віку з інвалідністю

Аналіз середніх балів за шкалами спостереження показав, що найменш вираженим показником була залученість у діяльність (середній рівень нижчий від інших позитивних шкал). Це може вказувати на труднощі з утриманням уваги, мотивації або включенням у групові активності, що є типовим за умов стресу та нестабільності.

Показники контакту з однолітками, комунікативних ініціатив та емоційної регуляції перебувають у межах середнього рівня, що свідчить про часткове збереження соціальної взаємодії. Водночас ці показники не є високими, отже потребують посилення через системні педагогічні та психосоціальні втручання (структуровані ігри, підтримку взаємодії, навчання навичок саморегуляції).

Найбільш вираженим негативним індикатором стали ознаки тривоги та уникання, що проявлялися у настороженості, униканні окремих ситуацій,

напруженості під час зміни активностей, гучних звуків або взаємодії з незнайомими дорослими. Показник сенсорного перевантаження також перебуває в зоні середньої вираженості, що є особливо значущим для дошкільників з інвалідністю, зокрема дітей з РАС.

Аналіз співвідношення показників «адаптація – дистрес» засвідчив, що вищий рівень дистресу частіше поєднується з нижчим або нестійким рівнем адаптації (див. рис. 2.1.8.). Це означає, що зростання тривожності, уникання та сенсорного напруження супроводжується зниженням включеності у діяльність і соціальну взаємодію.

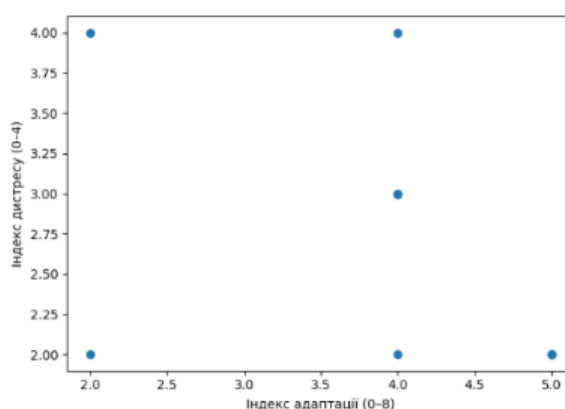


Рис. 2.1.8. Зв'язок: адаптація – дистрес

Отримані результати спостереження засвідчують, що для дітей дошкільного віку з інвалідністю, які відвідують ЗДО, характерні:

- переважно середній рівень адаптації (більшість дітей включаються, але не стабільно);
- переважно помірний рівень дистресу (ознаки напруження присутні у більшості);
- найбільш помітні труднощі – тривога/уникання та сенсорне перевантаження, які можуть знижувати участь у діяльності та контакти з однолітками.

Це підкреслює доцільність організації підтримки саме в умовах ЗДО – через стабілізаційні підходи, сенсорно комфортне й передбачуване середовище та педагогічно підтриману взаємодію в групі.

Узагальнення емпіричного дослідження засвідчило, що у більшості дітей дошкільного віку з інвалідністю наявна підвищена психосоціальна вразливість на тлі часткового або переривчастого доступу до послуг. Пріоритетними потребами визначено відновлення відчуття безпеки та зниження тривожності, підтримку передбачуваної щоденної організації життя, а також посилення батьківської ресурсності, що окреслює змістові акценти подальшої програми соціально-психологічної підтримки.

2.2. Програма соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю

Узагальнення емпіричного дослідження засвідчило підвищену психосоціальну вразливість більшості дітей дошкільного віку з інвалідністю за умов частковості/переривчастості доступу до послуг. Виявлені пріоритети (безпека й стабілізація, передбачувана рутинна в ЗДО, батьківська ресурсність) визначили логіку та зміст програми соціально-психологічної підтримки, розроблення якої представлено в параграфі 2.2.

Мета програми – забезпечити комплексну соціально-психологічну підтримку дітей дошкільного віку з інвалідністю в умовах війни шляхом підвищення їхнього відчуття безпеки, стабілізації психоемоційного стану, зниження проявів дистресу та соціальної ізоляції, а також посилення ресурсності сім'ї й підтримувального потенціалу освітнього середовища.

Завдання програми:

1. Сприяти підвищенню суб'єктивного відчуття безпеки та передбачуваності у дітей дошкільного віку з інвалідністю шляхом

упровадження стабільних рутин, візуальної структуризації та організації «безпечного простору» в умовах ЗДО і сім'ї.

2. Зменшити рівень психоемоційного дистресу (тривожність, уникання, емоційна напруга) через застосування стабілізаційних та регуляційних практик, адаптованих до дошкільного віку і особливих освітніх потреб дитини.

3. Розвивати навички емоційної регуляції та самозаспокоєння з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку, сенсорного профілю та комунікативних можливостей дитини.

4. Підтримати соціальну взаємодію та комунікацію (контакт з однолітками, ініціативність, участь у спільній діяльності) шляхом організації педагогічно підтриманих, безпечних і дозованих форм групової взаємодії.

5. Запобігати соціальній ізоляції та проявам стигматизації через формування інклюзивної культури у групі ЗДО, розвиток толерантних практик взаємодії та залучення дітей до спільних активностей з урахуванням принципу доступності.

6. Підвищити ресурсність батьків шляхом психоедукації, емоційної підтримки та формування навичок реагування на стрес, а також на поведінкові й емоційні труднощі дитини в умовах війни.

7. Забезпечити безперервність і узгодженість підтримки шляхом координації дій між фахівцями ЗДО (психолог, вихователь, асистент/дефектолог), спеціалістами ІРЦ (за можливості) та сім'єю, із застосуванням елементів кейс-менеджменту.

8. Здійснити моніторинг і оцінювання результативності програми за визначеними критеріями (адаптація, рівень дистресу, соціальна участь/контакти, ресурсність сім'ї) та сформулювати рекомендації для подальшого супроводу дитини й сім'ї.

Програма вибудовується як модульна система, де кожен модуль має мету, очікувані результати, форми роботи (з дитиною, з батьками, у групі)

та короткі інструменти оцінювання. Модулі можуть реалізовуватись послідовно або частково паралельно (залежно від потреб дитини та сім'ї).

Модуль 1. Стабілізація і відчуття безпеки

Мета: відновити базове відчуття фізичної та психологічної безпеки, сформувані передбачуваність і «опори» у повсякденні.

Змістові акценти:

- створення безпечного контакту «дорослий-дитина» (психолог/вихователь/батьки);
- ритуали безпеки та стабільні рутини у ЗДО і вдома;
- адаптація середовища (сенсорна безпека, доступність, зрозумілі правила);
- підготовка до тривоги/укриття: короткі алгоритми дій, «план безпеки» у зрозумілому форматі (піктограми/картки).

Форми роботи: індивідуальні короткі сесії з дитиною; спільні міні-сесії «батьки-дитина»; консультації для вихователів; спостереження в групі.

Очікувані результати: зменшення реакцій страху на тригери, підвищення передбачуваності поведінки дитини, поява «заспокійливих» ритуалів.

Модуль 2. Емоційна регуляція і зниження тривожності

Мета: навчити дитину доступним віку способам розпізнавати й регулювати емоції, знизити рівень тривожності та напруги.

Змістові акценти:

- «словник емоцій» у дошкільному форматі (картки/ігри/казки);
- навички самозаспокоєння (дихальні вправи-гра, заземлення, тілесні практики);
- робота з проявами тривожності (страхи, уникання, соматичні реакції);
- методи вираження переживань без вербалізації: ігрові, арт-практики, лялькотерапія.

Форми роботи: міні-заняття з дитиною 10–20 хв.; групові вправи у ЗДО; батьківські інструкції «Що робити під час і після тривоги?».

Очікувані результати: дитина частіше використовує «підказки регуляції», зменшуються істерики/завмирання, покращується сон/апетит (за повідомленнями батьків).

Модуль 3. Соціальна взаємодія та участь у групі

Мета: підтримати соціальну включеність дитини в групі ЗДО, розвивати комунікацію й позитивний досвід взаємодії з однолітками.

Змістові акценти:

- формування «безпечної групи» (правила взаємодії, підтримувальні ритуали);
- розвиток комунікативних ініціатив (просити, відмовляти, домовлятися);
- ігри на співпрацю та чергування, спільні ролі;
- профілактика стигматизації/відторгнення: інклюзивні практики у групі, емпатійне навчання.

Форми роботи: малі групи (3–5 дітей), групові ігри; моделювання ситуацій; супровід вихователя/асистента; спостереження з подальшими рекомендаціями.

Очікувані результати: зростає залученість у спільні активності, покращується контакт з однолітками, зменшується соціальне уникання.

Модуль 4. Підтримка батьків і ресурсність сім'ї

Мета: знизити батьківський стрес, підсилити ресурсність сім'ї та сформувати ефективні стратегії підтримки дитини вдома.

Змістові акценти:

- психоедукація про реакції дитини на стрес війни та інвалідність без стигматизації;
- навички підтримувальної комунікації (прийняття, короткі інструкції, співрегуляція);

- профілактика емоційного вигорання: мікропрактики відновлення для дорослих;
- сімейні рутини як «якорі стабільності»; організація дозвілля без перевантаження.

Форми роботи: групи підтримки для батьків; індивідуальні консультації; сімейні міні-сесії; пам'ятки/чек-листи.

Очікувані результати: зменшення суб'єктивного стресу батьків, більше впевненості у взаємодії з дитиною, підвищення регулярності домашніх рутин.

Модуль 5. Маршрутизація послуг та інформаційна підтримка

Мета: забезпечити безперервність допомоги через координацію послуг і доступну інформацію для сім'ї.

Змістові акценти:

- первинне картування потреб (освіта, ІРЦ, психолог, реабілітація, медицина, соціальний захист);
- індивідуальний «маршрут підтримки» (куди звертатися, які документи, контакти);
- координація між фахівцями ЗДО, ІРЦ, соціальних служб, медичних/реабілітаційних закладів;
- інформаційна підтримка щодо прав, можливостей, програм допомоги, безпечних сервісів (у доступному форматі).

Форми роботи: кейс-менеджмент/соціальний супровід; консультації; «папка сім'ї» (короткий пакет документів/контактів); міжвідомчі міні-наради за потреби.

Очікувані результати: сім'я краще орієнтується у послугах, зменшуються перерви у підтримці, підвищується регулярність отримання потрібних сервісів.

Програму доцільно реалізовувати у середньостроковому циклі, який дозволяє забезпечити стабілізацію стану, закріплення навичок і підтримку сім'ї:

- Загальна тривалість: 8–10 тижнів (оптимально для дітей дошкільного віку; без перевантаження).
- Частота занять з дитиною: 2 рази на тиждень по 25–35 хв. (з урахуванням втомлюваності та сенсорної чутливості).
- Групові активності: 1 раз на тиждень 30–40 хв. (мала група 4–6 дітей, за можливості).
- Робота з батьками: 1 раз на 2 тижні (або щотижня за потреби) 45–60 хв. (консультація/група підтримки/психоедукація).
- Міждисциплінарна координація: 1 раз на 2–3 тижні 30–45 хв. (короткий консиліум/нарада команди).
- Гнучкість формату: за нестабільної безпекової ситуації допускається перехід на гібридні/дистанційні зустрічі (особливо для батьків) без переривання підтримки.

Нижче подано узагальнену таблицю 2.2.1. необхідних ресурсів і адаптацій середовища для реалізації програми.

Таблиця 2.2.1.

Ресурси та організаційні умови реалізації програми соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю

Блок	Компонент	Конкретні ресурси / адаптації	Для чого це потрібно
Простір і безпека	Безпечне місце в ЗДО	Визначене приміщення для занять; за потреби – альтернативне місце	Зниження тривожності, сталість умов, можливість «безпечного старту»
	Алгоритм під час тривоги	Чіткий протокол дій; узгоджений маршрут до укриття; зрозумілі ролі дорослих	Передбачуваність і контроль ситуації, мінімізація дезорганізації
	Зменшення надмірних стимулів	Мінімізація шуму/тісноти; уникнення різких змін; «тиха зона»	Профілактика сенсорного перевантаження та реакцій уникання
Адаптації для доступності та інклюзивності	Візуальна структуризація	Візуальний розклад/підказки (картки, піктограми); «правила групи» у простій формі	Підвищення зрозумілості подій і вимог, підтримка саморегуляції

	Сенсорні паузи	Можливість коротких перерв; «куток спокою» (сенсорні предмети, м'яке місце)	Відновлення, стабілізація, профілактика зривів/перевантаження
	Адаптовані матеріали	Великі зображення, контраст; тактильні елементи; короткі інструкції	Доступність для різних освітніх потреб, зниження когнітивного навантаження
	Альтернативна комунікація	Жести, картки, предметні підказки (за потреби)	Підтримка комунікації та участі, зменшення фрустрації
Матеріали програми	Арт- і ігровий набір	Папір, олівці/фломастери, пластилін, м'які іграшки, картки емоцій	Безпечне вираження емоцій, розвиток саморегуляції, контакт
	Пам'ятки для батьків	Короткі інструкції: рутина, заспокоєння, реакції на тривогу; контакти служб	Психоедукація, підсилення батьківської компетентності й ресурсності
	Інструменти моніторингу	Чек-листи спостереження (для вихователя); картка супроводу випадку	Узгодженість команди, фіксація динаміки, уникнення фрагментарності
Організаційні умови взаємодії	Канал комунікації з батьками	Месенджер/телефон/щоденник комунікації	Стабільний зворотний зв'язок, своєчасне реагування
	«Точки контакту» і графік	Узгоджений графік; сталі моменти інформування / підтримки	Передбачуваність для сім'ї, регулярність і безперервність підтримки
	Командна координація	Регулярні зустрічі команди (психолог, вихователь, педагог соціальний/соціальний працівник, ІРЦ / реабілітолог за можливості)	Узгодження цілей і дій, цілісність супроводу, розподіл відповідальності

Ефективність програми соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни доцільно оцінювати за очікуваними результатами, які проявляються на трьох взаємопов'язаних рівнях: дитини, сім'ї та закладу дошкільної освіти. Такий підхід відповідає системному баченню підтримки та дозволяє комплексно оцінити її вплив.

Очікувані результати та критерії ефективності для дитини

Очікувані результати:

- зниження рівня тривожності, страхів і проявів емоційного дистресу;
- формування або відновлення базового відчуття безпеки та стабільності;
- покращення емоційної регуляції та зменшення поведінкових реакцій уникання;
- зростання залученості дитини до освітньої та ігрової діяльності у ЗДО;
- покращення якості взаємодії з однолітками та дорослими;
- підвищення впевненості дитини у власних можливостях у межах індивідуального розвитку.

Критерії ефективності:

- зменшення показників тривожності та дистресу (за спостереженням, опитуванням батьків);
- підвищення рівня активної участі дитини в групових заняттях;
- зростання частоти позитивних соціальних контактів;
- стабілізація емоційного стану в повсякденних ситуаціях у ЗДО.

Очікувані результати та критерії ефективності для сім'ї

Очікувані результати:

- зменшення рівня емоційного напруження та стресу батьків;
- підвищення поінформованості сім'ї щодо потреб дитини та способів її підтримки;
- формування навичок емоційної підтримки дитини в кризових ситуаціях;
- зростання впевненості батьків у власних виховних і підтримувальних можливостях;
- активніше залучення сім'ї до взаємодії з фахівцями та освітнім закладом.

Критерії ефективності:

- зниження суб'єктивного рівня батьківського стресу;
- позитивні зміни у ставленні батьків до труднощів дитини;

- використання батьками набутих навичок підтримки у повсякденному житті;
- регулярна та конструктивна комунікація сім'ї з командою супроводу.

Очікувані результати та критерії ефективності для ЗДО

Очікувані результати:

- узгодженість дій педагогів і фахівців у роботі з дитиною з інвалідністю;
- впровадження травмаінформованих та інклюзивних практик у повсякденну діяльність ЗДО;
- підвищення компетентності педагогів у питаннях психосоціальної підтримки;
- формування більш безпечного та підтримувального освітнього середовища;
- розвиток інклюзивної культури в колективі закладу.

Критерії ефективності:

- наявність спільних підходів і алгоритмів підтримки дитини;
- позитивна динаміка взаємодії між педагогами, фахівцями та батьками;
- зменшення конфліктних або кризових ситуацій у групі;
- підвищення рівня прийняття та підтримки дітей з інвалідністю у ЗДО.

Таким чином, очікувані результати та критерії ефективності програми відображають її багаторівневу спрямованість: від змін у психоемоційному стані й поведінковій адаптації дитини – до посилення ресурсності сім'ї та розвитку інклюзивного освітнього середовища у ЗДО. Визначення зазначених критеріїв створює методологічне підґрунтя для подальшого моніторингу та обґрунтованого оцінювання результативності програми у разі її впровадження в умовах воєнного стану.

Висновки до другого розділу

У другому розділі здійснено діагностику актуальних потреб і типових труднощів дітей дошкільного віку з інвалідністю та їхніх сімей в умовах воєнного стану, а також обґрунтовано зміст і структуру програми соціально-психологічної підтримки, спрямованої на зниження психосоціальної вразливості цієї категорії дітей.

Емпіричні результати, отримані за допомогою анкетування батьків, напівструктурованих інтерв'ю та спостереження в умовах закладу дошкільної освіти, засвідчили наявність у більшості дітей ознак підвищеної психосоціальної напруги, що проявляється у тривожності, емоційному дистресі, тенденціях до соціального уникання та нестійкості адаптації в освітньому середовищі. Встановлено, що навіть за умови відвідування ЗДО зберігаються суттєві труднощі, пов'язані з нестабільністю життєвих умов, порушенням передбачуваних рутин і частковістю/переривчастістю доступу до спеціалізованих послуг.

Поєднання кількісних і якісних даних дало змогу уточнити структуру психосоціальної вразливості та її провідні детермінанти. Зокрема, простежено взаємозв'язок між порушенням базового відчуття безпеки, дезорганізацією повсякденного життя, емоційним виснаженням батьків і ризиками соціальної ізоляції дитини. Отримані результати підтверджують доцільність системного підходу до підтримки, що охоплює дитину, сім'ю та освітнє середовище й спирається на узгоджену міждисциплінарну взаємодію.

На підставі узагальнення результатів діагностичного етапу у розділі обґрунтовано програму соціально-психологічної підтримки дітей дошкільного віку з інвалідністю в умовах війни. Програма структурована як модульна система, що інтегрує стабілізаційні, регуляційні, соціально-інтеграційні та ресурсно-орієнтовані компоненти, а також передбачає залучення сім'ї та координацію дій фахівців. Визначено мету, завдання,

змістові модулі, організаційні умови реалізації та критерії оцінювання результативності, що створює методичне підґрунтя для подальшого моніторингу й оцінювання програми у разі її впровадження.

Отже, результати другого розділу підтверджують актуальність і практичну доцільність розроблення комплексної соціально-психологічної підтримки дітей дошкільного віку з інвалідністю в умовах війни. Запропонована програма може бути використана як практичний інструмент для організації підтримки в закладах дошкільної освіти та слугувати основою для подальшого впровадження й емпіричної перевірки її результативності.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження проблеми соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни, що дало змогу системно осмислити як особливості психосоціальних наслідків воєнного впливу, так і можливості їх подолання засобами цілеспрямованої професійної допомоги.

У першому розділі на основі аналізу вітчизняних і зарубіжних наукових джерел уточнено сутність соціально-психологічної підтримки як багаторівневої, динамічної та системної діяльності, спрямованої на зниження негативного впливу стресових чинників, відновлення адаптаційних ресурсів і забезпечення психосоціального благополуччя особистості. Обґрунтовано структурні компоненти соціально-психологічної підтримки, визначено її принципи, суб'єктів, ресурси та рівні реалізації. Доведено, що в умовах війни підтримка дітей з інвалідністю має здійснюватися як цілісна система, що інтегрує індивідуальний, сімейний, груповий, інституційний і громадський рівні взаємодії.

У другому розділі проведено емпіричне дослідження актуальних потреб і типових труднощів дітей дошкільного віку з інвалідністю та їхніх сімей в умовах воєнного стану. Отримані результати засвідчили поширеність ознак підвищеної психосоціальної напруги, зокрема тривожності, емоційного дистресу, нестійкості адаптації та тенденцій до соціального уникання. Встановлено, що ключовими детермінантами психосоціальної вразливості є порушення базового відчуття безпеки, дезорганізація повсякденних рутин, травматичний досвід втрат, обмеження доступу до підтримувальних послуг і зростання соціальної ізоляції.

Поєднання кількісних і якісних методів дослідження дозволило поглибити розуміння взаємозв'язку між психоемоційним станом дитини та ресурсністю сім'ї, а також підтвердило необхідність комплексного,

міждисциплінарного підходу до підтримки, орієнтованого не лише на дитину, а й на її найближче соціальне та освітнє середовище.

На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричної діагностики обґрунтовано програму соціально-психологічної підтримки дітей дошкільного віку з інвалідністю в умовах війни. Програма вибудована як модульна система, що інтегрує стабілізаційні, регуляційні, соціально-інтеграційні та ресурсно-орієнтовані компоненти, передбачає активне залучення сім'ї та координацію дій фахівців різного профілю. Визначено мету, завдання, змістові модулі, організаційні умови реалізації та критерії оцінювання результативності, що створює підґрунтя для подальшого моніторингу та емпіричної перевірки ефективності програми.

Отже, результати дослідження підтверджують, що соціально-психологічна підтримка дітей з інвалідністю в умовах війни має бути системною, безперервною та травмаінформованою, орієнтованою на відновлення базового відчуття безпеки, посилення адаптаційних ресурсів і підтримку соціальної включеності дитини. Запропоновані теоретичні узагальнення та практичні напрацювання можуть бути використані в діяльності закладів дошкільної освіти, інклюзивно-ресурсних центрів, соціальних і психологічних служб, а також слугувати основою для подальших наукових досліджень у сфері підтримки дітей з інвалідністю в умовах тривалих кризових ситуацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко Л. О., Шелкошвеев І. В. Простір арт-терапії для зцілення дітей в умовах війни. *Особистість, суспільство, війна* : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків : ХНУВС, 2022. С. 30-32.
2. Браніцька Т. Р., Матохнюк Л. О., Шпортун О. М. Психологічна підтримка та супровід дорослих і дітей у кризових ситуаціях : практикум. Вінниця, 2022. 131 с.
3. Бутенко Н. В. Соціальна робота з різними типами сімейних уявлень про дитячу інвалідність. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». 2021. № 2(49). С. 33–38.
4. Возніцина К., Литвиненко Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? : довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2020. 192 с.
5. Григоренко Т. В. Вплив військової конфліктності на психіку дітей та молоді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2 (66). С. 36–39.
6. Гунько С., Вайнола Р. Технологічне забезпечення надання соціальних послуг. *Актуальні питання розвитку особистості: сучасність, інновації, перспективи* : зб. наук. пр. за матеріалами II Міжнар. наук.-практ. конф., м. Житомир, 4 квіт. 2024 р. / ред. колегія : Л. Котлова, Л. Бутузова, С. Максимець ; М-во освіти і науки України, Житомир. держ. ун-т імені Івана Франка, соц.-психол. ф-т. Житомир : Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2024. С. 92–95.
7. Давидова О., Москалик Г. Особливості діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: специфіка в умовах війни. *Вісник післядипломної освіти*: зб. наук. пр. Сер. Соціальні та поведінкові науки. Сер. Управління та адміністрування. 2024. Т. 28. №. 57. С. 65-81.

8. Демиденко Т., Горобець Т., Яценко Н. Формування життєстійкості дітей дошкільного віку в умовах війни засобами арт-терапії. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 8(54). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8\(54\)-1199-1208](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1199-1208) (дата звернення: 08.09.2025).

9. Деркачук О., Борщ Е. Допомога батькам дітей з ООП в умовах воєнного стану. Острог : Наурок, 2022. 6 с.

10. Дрозд Л. Сучасні аспекти психологічного супроводу дітей зі спектром аутичних порушень в умовах військової агресії. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. № 115(3). С. 88–103.

11. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Інклюзія: покроково для педагогів : навчально-методичний посібник. Київ, 2023. 232 с.

12. Косенчук О., Лесіна Т., Гура О. Методичні рекомендації щодо здійснення освітньої діяльності з питань дошкільної освіти на період дії правового режиму воєнного стану. МОН. Київ, 2022. URL: <https://uied.org.ua/wp-content/uploads/2022/04/na-sajt-broshura-doshkilliya.pdf> (дата звернення: 27.05.2025).

13. Костіна В. Соціальна підтримка та соціальний захист дітей з особливими потребами в умовах війни в Україні. *Ввічливість. Humanitas*. 2023. Вип. 3. С. 138–149.

14. Кравченко М. Надання послуги раннього втручання для сімей з дітьми, які мають порушення розвитку, в умовах війни. *Публічно-управлінські та цифрові практики*. 2024. №. 1. С. 72-83.

15. Кривоконь Н. І. Соціально-психологічна підтримка як чинник подолання скрутних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 29. С. 319–328.

16. Кучеров Г. Г., Глов'юк О. В. Вплив соціально-психологічних аспектів дитячо-батьківських відносин на формування особистості дитини з інвалідністю в умовах війни. *Соціальна робота та психологія: освіта і наука*. 2024. №. 2. С. 53-58.

17. Лехолетова М. М. Соціальна підтримка вразливих категорій населення в умовах воєнного часу. *Сучасна теорія та практика соціальної роботи в Україні та зарубіжжі* : матер. міжнар. наук.-практ. конфер.(м. Львів, 14-15 листопада 2024 року). 2024. С. 163–167.
18. Малинович Л., Кульбіда С., Міськов Г. Створення доступного мовного середовища для дошкільників: необхідність і виклики. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. № 112(4). С. 95–118.
19. Мальчикова Д. С., Шапошникова І. В. Моделі комплексної адаптації і соціалізації осіб із розладами аутичного спектру впродовж життя. *Психологія та соціальна робота*. 2024. № 2. С. 103-115.
20. Матохнюк Л., Максименко Ю. Допомога батькам, які мають дітей з особливими освітніми потребами. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти*. Серія «Педагогіка. Психологія». 2023. № 3. С. 73–78.
21. Міськов Г. Діти і війна: досвід екстреної психологічної допомоги. *Освіта осіб з ООП: шляхи розбудови*. 2024. № 2(25). С. 155–169.
22. Міхеєва О. Аспекти соціальної роботи з дітьми під час війни. *Редакційна колегія*. 2025. С. 205.
23. Опанасенко О. В. Соціально-педагогічний супровід дітей та молоді-переселенців у територіальних громадах. *Академічні студії*. Серія «Педагогіка». 2024. Вип. 4. С. 124–130.
24. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / авт. кол.: Герило Г. М., Гніда Т. Б., Корнієнко І. О., Луценко Ю. А. ; заг. ред. Ю. А. Луценко. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.
25. Осадченко І., Млинарчук-Соколовська А. Реалізація програм соціально-психологічної підтримки та реабілітації дітей дошкільного та молодшого шкільного віку у Польщі та Україні. *Сучасна теорія та практика соціальної роботи в Україні та зарубіжжі* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 14-15 листопада 2024 року). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2024. С. 109–111.

26. Петринич О. Г., Компанович М. С. Аспекти соціально-психологічної адаптації дітей дошкільного віку в сучасних реаліях. *Слобожанський науковий вісник*. Серія: Психологія. 2024. № 2. С. 42–45.

27. Прохоренко Л. І. Інклюзивність та безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами в умовах війни: експериментальне дослідження. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. Т. 4. №. 116. С. 193-210.

28. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану : довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / Н. В. Пророк, С. Т. Бойко, О. В. Гнатюк, О. І. Купрєєва, В. І. Полякова, О. А. Столярчук, Л. Г. Царенко, О. Ю. Чекстєре ; за ред. Н. В. Пророк. Київ, 2022. 155 с.

29. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації : методичний посібник. Уклад. : Г.Б. Растроста. Суми. НВВ КЗ СОППО. 2018. 64 с.

30. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події : навчально-методичний посібник / Автори-упоряд. : Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. К. : 2022. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi74/0054602.pdf> (дата звернення: 18.07.2025).

31. Романовська Д. Д. Психологічна допомога у закладах освіти в період війни: запити, методики, алгоритми дій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія. 2022. № 1. С. 148–152.

32. Роменська Т. Соціокультурна реабілітація дітей з інвалідністю в умовах війни. *Acta Paedagogica Volynienses*. 2022. Вип. 6. С. 96–101.

33. Руденок А., Рудик Г. Тривожність та її прояви у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. *Psychology Travelogs*. 2024. № 3. С. 197-209.

34. Соціально-психологічна підтримка дітей, які переживають батьківську втрату : навчально-методичний посібник. Вінниця : КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти», 2016. 58 с.

35. Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни: кол. моногр. / Маслянікова І., Осма-нова А., Давиденко Г. та ін.; за заг. ред. І. Маслянікової. Київ : Університет «Україна», 2023. 216 с.

36. Субашкевич І. Р., Пруднікова О. А. Соціально-психологічні особливості дитячо-батьківських відносин. *Соціальна психологія. Юридична психологія*. 2021. Вип. 23. С. 213–217.

37. Сушко П., Прохоренко Л. Аналіз діяльності інклюзивно-ресурсних центрів в Україні в умовах війни. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. № 114(2). С. 7–30.

38. Тургенєва А. О., Піроженко Т. В. Особливості соціально-психологічної підтримки дітей з інвалідністю в умовах війни. *Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Хмельницький, 22-23 травня 2025 року)* / Ред. колегія: Василенко О. та ін. / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т., каф. соц. роб. і соц. педагог. Хмельницький: ХНУ, 2025. С. 206–211. URL: <https://elar.khmnmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/08170a95-63fb-4e98-94b9-d23705668d4f/content>

39. Чайковська Г., Шептицька І. Особливості організації освітнього процесу для дітей з розладами аутистичного спектра в умовах війни. *Освіта. Інноватика. Практика*. 2025. Т. 13. №. 9. С. 173-179.

40. Шевцов А. Г. Психологічне консультування батьків дітей з інвалідністю в умовах активної фази війни: когнітивно-поведінковий підхід. *Психологія російсько-української війни: внутрішній погляд* [Електронний ресурс] : матеріали Всеукраїнського круглого столу (7 квітня 2022 року) / за наук. ред. М. Слюсаревського, С. Чуніхіної, Л. Найдьоновой ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної

психології, Асоціація політичних психологів України. Київ : Талком, 2022. С. 48–50.

41. Шевчук В. В. Батьківське ставлення до дітей з комплексними порушеннями розвитку. *The scientific heritage*. 2021. № 71. С. 61–65.

42. Шевчук В. В. Особливості дитячо-батьківських стосунків у родинях, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Вісник Херсонського державного університету*. 2021. Вип.1. С. 138–145.

43. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

44. Як підтримати дитину у стресовій ситуації: поради від психологів. URL: <https://www.resilience.help/resources/pikluvannya-pro-ditej-pid-chas-nadzvyhajnoyi-sytuacziyi/> (дата звернення: 10.10.2025).

45. Danko O. Psychological and Pedagogical Support for Students in War: Characteristics and Significance for Children Who Have Suffered Losses. *Problems of the Modern Textbook*. 2024. URL: <https://doi.org/10.32405/2411-1309-2024-33-95-105> (date of access: 30.08.2025).

46. Fisina N. Psychocorrection in preschool children with preneurotic symptoms during times of war: a comprehensive analysis. *Psychological Journal*. 2023. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2023.9.2.4> (date of access: 27.03.2025).

47. Głos A. Children's right to play in times of war. *Bioethics*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1111/bioe.13232> (date of access: 26.05.2025).

48. Kostenko T., Dovhopola K., Nabochenko O., Kurinna V., Mykhaylyuk V. Psychological well-being of children with special educational needs under martial law. *Revista Amazonia Investiga*. 2022. URL: <https://doi.org/10.34069/ai/2022.59.11.9> (date of access: 10.10.2025).

49. Lesinskienė S., Lapinskaite A., Kostiuk O., Šambaras R. A Study of the Impact of the War in Ukraine on Psychosomatic Health of Preschool Children in

Lithuania: Parents' Perspective. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. 2024. URL: <https://doi.org/10.18357/ijcyfs152202422042> (date of access: 10.10.2025).