МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ГРЕЧАНИК НАТАЛІЇ ІГОРІВНИ

Наказ НУБіП України 2788 «С» від 13.11.2025

2026 р.

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

Гуманітарно-педагогічний факультет
Кафедра соціальної роботи та реабілітації

ПОГОДЖЕНО
Декан гуманітарно-педагогічного факультету
_____ Інна САВИЦЬКА
(підпис) (ПІБ)
«___» _____ 2026 р.

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри соціальної роботи та реабілітації
_____ Тетяна ГРИГОРЕНКО
(підпис) (ПІБ)
«___» _____ 2026 р.

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему **«Соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій»**

Спеціальність: І10 «Соціальна робота та консультування»

Освітня програма: «Соціальна робота»

Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

Гарант освітньої програми

_докт. пед. наук, професор _____ Ірина СОПІВНИК
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи

докт. пед. наук, професор _____ Ірина ДЕМЧЕНКО
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Виконала _____ Наталія ГРЕЧАНИК
(підпис)

КИЇВ – 2026

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

Гуманітарно-педагогічний факультет

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри соціальної роботи
та реабілітації
канд.пед.наук, доцент _____ Тетяна ГРИГОРЕНКО
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис)
«____» _____ 20____ року

З А В Д А Н Н Я
ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗДОБУВАЧУ
Гречаник Наталії Ігорівні

Спеціальність: **І10 «Соціальна робота та консультування»**

Освітня програма: **«Соціальна робота»**

Орієнтація освітньої програми: **освітньо-професійна**

Тема магістерської кваліфікаційної роботи **«Соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій»,**

затверджена наказом від «13» листопада 2025 р. № 2788 «С»

Термін подання завершеної роботи на кафедру 2026.11.18

Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи: нормативно-правові акти України та міжнародні документи у сфері захисту прав дитини, соціальних послуг і охорони психічного здоров'я; наукові праці з соціальної роботи із сім'ями, психосоціальної підтримки та травмоінформованого підходу; результати діагностики батьків дітей, які постраждали від військових дій.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

1. Теоретичні основи соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій.
2. Діагностика психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій.
3. Експериментальна перевірка ефективності програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій «Разом до стійкості».

Перелік графічного матеріалу: таблиці, рисунки, схеми, презентація результатів дослідження.

Дата видачі завдання «8» грудня 2025 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи _____ Ірина ДЕМЧЕНКО
(підпис) (ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Завдання прийняла до виконання _____ Наталія ГРЕЧАНИК
(підпис) (ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

магістерської кваліфікаційної роботи

«Соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій»

здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти

гуманітарно-педагогічного факультету

спеціальності І10 «Соціальна робота та консультування»

освітньо-професійної програми «Соціальна робота»

Національного університету біоресурсів і природокористування України

Гречаник Наталії Ігорівни

Магістерська кваліфікаційна робота містить 80 сторінок, 15 таблиць, 5 рисунків, 8 додатків. Список використаних джерел налічує 65 найменувань.

Об’єктом дослідження є соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій. Предмет дослідження – програма соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості». Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій.

Для досягнення поставленої мети використано комплекс методів дослідження: теоретичних – аналіз, порівняння, систематизація, синтез та узагальнення; емпіричних – спостереження, анкетування, тестування за методиками PSS-10, IES-R, ОБС, MSPSS, педагогічний експеримент; математико-статистичних – U-критерій Манна–Уітні, Т-критерій Вілкоксона, критерій χ^2 та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ).

У першому розділі проаналізовано зміст понять «діти, які постраждали від військових дій», «соціальна робота з родиною», «психосоціальна підтримка», «батьківська компетентність», «сімейна стійкість». Визначено поняття «соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій». Охарактеризовано нормативно-правове підґрунтя соціальних гарантій, чинники, що ускладнюють роботу з батьками, і потреби батьків на різних

етапах воєнного досвіду родини. Систематизовано підходи, моделі, форми і методи роботи, зарубіжний і вітчизняний досвід.

У другому розділі обґрунтовано критерії (емоційно-психологічний, освітньо-компетентнісний, соціально-ресурсний), показники і методики діагностики. Проведено констатувальний експеримент за участю 60 батьків. Встановлено підвищений рівень стресу, значну поширеність посттравматичних реакцій, труднощі в розмові з дитиною про пережите, обмежене коло підтримки та низьку обізнаність щодо послуг. Переважають середній і низький рівні психосоціальної ресурсності.

У третьому розділі розроблено і впроваджено програму «Разом до стійкості» (12 тижнів, три етапи, шість тематичних модулів). Результати контрольного етапу засвідчили статистично значуще зниження стресу і посттравматичних реакцій, зростання батьківської компетентності, сприйманої соціальної підтримки та поінформованості про послуги в експериментальній групі порівняно з контрольною. Розроблено практичні рекомендації.

В роботі узагальнено, що батьки дітей, які постраждали від військових дій, є самостійним суб’єктом соціальної роботи з комплексом взаємопов’язаних психосоціальних потреб. Цілісна програма, побудована на засадах сімейно-центрованого, екосистемного і травмоінформованого підходів, ефективніша за традиційні фрагментарні форми підтримки. Результати можуть використовувати центри надання соціальних послуг, центри соціальних служб, заклади освіти, громадські організації.

Ключові слова: соціальна робота, батьки, діти, які постраждали від військових дій, психосоціальна підтримка, батьківська компетентність, сімейна стійкість, соціальна підтримка.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ 7

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ 13

1.1. Поняття, сутність та особливості соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій 13

1.2. Моделі, форми та методи соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій 20

Висновки до першого розділу 27

РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОТРЕБ БАТЬКІВ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ 29

2.1. Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи 29

2.2. Діагностика рівня психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій 34

Висновки до другого розділу 40

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ, «РАЗОМ ДО СТІЙКОСТІ» ... 42

3.1. Обґрунтування та впровадження програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості» 42

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів експериментальної роботи 49

Висновки до третього розділу 56

ВИСНОВКИ 58

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 61

ДЕКЛАРАЦІЯ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ТА ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ШІ 68

ДОДАТКИ 69

Додаток А.1. Нормативно-правове підґрунтя соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій 70

Додаток Б.1. Анкета «Мої ресурси та послуги» 71

Додаток Б.2. Анкета для батьків «Потреби родини» 72

Додаток Б.3. Анкета батьківської компетентності (авторська) 73

Додаток В.1. Сценарій заняття «Розмова з дитиною про війну» (модуль 3, зустріч 8) 75

Додаток В.2. Сценарій заняття «Ресурси та стабілізація» (модуль 2, зустріч 5) 77

Додаток В.3. Індивідуальні показники діагностики батьків ЕГ і КГ (констатувальний і контрольний етапи) 78

Додаток В.4. Схема «Етапи програми «Разом до стійкості»» 80

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЕГ	– експериментальна група
КГ	– контрольна група
ОБС	– модифікований тест-опитувальник батьківського ставлення
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
IASC	– Міжвідомчий постійний комітет (Inter-Agency Standing Committee)
IES-R	– шкала впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised)
MSPSS	– багатовимірна шкала сприйманої соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)
PSS-10	– шкала сприйманого стресу (Perceived Stress Scale)
M	– середнє арифметичне
SD	– стандартне відхилення
U	– U-критерій Манна–Уітні
T	– T-критерій Вілкоксона
p	– рівень статистичної значущості
r	– величина ефекту
ρ	– коефіцієнт рангової кореляції Спірмена

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена соціальними та психосоціальними наслідками повномасштабної збройної агресії російської федерації проти України, розпочатої 24 лютого 2022 року, що істотно вплинули на умови життя українських родин. Вимушене переміщення, перебування в окупації, обстріли, втрата житла, розлука з батьками та загибель близьких створюють значні ризики для психологічного благополуччя дітей і стабільності сімейного середовища. Глобальність проблеми підтверджують дані ювенальних прокурорів, оприлюднені на державному порталі «Діти війни»: станом на 26 травня 2025 року внаслідок збройної агресії загинули 630 дітей, понад 1960 отримали поранення [3]. За інформацією Міністерства соціальної політики України, станом на жовтень 2025 року на обліку перебувало 4,65 млн. внутрішньо переміщених осіб [25]. За оцінками ЮНІСЕФ, близько 1,5 млн. українських дітей перебувають у групі ризику розвитку депресії, тривожних розладів і посттравматичного стресового розладу [59]. Зазначені обставини актуалізують необхідність комплексної соціальної підтримки сімей, спрямованої на подолання наслідків війни та зміцнення їхньої здатності забезпечувати сприятливі умови для розвитку й відновлення дітей.

Особливої значущості в цьому контексті набуває соціальна робота з батьками, від психологічного стану, виховної поведінки та здатності забезпечувати емоційну підтримку яких, значною мірою залежить благополуччя дітей. Результати метааналітичних досліджень засвідчують, що вплив воєнних подій на психічне здоров’я дитини опосередковується змінами батьківської поведінки, зокрема зниженням емоційної підтримки та посиленням жорсткості виховання [36; 38]. Водночас самі батьки зазнають тривалого стресового впливу, що може обмежувати їхні можливості забезпечувати належну підтримку дітям. Так, за результатами загальнонаціонального обстеження українських батьків, ознаки посттравматичного стресового розладу виявлено у 25,9 % опитаних, комплексного посттравматичного стресового розладу – у 14,6 % [45]. Це зумовлює необхідність розглядати батьків не лише

як важливий ресурс відновлення дітей, а й як самостійних отримувачів соціальної підтримки.

Разом із тим на суспільному рівні означене зумовлює потребу в зміцненні батьківської компетентності, міжособистісної підтримки і сімейної стійкості як чинників відновлення дитини. На державному рівні актуальність теми визначають Конвенція ООН про права дитини [7], закони України «Про охорону дитинства» [18], «Про соціальні послуги» [20], «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» [21], «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» [15], «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» [19], Порядок надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів [12], Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [8], Стратегія забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024-2028 роки [22] та Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» [28].

На науковому рівні проблема має ґрунтовне підґрунтя. Соціальну роботу із сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах, досліджували І. Звєрєва, О. Безпалько, А. Капська, Т. Семигіна [1; 6; 24; 26]. Психосоціальну підтримку і подолання наслідків травматичного досвіду в дітей і дорослих вивчали З. Кісарчук, Дж. Герман, С. Гобфолл [23; 40; 42]. Батьківську компетентність, сімейну стійкість і взаємодопомогу аналізували Ф. Волш, Дж. Паттерсон, Г. Маккаббін, Е. Мастен, А. Гевірц [38; 48; 50; 53; 60]. Організацію соціальних послуг для внутрішньо переміщених осіб і родин, що постраждали від війни, розглядали Т. Лях, О. Столярик, О. Чуйко, Н. Чернуха, І. Євдокимова [5; 9; 27; 29].

Водночас аналіз наукових напрацювань і сучасної практики соціальної роботи засвідчує наявність низки суперечностей, що підкреслюють необхідність дослідження порушеної проблеми, зокрема між:

- зростанням потреби батьків дітей, які постраждали від військових дій, у комплексній соціальній та психосоціальній підтримці й

недостатньою доступністю відповідних послуг, спрямованих на подолання наслідків воєнного стресу, зміцнення батьківської компетентності та сімейної стійкості;

- нормативно визначеними засадами захисту прав дітей, підтримки сімей, забезпечення доступності соціальних послуг і недостатньою розробленістю організаційно-методичних механізмів їх комплексної реалізації в соціальній роботі з батьками дітей, які постраждали від військових дій;
- накопиченим досвідом психосоціальної підтримки сімей, подолання наслідків травматичного досвіду та зміцнення сімейної стійкості й недостатньою розробленістю та експериментальною перевіреністю спеціалізованих програм соціальної роботи, спрямованих на задоволення потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій.

Виявлені суперечності зумовлюють необхідність наукового обґрунтування, розроблення та експериментальної перевірки програми соціальної роботи, спрямованої на підтримку психосоціального благополуччя батьків, зміцнення їхньої здатності долати наслідки воєнного стресу, розвиток батьківської компетентності та сімейної стійкості. При цьому важливим є розгляд батьків не лише як ресурсу підтримки дитини, а й як самостійних отримувачів соціальної допомоги.

Отже, суспільна значущість проблеми, її недостатня науково-методична розробленість та необхідність удосконалення практики соціальної підтримки сімей, які постраждали внаслідок військових дій, зумовили вибір теми магістерської кваліфікаційної роботи **«Соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій».**

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій.

Досягнення мети передбачало розв’язання таких **завдань**:

– з’ясувати сутність, особливості та чинники соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, а також окреслити підходи до організації соціальної підтримки таких родин;

– провести діагностику рівня психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій;

– теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості»;

– розробити практичні рекомендації щодо організації соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій.

Об’єкт дослідження – соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій.

Предмет дослідження – програма соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості».

Методи дослідження. Для розв’язання завдань використано комплекс методів: *теоретичні:* аналіз наукової літератури та нормативно-правових документів для уточнення змісту понять «діти, які постраждали від військових дій», «соціальна робота з батьками», «батьківська компетентність», «психосоціальна підтримка»; порівняння та систематизація підходів до соціальної роботи з родинами, які пережили воєнний досвід; аналіз, синтез і узагальнення під час розроблення програми «Разом до стійкості»; *емпіричні:* спостереження, анкетування і тестування (шкала сприйманого стресу PSS-10, шкала впливу травматичної події IES-R, модифікований тест-опитувальник батьківського ставлення, багатовимірна шкала сприйманої соціальної підтримки MSPSS, авторські анкети) для вивчення психоемоційного стану батьків, особливостей батьківського ставлення та ресурсів соціальної підтримки; педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний і контрольний етапи); *математико-статистичні:* описова статистика, U-критерій Манна–Уітні, Т-критерій Вілкоксона, критерій χ^2 Пірсона, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальну роботу виконано на базі Комунальної установи «Центр надання соціальних послуг» Глухівської міської ради Сумської області із залученням команди соціально-психологічної підтримки «Центр життєстійкості». Вибірку склали 60 батьків (матерів, батьків, опікунів) дітей віком від 3 до 17 років, які постраждали від військових дій: 30 осіб – експериментальна група, 30 осіб – контрольна. Учасники мають різний досвід воєнних подій: вимушене переміщення, перебування в зоні бойових дій або окупації, втрату житла, розлуку з родиною, поранення чи загибель близьких, перебування одного з батьків на військовій службі.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: *уперше* обґрунтовано розгляд батьків дітей, які постраждали від військових дій, як самостійного суб'єкта соціальної підтримки, психосоціальні потреби якого охоплюють емоційно-психологічний, освітньо-компетентнісний і соціально-ресурсний виміри; розроблено та апробовано програму соціальної роботи з батьками «Разом до стійкості»; *уточнено* зміст понять «соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій» і «психосоціальні потреби батьків», а також критерії, показники і рівні їх діагностики; *набули подальшого розвитку* наукові положення щодо змісту, форм і методів соціальної роботи з родинами, які пережили воєнний досвід, у межах сімейно-центрованого, екосистемного і травмоінформованого підходів.

Практичне значення одержаних результатів. Реалізація програми «Разом до стійкості» дає змогу знизити стресове навантаження батьків, посилити їхню батьківську компетентність, розширити коло соціальної підтримки та поінформованість про доступні послуги, що сприяє відновленню родинних відносин і добробуту дітей. Діагностичний інструментарій, тематичний план програми, сценарії занять і практичні рекомендації можуть використовувати фахівці центрів соціальних служб, центрів надання соціальних послуг, закладів освіти та громадських організацій, а також викладачі в межах

дисциплін «Соціальна робота з сім'єю», «Технології соціальної роботи», «Психосоціальна реабілітація».

Особистий внесок здобувачки полягає в самостійному аналізі джерел, розробленні діагностичного інструментарію (анкети «Мої ресурси та послуги», «Потреби родини», анкета батьківської компетентності), програми «Разом до стійкості» та сценаріїв занять, організації та проведенні експерименту, статистичному опрацюванні й інтерпретації його результатів.

Положення, що виносяться на захист: батьки дітей, які постраждали від військових дій, є самостійним суб'єктом соціальної роботи, психосоціальні потреби якого слід діагностувати за емоційно-психологічним, освітньо-компетентнісним і соціально-ресурсним критеріями; цілісна програма соціальної роботи з батьками, побудована на засадах сімейно-центрованого, екосистемного і травмоінформованого підходів і багаторівневої моделі психосоціальної підтримки, ефективніша за традиційні фрагментарні форми роботи.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження оприлюднено на ІІІ-й Міжнародній науково-практичній конференції «Культура провідництва в управлінні освітою: інновації, сталий розвиток, людський добробут», 24 листопада, м. Київ. За темою роботи опубліковано тези доповіді: Гречаник Н.І. Особливості соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій. Культура провідництва в управлінні освітою: інновації, сталий розвиток, людський добробут / Матеріали міжнародної дистанційної науково-практичної конференції, м. Київ, 24 листопада 2026 р. Київ : НУБіП України. 2026. 107 с.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (65 найменувань, з них 37 – іноземними мовами) і 8 додатків. Повний обсяг роботи становить 92 сторінок, основного тексту – 70 сторінок. Робота містить 15 таблиць і 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

1.1. Поняття, сутність та особливості соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій

Теоретичне осмислення соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, потребує насамперед уточнення понятійно-категоріального апарату, що визначає зміст, спрямованість та особливості надання соціальної підтримки цій категорії сімей. Основними для дослідження є поняття «діти, які постраждали внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів», «соціальна робота із сім'єю», «психосоціальна підтримка», «батьківська компетентність» і «сімейна стійкість».

Нормативно-правове визначення поняття «дитина, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів» закріплено в Законі України «Про охорону дитинства». До цієї категорії належать діти, які внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів отримали поранення, контузію або каліцтво, зазнали фізичного, сексуального чи психологічного насильства, були викрадені або незаконно вивезені за межі України, залучалися до участі в діяльності воєнізованих чи збройних формувань або незаконно утримувалися, зокрема в полоні [18]. Порядок надання відповідного статусу регламентується постановою Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2017 року № 268 [12]. Рішення про надання статусу ухвалює орган опіки та піклування на підставі заяви батьків або законних представників дитини та документів, що підтверджують відповідні обставини. Однією з поширених підстав для його надання є психологічне насильство, якого дитина зазнала внаслідок перебування на територіях, де відбувалися бойові дії.

У науковому дискурсі поняття «діти, які постраждали від військових дій» має ширше змістове наповнення порівняно з його нормативно-правовим визначенням. Дослідники психічного здоров'я дітей в умовах збройних конфліктів до цієї категорії відносять дітей, які зазнали як безпосереднього, так

і опосередкованого впливу війни, зокрема загрози життю, руйнування звичного середовища, розлуки з близькими, вимушеного переміщення та тривалої невизначеності [49; 57]. Результати дослідження психоемоційного стану українських підлітків після початку повномасштабного вторгнення засвідчили, що проживання в регіонах, наближених до зони бойових дій, пов'язане з інтенсивнішим впливом травматичних подій і повсякденних стресових чинників [51]. Т. Бетанкур і К. Хан акцентують увагу на кумулятивному характері впливу війни на дитину, який посилюється під дією повсякденних стресорів, зокрема погіршення матеріального становища сім'ї, втрати соціальних зв'язків і порушення сімейних взаємин [30]. У контексті соціальної роботи важливим є врахування обох підходів: нормативно-правовий визначає підстави для встановлення відповідного статусу та реалізації передбачених законодавством гарантій, тоді як ширше наукове розуміння дає змогу визначати потреби в соціальній підтримці сімей, діти яких зазнали негативного впливу війни, незалежно від наявності офіційного статусу.

Наступним ключовим поняттям дослідження є «соціальна робота із сім'єю». Її нормативно-правові засади визначено Законом України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», який регулює діяльність відповідних суб'єктів, спрямовану на підтримку сімей, дітей та молоді, створення умов для їхнього соціального становлення й розвитку [21]. Водночас Закон України «Про соціальні послуги» до чинників, що можуть зумовлювати складні життєві обставини, відносить, зокрема, шкоду, завдану внаслідок бойових дій, збройного конфлікту та тимчасової окупації [20]. Це формує правові підстави для надання соціальних послуг сім'ям із дітьми, які постраждали від військових дій, з урахуванням оцінювання їхніх індивідуальних потреб. У вітчизняних наукових дослідженнях соціальну роботу із сім'єю розглядають як комплексну професійну діяльність, що охоплює соціальну діагностику, профілактику, консультування, соціальний супровід і реабілітацію та спрямована на відновлення й зміцнення здатності сім'ї виконувати свої основні функції [4; 6; 26].

Поняття «психосоціальна підтримка» в міжнародній практиці розглядається у взаємозв'язку з охороною психічного здоров'я. Відповідно до настанов Міжвідомчого постійного комітету (IASC), психічне здоров'я та психосоціальна підтримка охоплюють різні види місцевої або зовнішньої допомоги, спрямованої на захист і зміцнення психосоціального благополуччя, запобігання психічним розладам та їх лікування [43]. Психологічний складник цього поняття відображає внутрішні процеси особистості, зокрема мислення, емоції та поведінку, тоді як соціальний охоплює міжособистісні взаємини, сімейні й громадські зв'язки та соціальні ролі. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» визначає правові та організаційні засади функціонування системи охорони психічного здоров'я, що передбачає залучення до надання психосоціальної підтримки фахівців різних професійних сфер, зокрема соціальних працівників [19]. У контексті соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, психосоціальна підтримка не обмежується психотерапевтичною допомогою, а охоплює сприяння стабілізації повсякденного життя, відновленню соціальних зв'язків, надання необхідної інформації та забезпечення доступу до відповідних соціальних послуг.

Важливе місце в понятійно-категоріальному апараті дослідження посідає «батьківська компетентність», яку розглядають як інтегровану характеристику, що поєднує знання про розвиток і потреби дитини, уміння та навички виховної взаємодії, а також ціннісне ставлення до виконання батьківських обов'язків. В умовах війни її зміст набуває додаткового значення, пов'язаного зі здатністю батьків розпізнавати вікові особливості стресових реакцій дитини, регулювати власний емоційний стан, забезпечувати психологічно безпечне обговорення травматичного досвіду, підтримувати стабільність сімейних взаємин і передбачуваність повсякденного життя [9; 38]. Результати метааналізу Х. Ельтанамлі та співавторів, що охопив 38 кількісних досліджень із загальною вибіркою понад 54 тис. учасників, засвідчили зв'язок між інтенсивністю воєнного досвіду сім'ї, зниженням емоційної теплоти та посиленням жорсткості

батьківської поведінки. Встановлено, що зазначені зміни частково опосередковують негативний вплив воєнних подій на психічне здоров'я дітей [36]. Отже, батьківська компетентність виступає не лише характеристикою ефективності виховної діяльності, а й важливим чинником захисту психологічного благополуччя дитини.

Наступним ключовим поняттям є «сімейна стійкість» (family resilience), що характеризує здатність сім'ї протистояти кризовим обставинам, адаптуватися до змін і відновлювати своє функціонування. Ф. Волш розглядає сімейну стійкість як динамічну властивість сімейної системи, що забезпечує подолання кризових ситуацій, відновлення та подальший розвиток. Дослідниця виокремлює три групи процесів, які визначають сімейну стійкість: систему переконань, що охоплює осмислення кризових подій, збереження надії та духовних цінностей; організаційні моделі, засновані на гнучкості, згуртованості й використанні соціально-економічних ресурсів; комунікативні процеси, які передбачають відкритість у вираженні емоцій, зрозумілість спілкування та спільне розв'язання проблем [60]. У моделі «подвійного ABCX» Г. Маккаббіна та Дж. Паттерсон адаптація сім'ї до кризових обставин пояснюється взаємодією накопичених стресових чинників, наявних і додатково залучених ресурсів, особливостей сприйняття ситуації та стратегій її подолання [50; 53]. М. Унгар доповнює зазначені підходи соціально-екологічним розумінням стійкості, відповідно до якого здатність сім'ї долати труднощі залежить не лише від її внутрішніх ресурсів, а й від доступності зовнішньої підтримки та відповідності соціальних ресурсів культурним і життєвим потребам родини [58].

Позиції дослідників щодо ключових понять узагальнено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Підходи до тлумачення ключових понять дослідження

Поняття	Об'єкт і фокус трактування	Межі поняття та значення для соціальної роботи

Поняття	Об’єкт і фокус трактування	Межі поняття та значення для соціальної роботи
Діти, які постраждали від військових дій	Юридичний підхід: визначені законом види шкоди [12; 18]; психологічний підхід: прямий і опосередкований вплив війни [49; 57]	Статус відкриває доступ до гарантій; ширше розуміння охоплює родини без статусу, проте з відповідними потребами
Соціальна робота з родиною	Сім’я як система, що має відновити здатність виконувати функції [6; 21; 26]	Комплекс технологій: діагностика, консультування, супровід, реабілітація; правова основа – Закон «Про соціальні послуги» [20]
Психосоціальна підтримка	Захист і зміцнення благополуччя, запобігання розладам [19; 43]	Багаторівнева система; соціальний працівник надає базову і цільову немедичну підтримку
Батьківська компетентність	Знання, уміння, ставлення; у воєнний час – саморегуляція і розмова з дитиною про пережите [9; 38]	Захисний чинник: опосередковує вплив війни на дитину [36]
Сімейна стійкість	Процеси переконань, організації, комунікації [60]; взаємодія стресорів і ресурсів [50; 53]	Залежить від доступності ресурсів середовища [58]; мета соціальної роботи – посилювати ці ресурси

Порівняльний аналіз розглянутих підходів засвідчує спільність наукових позицій щодо системного характеру досліджуваної проблеми. Водночас більшість із них зосереджена на потребах дитини, тоді як батьки розглядаються переважно як ресурс або посередники надання допомоги. На нашу думку, соціальну роботу з батьками дітей, які постраждали від військових дій, доцільно визначати як професійну діяльність, спрямовану на задоволення психосоціальних потреб батьків як самостійних отримувачів підтримки, зниження рівня їхнього стресового навантаження, розвиток батьківської компетентності та зміцнення соціальних ресурсів сім’ї з метою сприяння відновленню дитини й підвищенню сімейної стійкості. Психосоціальні потреби батьків у цьому контексті розглядаємо як усвідомлений або неусвідомлений дефіцит емоційних, особистісних і соціальних ресурсів, необхідних для збереження власного благополуччя та належного виконання батьківських функцій в умовах воєнних загроз.

Нормативно-правове забезпечення соціальних гарантій для зазначеної категорії сімей охоплює декілька рівнів. На міжнародному рівні його основу становлять Конвенція ООН про права дитини, стаття 39 якої передбачає вжиття державами заходів для фізичного й психологічного відновлення та соціальної реінтеграції дітей, які постраждали від збройних конфліктів, у середовищі, що сприяє їхньому здоров'ю та гідності [7], а також Стратегія Ради Європи з прав дитини на 2022–2027 роки [34]. На національному рівні відповідні гарантії визначають закони України у сферах охорони дитинства, соціальних послуг, соціальної роботи з сім'ями, забезпечення прав внутрішньо переміщених осіб та охорони психічного здоров'я [15; 18; 19; 20; 21]. Підзаконні нормативно-правові акти регламентують порядок надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів [12], організацію надання соціальних послуг [13], взаємодію суб'єктів соціального супроводу [11], державні стандарти консультування та соціального супроводу [16; 17]. Пріоритетні напрями розвитку відповідних послуг визначають Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року та Стратегія забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні [8; 22]. Систематизовану характеристику нормативно-правових актів подано в додатку А.1.

Аналіз нормативно-правового забезпечення засвідчує, що законодавством передбачено широкий спектр гарантій захисту прав дітей, зокрема щодо психологічної реабілітації, отримання соціальних послуг, оздоровлення та доступу до освіти. Водночас правові механізми підтримки батьків як окремої категорії отримувачів соціальних послуг визначені менш конкретно. Їхня підтримка переважно здійснюється в межах заходів захисту прав дитини або на підставі інших правових статусів, зокрема внутрішньо переміщеної особи. За таких умов власні психосоціальні потреби батьків, які забезпечують щоденну підтримку дітей, можуть залишатися недостатньо врахованими в системі соціальної допомоги.

Соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій, характеризується низкою специфічних чинників, що визначають її зміст та особливості організації.

Першим чинником є хронічний стрес. За результатами дослідження Т. Каратзіаса та співавторів, усі 2004 опитані українські батьки повідомили щонайменше про один стресовий чинник, пов'язаний із війною, а середня їх кількість становила дев'ять. У групі з найвищим стресовим навантаженням шанси наявності ПТСР були у 4,20 раза (OR = 4,20), а комплексного ПТСР – у 8,12 раза (OR = 8,12) вищими порівняно з групою з найнижчим навантаженням [45]. Дослідження цієї самої вибірки виявило виражені посттравматичні реакції у дітей за повідомленнями їхніх батьків [46]. Це свідчить про взаємопов'язаний характер стресових реакцій членів сім'ї.

Другим чинником є вторинна травматизація. Постійне емоційне залучення батьків до переживань дитини, пов'язаних зі страхом, тривогою та іншими наслідками травматичного досвіду, може спричиняти психологічне виснаження. Це явище співвідноситься з поняттям «втома від співчуття», описаним Ч. Фіглі стосовно фахівців допоміжних професій [37]. На відміну від професійних працівників, батьки зазвичай не мають доступу до супервізії та механізмів регулювання емоційного навантаження, що підвищує ризик їхнього виснаження.

Третім чинником є втрата соціальних зв'язків. Вимушене переміщення порушує усталені мережі підтримки, зокрема взаємини з родичами, друзями, сусідами та колегами. Дослідження становища українських батьків, які перебували в Італії, виявило серед основних труднощів мовні й бюрократичні бар'єри, невизначеність майбутнього, втрату роботи та порушення звичного розпорядку життя дітей [52]. Подібні проблеми можуть виникати й у внутрішньо переміщених сімей під час адаптації до нових умов проживання.

Четвертим чинником є нестабільність житлових і матеріальних умов. Необхідність пошуку житла, працевлаштування та оформлення соціальних виплат потребує значних особистісних і часових ресурсів батьків, обмежуючи

їхні можливості приділяти належну увагу потребам дітей. Відповідно до багаторівневої моделі психічного здоров'я та психосоціальної підтримки IASC, задоволення базових потреб і забезпечення безпеки становлять необхідну основу для реалізації інших форм підтримки [43].

П'ятим чинником є недовіра до інституцій та стигматизація звернення по допомогу. Частина батьків може сприймати визнання власних труднощів як свідчення неспроможності належно виконувати батьківські обов'язки, тоді як інші недостатньо поінформовані про доступні послуги. Додатковими обмеженнями виступають кадровий дефіцит, професійне перевантаження працівників соціальних служб і небезпечні умови здійснення соціальної роботи [5].

Вплив зазначених чинників не є сталим: психосоціальні потреби батьків змінюються залежно від етапу переживання родиною наслідків війни (табл. 1.2). Це зумовлює необхідність диференційованого підходу до соціальної роботи, за якого пріоритети, форми та методи підтримки визначаються з урахуванням актуальних потреб, життєвих обставин і наявних ресурсів родини.

Таблиця 1.2

Психосоціальні потреби батьків на різних етапах воєнного досвіду родини

Етап	**Домінувальні потреби батьків**	**Пріоритетні завдання соціальної роботи**
Гостра загроза, евакуація	Фізична безпека, базові ресурси, інформація, збереження контакту з дитиною	Перша психологічна допомога, екстрене інформування, переадресація [42; 62]
Перші місяці після переміщення або травматичної події	Житло, документи, виплати, статус дитини; стабілізація емоційного стану; пояснення реакцій дитини	Оцінка потреб, супровід випадку, психоедукація щодо нормальних реакцій на стрес [12; 16]
Адаптація в новій громаді	Відновлення соціальної мережі, робота, освіта дитини; навички розмови з дитиною про пережите	Групи взаємопідтримки, батьківські клуби, психоедукаційні тренінги [9]
Довготривале відновлення	Збереження стійкості, профілактика виснаження, планування майбутнього	Підтримка самодопомоги, залучення до громади, моніторинг [60]

Етап	Домінувальні потреби батьків	Пріоритетні завдання соціальної роботи
Особливі ситуації: втрата близького, полон, служба одного з батьків	Переживання горя, невизначеність, перерозподіл ролей у родині	Індивідуальне консультування, підтримка в горі, переадресація до спеціалізованих послуг [27]

Узагальнення представлених у таблиці 1.2 положень засвідчує поступову зміну пріоритетів психосоціальних потреб родини: від забезпечення безпеки та задоволення базових потреб на початкових етапах - до емоційної стабілізації, розуміння реакцій дитини, відновлення соціальних зв'язків і розвитку батьківських компетентностей. Водночас цей процес не є лінійним: повторні обстріли, вимушене переміщення чи втрата близьких можуть актуалізувати потреби попередніх етапів, що вимагає гнучкого коригування змісту та форм соціальної підтримки.

Отже, соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій, є специфічним напрямом соціальної роботи із сім'єю, особливості якого зумовлені комплексним впливом наслідків війни на психосоціальне благополуччя батьків та сімейні взаємини. Її зміст визначається динамікою потреб батьків на різних етапах переживання воєнного досвіду та передбачає комплексний і диференційований підхід до соціальної підтримки, спрямованої на зниження стресового навантаження, зміцнення батьківської компетентності й сімейної стійкості.

1.2. Моделі, форми та методи соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій

Теоретико-методологічні засади соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, доцільно розглядати крізь призму *сімейно-центрованого, екосистемного та травмоінформованого підходів*. Кожен із них розкриває окремі аспекти організації соціальної підтримки, а їх взаємодоповнюваність дає змогу враховувати потреби батьків, особливості сімейної взаємодії та вплив соціального середовища.

Сімейно-центрований підхід передбачає розгляд родини як цілісної системи, а батьків — як активних учасників процесу надання допомоги, здатних визначати потреби власної дитини та брати участь в ухваленні рішень. Важливими засадами цього підходу є опора на сильні сторони сім'ї, партнерська взаємодія з фахівцями та залучення батьків до планування заходів підтримки. О. Столярик і Т. Семигіна, досліджуючи особливості психосоціальної підтримки ветеранів, наголошують, що наслідки воєнної травматизації позначаються на всіх членах родини, а тому соціальні послуги мають бути сімейно орієнтованими, із визнанням сім'ї важливим ресурсом відновлення [27]. В контексті нашого дослідження принципового значення набуває визнання батьків не лише учасниками підтримки дитини, а й самостійними отримувачами допомоги, психосоціальні потреби яких потребують окремої уваги.

Екосистемний підхід ґрунтується на теорії екологічних систем У. Бронфенбреннера, відповідно до якої розвиток людини відбувається у взаємодії з кількома рівнями соціального середовища: мікросистемою (родина та найближче оточення), мезосистемою (взаємозв'язки між родиною, закладами освіти й соціальними службами), екзосистемою (соціальні структури та обставини, що опосередковано впливають на сім'ю) і макросистемою (суспільні цінності, законодавство та державна політика) [31]. З позицій цього підходу труднощі батьків розглядаються не ізольовано, а в контексті їхньої взаємодії із соціальним середовищем, що зумовлює необхідність узгодженої підтримки на різних рівнях. Д. Бюргін та співавтори, представляючи позицію Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії, обґрунтовують доцільність багаторівневої, орієнтованої на потреби та травмоінформованої допомоги дітям, які пережили війну й вимушене переміщення. Однією з її ключових складових дослідники визначають підтримку батьків та інших осіб, які здійснюють догляд за дітьми [32]. Відтак, екосистемний підхід дає змогу розглядати соціальну роботу з батьками як складову міжсекторальної взаємодії, спрямованої на зміцнення ресурсів родини та її соціального оточення.

Екосистемну модель соціальної роботи з батьками візуалізовано на рисунку 1.1.

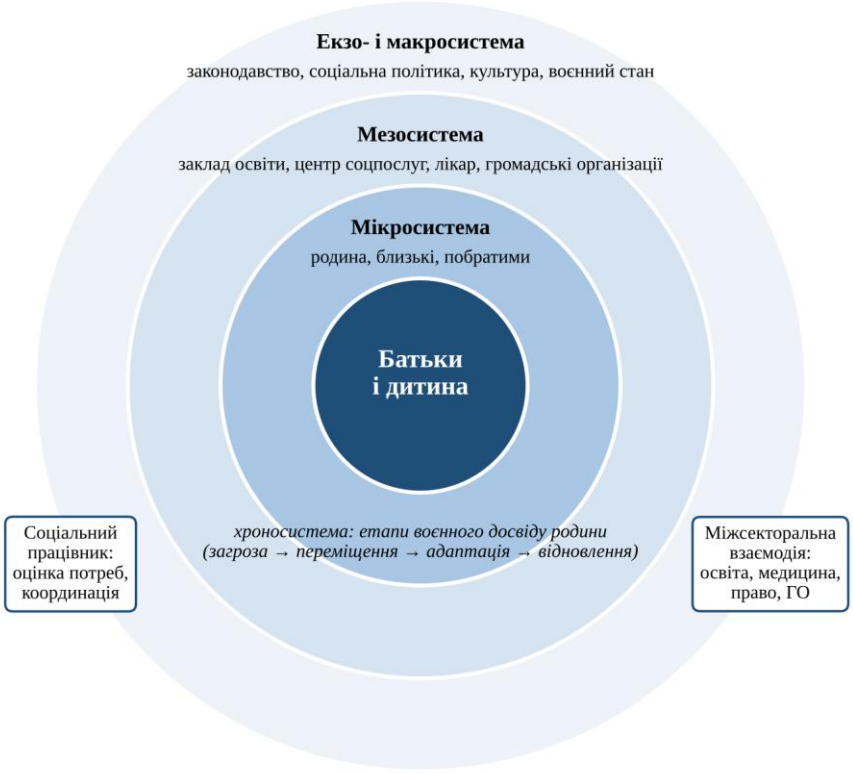

Рис. 1.1. Екосистемна модель соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій (згенеровано ШІ на основі авторських матеріалів та [31; 32])

Представлена на рисунку 1.1 модель розкриває багаторівневий характер соціальної роботи з родиною. На *рівні мікросистеми* діяльність соціального працівника спрямована на оцінювання потреб батьків і дитини, зміцнення сімейних взаємин та залучення найближчого оточення. На *рівні мезосистеми* пріоритетом є налагодження взаємодії родини із закладами освіти, охорони здоров'я, надавачами соціальних послуг і громадськими організаціями. *Макросистемний рівень* передбачає використання законодавчих гарантій і можливостей державних програм підтримки. Водночас урахування *хроносистеми* дає змогу простежувати зміни потреб родини впродовж різних етапів переживання наслідків війни та відповідно коригувати соціальну роботу.

Травмоінформований підхід ґрунтується на розумінні впливу травматичного досвіду на поведінку, емоційний стан і потреби людини та

передбачає організацію допомоги з урахуванням цих наслідків і запобіганням повторній травматизації. Відповідно до рекомендацій Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я США (SAMHSA), його реалізація спирається на шість принципів: безпеку; довіру та прозорість; підтримку за принципом «рівний — рівному»; співпрацю та взаємність; розширення можливостей, забезпечення права голосу й вибору; урахування культурних, історичних і гендерних особливостей [55].

Важливим науковим орієнтиром є також запропоновані С. Гобфоллом та співавторами п'ять ключових елементів психосоціальних втручань після масової травматизації: формування відчуття безпеки, сприяння заспокоєнню, зміцнення особистої та колективної ефективності, підтримання соціальних зв'язків і формування надії [42]. У соціальній роботі з батьками ці положення визначають необхідність створення безпечного середовища, поваги до індивідуального досвіду родини, розвитку її внутрішніх ресурсів та активного залучення батьків до ухвалення рішень щодо отримання допомоги. Організаційне поєднання зазначених підходів забезпечує багаторівнева модель психічного здоров'я та психосоціальної підтримки IASC, яка дає змогу диференціювати допомогу відповідно до характеру й вираженості потреб родини та узгоджувати різні рівні соціальної підтримки.

Її адаптований до роботи з батьками варіант представлено нижче.

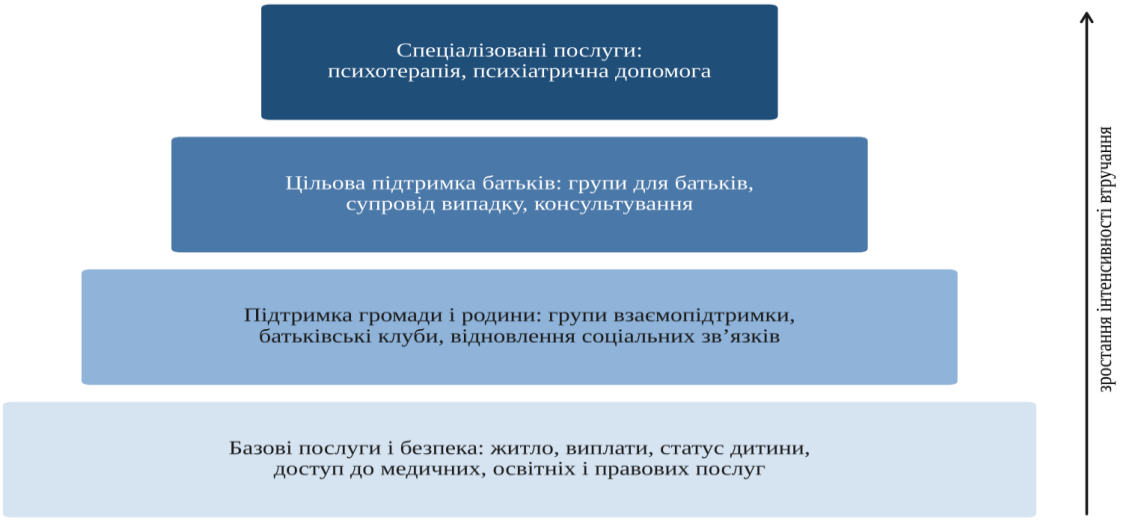

Рис. 1.2. Багаторівнева модель психосоціальної підтримки батьків дітей, які постраждали від військових дій (згенеровано ШІ на основі адаптованих автором матеріалів за [43])

Перший, *базовий*, рівень охоплює безпеку і базові послуги: житло, виплати, оформлення статусу дитини, доступ до медичних, освітніх, правових послуг. Другий рівень – *підтримка громади і родини* – групи взаємопідтримки, батьківські клуби, відновлення соціальних зв'язків. Третій рівень – *цільова немедична підтримка батьків із вираженими труднощами* – психоедукаційні групи, індивідуальне консультування, супровід випадку. Четвертий рівень – *спеціалізовані послуги психотерапевтів і психіатрів для батьків з ознаками розладів.* Соціальний працівник реалізує перші три рівні безпосередньо, а для четвертого забезпечує переадресацію. Така логіка відповідає новому закону про систему охорони психічного здоров'я, який розмежовує компетенції немедичних фахівців і фахівців із психічного здоров'я [19].

У соціальній роботі з батьками дітей, які постраждали від військових дій, застосовують різні форми підтримки, вибір яких залежить від характеру психосоціальних потреб родини, складності життєвих обставин і доступності необхідних послуг.

Індивідуальне консультування спрямоване на допомогу батькам у подоланні життєвих труднощів, пошуку можливих шляхів їх розв'язання та розвитку здатності самостійно справлятися з проблемними ситуаціями. Зміст і порядок надання цієї соціальної послуги визначено відповідним державним стандартом [17]. У роботі з батьками дітей, які постраждали від війни, особливого значення набувають пояснення можливих реакцій дитини на стрес, підтримка емоційної стабільності батьків, виявлення наявних ресурсів родини та спільний пошук рішень щодо актуальних життєвих проблем.

Супровід випадку (кейс-менеджмент) доцільний у ситуаціях, коли родина одночасно потребує кількох видів допомоги, зокрема соціальної, психологічної, правової чи матеріальної. Він передбачає виявлення та оцінювання потреб, розроблення індивідуального плану підтримки, координацію діяльності

залучених фахівців, моніторинг результатів і завершення супроводу. Основні вимоги до організації цієї роботи визначено Державним стандартом соціального супроводу сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах [16], а порядок взаємодії відповідних суб'єктів регламентовано окремим нормативним актом [11]. Така форма роботи особливо важлива для сімей, які через наслідки війни змушені звертатися до різних установ і потребують узгодженої допомоги.

Групи взаємопідтримки створюють умови для спілкування батьків, які мають подібний досвід переживання воєнних подій. Учасники можуть ділитися власними труднощами, обговорювати способи їх подолання, отримувати емоційну підтримку та налагоджувати нові соціальні зв'язки. Це сприяє зменшенню відчуття ізольованості й усвідомленню того, що пережиті труднощі не є винятково індивідуальною проблемою. Значення груп самодопомоги для зміцнення соціальних зв'язків і розвитку ресурсів громади висвітлено у працях Т. Семигіної та О. Безпалько [1; 24].

Психоедукаційні тренінги поєднують надання необхідних знань із формуванням практичних навичок, які допомагають батькам краще розуміти власний стан і підтримувати дітей. Їхній зміст може охоплювати розпізнавання стресових реакцій, опанування способів емоційної саморегуляції, налагодження спілкування з дитиною про пережиті події та застосування ненасильницьких методів виховання. Як зазначають Т. Лях та співавторки, у такій роботі доцільно використовувати інтерактивні методи, зокрема групові вправи, обговорення життєвих ситуацій та елементи арттерапії [9].

Батьківські клуби передбачають менш формалізовану взаємодію, що поєднує тематичні зустрічі з фахівцями, обмін досвідом, неформальне спілкування та спільні заходи батьків і дітей. Їхня цінність полягає не лише в отриманні корисної інформації, а й у створенні середовища довіри, взаємної підтримки та поступового відновлення соціальних контактів.

Окремого значення набувають *дистанційні та змішані формати підтримки*, зокрема онлайн-консультації, тематичні зустрічі, групи спілкування

та чати взаємодопомоги. Вони розширюють можливості отримання послуг для батьків, які проживають у прифронтових громадах, перебувають за кордоном або мають обмежені можливості особисто відвідувати соціальні установи. Водночас їх застосування потребує дотримання конфіденційності, захисту персональних даних та врахування нерівного доступу родин до цифрових технологій.

Співвідношення форм, методів і рівнів підтримки узагальнено в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Форми та методи соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій

Форма роботи	Основні методи	Рівень підтримки	Очікуваний результат
Інформування і переадресація	Інформаційні матеріали, навігація послугами, допомога в оформленні документів	1	Доступ до базових послуг, виплат, статусу дитини
Супровід випадку	Оцінка потреб, індивідуальний план, координація, моніторинг	1–3	Цілісне задоволення множинних потреб родини
Групи взаємопідтримки	Підтримка рівних, групова дискусія, обмін досвідом	2	Зменшення ізоляції, нові соціальні зв’язки
Батьківські клуби	Тематичні зустрічі, спільні активності з дітьми	2	Залученість до громади, позитивний досвід родини
Психоедукаційні тренінги	Психоедукація, вправи на стабілізацію, рольове програвання	3	Розуміння реакцій на стрес, навички підтримки дитини
Індивідуальне консультування	Активне слухання, нормалізація, розв’язання проблем	3	Зниження дистресу, план дій
Переадресація до спеціалізованих послуг	Скринінг, мотиваційна розмова, супровідний контакт	4	Своєчасна психотерапевтична або психіатрична допомога

Ефективність роботи значною мірою залежить від *міжсекторальної взаємодії.* Соціальні служби забезпечують оцінку потреб і супровід; служби у справах дітей – захист прав і оформлення статусу; заклади освіти – щоденний контакт з дитиною та батьками через класних керівників і практичних

психологів; заклади охорони здоров'я – медичну допомогу і скринінг психічних розладів; громадські й міжнародні організації – гнучкі програми, гуманітарну допомогу, групову роботу. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» створює спільну інформаційну рамку для всіх цих суб'єктів [28]. Проте на практиці взаємодія часто обмежується формальним листуванням, а родина змушена самостійно обходити різні установи. Тому координаційна функція соціального працівника є визначальною.

Робота з батьками, які пережили війну, потребує чіткого дотримання *етичних засад*: добровільності та інформованої згоди; конфіденційності та захисту персональних даних; принципу «не нашкодь», зокрема відмови від детального розпитування про травматичні події без потреби; поваги до культурних і релігійних цінностей; прозорості щодо меж допомоги. Окремим етичним обов'язком організації є *профілактика професійного вигорання фахівців.* К. Маслач описала вигорання як поєднання емоційного виснаження, деперсоналізації і зниження професійних досягнень [47]. Соціальні працівники, які щодня стикаються з травматичними історіями, ризикують зазнати вторинного травматичного стресу [37]. Д. Нестеренко доводить необхідність цілеспрямованої підготовки і перепідготовки соціальних працівників щодо психологічної компетентності в умовах війни [10]. Запобіжниками вигорання є регулярна супервізія, інтервізійні групи, реалістичне навантаження і практики самодопомоги.

Важливим орієнтиром для розроблення програм є *зарубіжний досвід.* Програма позитивного батьківства Triple P, розроблена М. Сандерсом, реалізує багаторівневий підхід громадського здоров'я – від універсального інформування до інтенсивних індивідуальних втручань [56]. Програма ADAPT (After Deployment, Adaptive Parenting Tools), створена для родин військовослужбовців після повернення з бойових дій, поєднує навчання емоційній регуляції батьків з тренуванням позитивних виховних практик і продемонструвала стійкі результати через рік після завершення [39]. Всесвітня організація охорони здоров'я пропонує низку низькоінтенсивних втручань, які

можуть проводити підготовлені немедичні фахівці: першу психологічну допомогу [62], програму «Проблемний менеджмент плюс» (PM+) [63], посібник із самодопомоги «Робити те, що важливо, в часи стресу» [64].

Досвід, отриманий безпосередньо з українськими родинами, також доводить ефективність групових програм для батьків. Програма «Групи надії» (Hope Groups) поєднує підтримку психічного здоров'я, навчання позитивному батьківству і запобігання насильству. У дослідженні за участю 577 українських опікунів симптоми депресії знизилися на 56,8 %, а прояви емоційного насильства щодо дітей – на 57,7 %. Результати були подібними незалежно від статусу переміщення та від того, хто проводив групи – фахівці чи підготовлені волонтери [41]. Італійські дослідники, які впроваджували з українськими батьками-біженцями тренінг «10 ключів до стійкості», зафіксували покращення сну, зростання впевненості й частоти позитивних думок; батьки зазначали, що навчилися демонструвати дітям спокійну поведінку і налагоджувати нові соціальні зв'язки [52]. Обидва дослідження не мали контрольних груп, що обмежує доказовість, але вони переконливо показують прийнятність групових форматів.

Вітчизняний досвід представлений в низці сучасних праць. О. Чуйко, Н. Чернуха і Ю. Удовенко пропонують модель соціально-педагогічної роботи у воєнний час, побудовану на трьох взаємопов'язаних напрямах – безпеці, психосоціальній підтримці і відновленні; вони фіксують зміщення фокусу від переважно профілактичної до кризово-реагувальної та відновлювальної практики [29]. І. Іванова зі співавторками досліджують особливості соціальної роботи з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, в умовах воєнного часу [44]. В. Пундєв окреслює основні напрями соціальної роботи в умовах війни [54]. Водночас у більшості вітчизняних розробок батьки постають насамперед як канал допомоги дитині, а цілісні програми, спрямовані на власні потреби батьків, з контрольованою перевіркою ефективності, трапляються рідко.

Отже, основними моделями соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, є сімейно-центрована, екосистемна та травмоінформована, що реалізуються в межах багаторівневої психосоціальної підтримки. Відповідно до потреб батьків застосовуються індивідуальні та групові форми роботи, соціальний супровід, консультування, психоедукаційні тренінги, а також методи інформування, взаємопідтримки й розвитку практичних навичок. Результативність їх застосування залежить від комплексності допомоги, міжсекторальної взаємодії та дотримання професійно-етичних принципів. Особливе значення мають структуровані групові програми, що поєднують психосоціальну підтримку з розвитком батьківської компетентності та зміцненням сімейної стійкості.

Висновки до першого розділу

У першому розділі дослідження обґрунтовано теоретичні засади соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, уточнено понятійно-категоріальний апарат, визначено нормативно-правові основи, особливості психосоціальних потреб батьків, а також систематизовано сучасні підходи, форми й методи надання їм підтримки.

Установлено, що поняття «діти, які постраждали від військових дій» має нормативно-правовий зміст, визначений законодавством України, та ширше наукове трактування, яке охоплює наслідки прямого й опосередкованого впливу війни на фізичний, психологічний і соціальний розвиток дитини. Соціальну роботу з батьками таких дітей розглянуто як цілеспрямовану професійну діяльність, орієнтовану на задоволення психосоціальних потреб батьків як самостійних отримувачів підтримки, зниження стресового навантаження, зміцнення батьківської компетентності, мобілізацію ресурсів родини та підвищення її стійкості.

З'ясовано, що чинне законодавство передбачає систему соціального захисту дітей, які постраждали від військових дій, однак підтримка їхніх батьків не завжди виокремлюється як самостійний напрям соціальної роботи.

Визначено основні чинники, що ускладнюють її здійснення: тривалий стрес, ризик вторинної травматизації, порушення соціальних зв'язків, матеріальна й житлова нестабільність, недовіра до соціальних інституцій та стигматизація звернення по допомогу. Доведено необхідність диференційованого підходу до підтримки батьків з урахуванням характеру пережитого воєнного досвіду, актуальних потреб і ресурсних можливостей сім'ї.

Систематизовано теоретико-методологічні підходи, моделі, форми та методи соціальної роботи з батьками. Визначено, що її методологічну основу становить інтеграція сімейно-центрованого, екосистемного та травмоінформованого підходів**,** а організацію підтримки доцільно здійснювати відповідно до багаторівневої моделі психосоціальної допомоги. Найбільш значущими формами роботи визначено соціальний супровід, індивідуальне консультування, психоедукаційні тренінги, групи взаємопідтримки, батьківські клуби, інформування та перенаправлення до відповідних фахівців і служб, зокрема із застосуванням дистанційних і змішаних форматів.

Виявлено, що практики психосоціальної підтримки сімей, які зазнали впливу війни, значною мірою зосереджені на потребах дітей, тоді як робота з батьками нерідко має фрагментарний характер, а її результативність недостатньо підтверджена систематичним оцінюванням.

РОЗДІЛ 2
ДІАГНОСТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОТРЕБ БАТЬКІВ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

2.1. Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи

Проведений теоретичний аналіз засвідчив комплексний характер психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій, та необхідність їх урахування під час організації соціальної підтримки. Встановлено, що наслідки воєнного досвіду позначаються не лише на психоемоційному стані батьків, а й на їхній здатності забезпечувати підтримку дітей, підтримувати стабільність сімейних взаємин і використовувати доступні соціальні ресурси. Це зумовило необхідність емпіричного вивчення зазначених потреб, визначення рівня психосоціальної ресурсності батьків та обґрунтування відповідних напрямів соціальної роботи.

З цією метою організовано дослідно-експериментальну роботу, що охоплювала три взаємопов’язані етапи: констатувальний, формувальний і контрольний. На констатувальному етапі передбачалося здійснити діагностику психосоціальних потреб батьків, на формувальному - впровадити програму соціальної роботи «Разом до стійкості», на контрольному - оцінити результативність її реалізації.

Мета констатувального етапу – виявити рівень психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій. *Завдання етапу*: 1) визначити критерії, показники і методики діагностики; 2) провести діагностику в експериментальній і контрольній групах; 3) порівняти групи та переконатися в їх еквівалентності до початку формувального етапу; 4) виявити проблемні зони, що мають стати мішенями програми.

Дослідження проведено на базі Комунальної установи «Центр надання соціальних послуг» Глухівської міської ради Сумської області із залученням команди соціально-психологічної підтримки «Центр життєстійкості» у червні-

вересні 2026 р. Учасників залучали через фахівців зазначених установ. Критеріями залучення були: наявність дитини віком від 3 до 17 років, яка постраждала від військових дій (з оформленим статусом або з відповідним досвідом), проживання в громаді не менше одного місяця, добровільна інформована згода на участь. Критерії невключення – гострий психотичний стан, перебування на лікуванні в закладі охорони здоров'я, участь в іншій груповій програмі для батьків на момент набору. Учасників розподілено на експериментальну (ЕГ) і контрольну (КГ) групи з урахуванням віку дитини та типу воєнного досвіду родини, щоб забезпечити зіставність груп. Характеристику вибірки подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки, осіб

Показник	**ЕГ (n = 30)**	**КГ (n = 30)**	**Разом (n = 60)**
Учасник дослідження			
мати	25	24	49
батько	3	4	7
опікун (бабуся, тітка)	2	2	4
Вік дитини			
3–6 років	7	7	14
7–10 років	10	9	19
11–14 років	8	8	16
15–17 років	5	6	11
Досвід воєнних подій (можливо кілька варіантів)			
вимушене переміщення	19	19	38
перебування в зоні бойових дій або окупації	11	11	22
втрата або пошкодження житла	10	9	19
розлука з членом родини	13	14	27
один із батьків на військовій службі	10	11	21
поранення або загибель близьких	5	4	9
Дитина має статус постраждалої від воєнних дій	22	21	43

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки засвідчує переважання матерів серед учасників дослідження (81,7 %), що може бути пов'язано з особливостями розподілу сімейних обов'язків в умовах війни.

Найпоширенішими видами воєнного досвіду виявилися вимушене переміщення (63,3 %), розлука з членами родини (45,0 %) та перебування в зоні бойових дій або окупації (36,7 %). Поєднання різних травматичних і стресових обставин свідчить про комплексний характер воєнного досвіду досліджуваних родин та узгоджується з науковими положеннями про кумулятивний вплив воєнних стресорів [30; 45]. Водночас різноманітність пережитих обставин актуалізує необхідність диференційованого оцінювання психосоціальних потреб батьків та визначення пріоритетних напрямів їх соціальної підтримки.

Для комплексного оцінювання психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій, визначено три взаємопов'язані критерії: *емоційно-психологічний, освітньо-компетентнісний і соціально-ресурсний*. Їх конкретизовано через відповідні показники та діагностичні методики, що дають змогу оцінити психоемоційний стан батьків, рівень їхньої батьківської компетентності, наявні ресурси соціальної підтримки та потребу в додатковій допомозі (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Критерії, показники та методики діагностики психосоціальних потреб батьків

Критерій	Показники	Методики
Емоційно-психологічний	рівень сприйманого стресу; наявність посттравматичних реакцій (нав'язливі спогади, уникнення, збудливість); тривожність; суб'єктивне благополуччя	шкала сприйманого стресу (PSS-10) [33]; шкала впливу травматичної події (IES-R) [61]
Освітньо-компетентнісний	характер батьківського ставлення; здатність розпізнавати емоційні стани дитини; уміння говорити з дитиною про пережиту подію; уміння стабілізувати власний стан у взаємодії з дитиною	модифікований тест-опитувальник батьківського ставлення (ОБС) [2; 26]; анкета батьківської компетентності (авторська, дод. Б.3)
Соціально-ресурсний	наявність і сприйняття соціальної підтримки; поінформованість про послуги та виплати; користування послугами; залученість до спільнот	багатовимірна шкала сприйманої соціальної підтримки (MSPSS) [65]; анкета «Мої ресурси та послуги» (авторська, дод. Б.1)

Охарактеризуємо діагностичні методики, що були застосовані. *Шкала сприйманого стресу (PSS-10)* С. Коена, Т. Камарка і Р. Мермельштейна містить 10 тверджень про те, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і перевантажувальним людина сприймала своє життя впродовж останнього місяця. Відповіді оцінюють за шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»); пункти 4, 5, 7 і 8 мають зворотне кодування. Сумарний бал варіює від 0 до 40: 0–13 – низький, 14–26 – помірний, 27–40 – високий рівень стресу [33].

Шкала впливу травматичної події (IES-R) Д. Вайса і Ч. Мармара складається з 22 тверджень, що утворюють три субшкали: вторгнення (нав'язливі думки, образи, сни; 8 пунктів), уникнення (8 пунктів) і підвищеної збудливості (6 пунктів). Респондент оцінює, наскільки його турбувала кожна реакція впродовж останніх семи днів (від 0 до 4). Сумарний бал варіює від 0 до 88 [61]; показник 33 і вище розглядають як граничне значення, що вказує на ймовірний посттравматичний стресовий розлад [35]. Методика має скринінговий, а не діагностичний характер. Тому для учасників з високими показниками було передбачено протокол переадресації: пропозицію консультації психолога або лікаря закладу первинної медичної допомоги.

Модифікований *тест-опитувальник батьківського ставлення (ОБС)* за опитувальником батьківського прийняття-відторгнення та контролю Р. Ронера й дитячо-батьківських взаємин Е. Джерарда (Збродська І., Роскам І., Долинська Л., Міколайчак М.) [2; 66], що спрямований на виявлення особливостей емоційної та поведінкової взаємодії батьків із дітьми. Опитувальник містить 61 твердження та передбачає дихотомічний формат відповідей («так» або «ні») й охоплює п'ять змістових компонентів: емоційне прийняття дитини; партнерську взаємодію та батьківську залученість; психологічну близькість і підтримку самостійності дитини; особливості батьківського контролю та регулювання поведінки; сприйняття батьками можливостей і спроможності дитини. У контексті нашого дослідження особливого значення набувають показники емоційного прийняття, конструктивної взаємодії та збалансованості

батьківської опіки, оскільки тривалий вплив воєнних стресорів може зумовлювати посилення тривожності батьків, надмірного контролю та обмеження самостійності дитини [36].

Анкета батьківської компетентності розроблена основі аналізу рекомендацій щодо підтримки дітей у воєнний час [9; 38; 64]. Вона містить 15 тверджень, об'єднаних у три субшкали по п'ять пунктів: «Розпізнавання емоційних станів дитини», «Розмова з дитиною про пережите», «Саморегуляція і стабілізація у взаємодії з дитиною». Батьки оцінюють кожне твердження за п'ятибальною шкалою від 1 («зовсім не про мене») до 5 («повністю про мене»). Сумарний бал – від 15 до 75: 15–39 – низький, 40–57 – середній, 58–75 – високий рівень компетентності. Попередня перевірка в пілотній групі (n = 18) засвідчила задовільну внутрішню узгодженість (α Кронбаха 0,81).

Багатовимірна шкала сприйманої соціальної підтримки (MSPSS) Г. Зімета зі співавторами містить 12 тверджень, що утворюють три субшкали: підтримка родини, друзів і значущих інших. Відповіді оцінюють за семибальною шкалою; підсумковий показник – середнє значення від 1 до 7: 1,0–2,9 – низька, 3,0–5,0 – помірна, 5,1–7,0 – висока сприймана підтримка [65].

Анкета «Мої ресурси та послуги» (авторська) спрямована на виявлення поінформованості батьків про доступні послуги та виплати, досвіду користування ними і залученості до спільнот. Вона містить 12 запитань, кожне з яких оцінюється в 0, 1 або 2 бали (не знаю / знаю, але не користувався(-лась) / знаю і користувався(-лась)). Сумарний бал – від 0 до 24: 0–8 – низький, 9–16 – середній, 17–24 – високий рівень (текст анкети наведено в додатку Б.1).

Додатково для якісного аналізу потреб використано *анкету «Потреби родини»* (дод. Б.2), у якій батьки обирали три найбільш значущі для них на цей момент потреби і коротко описували, яка допомога була б для них найкориснішою. Під час констатувального етапу також застосовано включене *спостереження* за взаємодією батьків і дітей під час заходів закладу.

Для оцінювання психосоціальної ресурсності батьків за кожним критерієм встановлено три рівні: *високий, середній і низький*. Низький рівень

характеризує виражені незадоволені психосоціальні потреби та недостатність ресурсів для їх самостійного подолання, тоді як високий свідчить про достатню ресурсність батьків і переважну потребу в базовій підтримці.

Оцінювання здійснювали за трибальною шкалою: високому рівню кожного показника відповідали 3 бали, середньому - 2, низькому - 1. Рівень ресурсності за окремим критерієм визначали шляхом обчислення середнього арифметичного значень його показників.

За *емоційно-психологічним критерієм* результати шкали PSS-10 оцінювали так: низький рівень стресу (0–13 балів) - 3 бали, помірний (14–26) - 2, високий (27–40) - 1. За шкалою IES-R результату менше 24 балів відповідали 3 бали, 24–32 - 2, 33 і більше - 1. *Освітньо-компетентнісний критерій* оцінювали за сумарним балом авторської анкети батьківської компетентності та поєднанням показників шкал «Прийняття» і «Кооперація» опитувальника батьківського ставлення (ОБС). Для *соціально-ресурсного критерію* враховували середній бал за шкалою MSPSS і сумарний бал анкети «Мої ресурси та послуги».

Середнє значення 2,5 бала і вище відповідало високому рівню психосоціальної ресурсності, 1,5 бала і нижче - низькому, а проміжні значення - середньому. Інтегральний рівень психосоціальної ресурсності батьків визначали як середнє арифметичне оцінок за трьома критеріями, що дало змогу узагальнити результати діагностики та встановити загальний рівень їхньої потреби в соціальній підтримці.

Статистичну обробку виконано з використанням непараметричних методів, оскільки розподіл більшості показників відрізнявся від нормального, а обсяг груп невеликий. Відмінності між незалежними групами оцінювали за U-критерієм Манна–Уітні, зміни в межах групи – за Т-критерієм Вілкоксона, розподіли за рівнями – за критерієм χ^2 Пірсона, взаємозв'язки показників – за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (ρ). Як міру величини ефекту наводили коефіцієнт $r = |z| / \sqrt{N}$. Рівень статистичної значущості прийнято $p < 0,05$.

Дослідження проведено з дотриманням етичних вимог, а саме - всі учасники надали письмову інформовану згоду, мали право припинити участь у будь-який момент, дані знеособлено і зберігаються з обмеженим доступом. Учасникам контрольної групи після завершення експерименту запропоновано пройти програму «Разом до стійкості».

Отже, запропонований організаційно-методичний підхід забезпечує цілісність дослідження психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій, та дає змогу розглядати їх у взаємозв'язку з психоемоційним станом, батьківською компетентністю й доступними ресурсами соціальної підтримки. Особливого значення набуває оцінювання психосоціальної ресурсності, що дозволяє не лише виявити наявні труднощі, а й визначити можливості їх подолання та характер необхідної допомоги. Такий підхід створює підґрунтя для адресного спрямування соціальної роботи, змістового наповнення програми «Разом до стійкості» та подальшого оцінювання її результативності.

2.2. Діагностика рівня психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій

Реалізація констатувального етапу дослідження передбачала комплексне оцінювання психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій. Діагностику здійснено за трьома взаємопов'язаними критеріями: емоційно-психологічним, освітньо-компетентнісним і соціально-ресурсним. Це дало змогу не лише визначити рівень психосоціальної ресурсності батьків, а й виявити труднощі, що впливають на їхнє емоційне благополуччя, виконання батьківських функцій та використання доступних джерел соціальної підтримки. Отримані результати проаналізовано в експериментальній і контрольній групах для визначення вихідного стану досліджуваних показників та обґрунтування подальшої програми соціальної роботи.

Результати діагностики за *емоційно-психологічним критерієм* подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Показники емоційно-психологічного критерію в ЕГ і КГ на констатувальному етапі

Показник	ЕГ (n = 30), M ± SD	КГ (n = 30), M ± SD	U	p
Сприйманий стрес, PSS-10 (0–40)	23,37 ± 6,66	23,43 ± 4,47	430,0	0,772
Вплив травматичної події, IES-R, сумарний бал (0–88)	35,20 ± 9,75	36,97 ± 9,29	351,0	0,145
– вторгнення (0–32)	13,57 ± 5,18	14,33 ± 4,56	386,5	0,350
– уникнення (0–32)	12,00 ± 4,13	12,63 ± 4,22	374,5	0,266
– підвищена збудливість (0–24)	9,63 ± 4,19	10,00 ± 2,84	434,0	0,818

Середні значення сприйманого стресу в експериментальній (23,37 бала) та контрольній (23,43 бала) групах перебували у верхній частині діапазону помірного рівня, що свідчить про значне психоемоційне навантаження на учасників дослідження. Високий рівень стресу (27 балів і більше) зафіксовано у 9 осіб ЕГ (30,0 %) та 6 осіб КГ (20,0 %), тоді як низький - лише в одного учасника з усієї вибірки. Найбільш характерними проявами стресу були відчуття нервового напруження, труднощі з виконанням повсякденних справ і суб’єктивне сприйняття життєвих проблем як таких, що накопичуються та перевищують можливості їх подолання.

Результати діагностики за шкалою IES-R вказують на значну вираженість посттравматичних стресових реакцій. Середній сумарний показник становив 35,20 бала в ЕГ та 36,97 бала в КГ, перевищуючи порогове значення 33 бали, яке використовується для скринінгового виявлення ймовірних посттравматичних порушень. Загалом цей поріг досягли або перевищили 35 учасників (58,3 %), зокрема 14 осіб в ЕГ та 21 особа в КГ. Серед окремих проявів помітне місце посідали реакції вторгнення, зокрема нав’язливі спогади, повторювані образи травматичних подій і пов’язані з ними сновидіння. Отримані результати узгоджуються з даними загальнонаціонального дослідження українських батьків [45] та актуалізують необхідність своєчасної

психологічної підтримки. Усім учасникам із підвищеними показниками запропоновано консультацію психолога, якою скористалися 11 осіб.

Узагальнення результатів за емоційно-психологічним критерієм засвідчило переважання низького рівня психосоціальної ресурсності: 53,3 % в ЕГ та 73,3 % у КГ. Середній рівень встановлено відповідно у 43,3 % і 20,0 % учасників, тоді як високий - лише у 3,3 % і 6,7 %. Попри певні відмінності у співвідношенні рівнів, статистично значущої різниці між групами не виявлено ($\chi^2 = 3{,}86$; $p = 0{,}145$). Отже, результати діагностики вказують на виражену потребу значної частини батьків у підтримці психоемоційного стану, розвитку навичок саморегуляції та подолання наслідків травматичного досвіду.

Результати за *освітньо-компетентнісним критерієм* подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Показники освітньо-компетентнісного критерію в ЕГ і КГ на констатувальному етапі

Показник	**ЕГ (n = 30), M ± SD**	**КГ (n = 30), M ± SD**	**U**	**p**
Анкета батьківської компетентності, сумарний бал (15–75)	40,37 ± 7,88	42,73 ± 5,06	358,5	0,177
– розпізнавання емоційних станів дитини (5–25)	14,30 ± 3,35	14,80 ± 2,28	416,0	0,618
– розмова з дитиною про пережите (5–25)	12,73 ± 3,13	13,83 ± 3,01	367,5	0,222
– саморегуляція і стабілізація (5–25)	13,33 ± 3,37	14,10 ± 2,43	364,5	0,206
Тест-опитувальник батьківського ставлення (ОБС), шкали:				
«Прийняття – відкидання» (0–33)	21,90 ± 4,12	21,77 ± 4,19	433,0	0,807
«Кооперація» (0–8)	4,87 ± 1,33	4,30 ± 1,47	349,0	0,128
«Симбіоз» (0–7)	4,93 ± 1,57	4,70 ± 1,24	399,0	0,445
«Авторитарна гіперсоціалізація» (0–7)	4,30 ± 1,29	4,07 ± 1,26	390,0	0,361
«Маленький невдаха» (0–8)	3,47 ± 1,61	3,27 ± 1,70	420,5	0,663

Діагностика за анкетою батьківської компетентності засвідчили, що середні сумарні показники в обох групах перебували поблизу нижньої межі середнього рівня (40,37 бала в ЕГ та 42,73 бала в КГ). Найбільші труднощі виявлено за субшкалою «Розмова з дитиною про пережите», середні значення

якої становили відповідно 12,73 і 13,83 бала з 25 можливих. Батьки нерідко уникали обговорення воєнних подій, прагнучи захистити дитину від додаткових переживань, змінювали тему розмови у відповідь на запитання про загиблих близьких або перебування одного з батьків на фронті, відчували труднощі з поясненням причин вимушеного переміщення. Дещо вищими виявилися показники розпізнавання емоційних станів дитини. Водночас окремі прояви стресових реакцій, зокрема регресивну поведінку, підвищену потребу в близькості з батьками чи спалахи гніву, учасники дослідження не завжди пов’язували з пережитими травматичними подіями, сприймаючи їх як прояви неслухняності або примхливості.

Результати опитувальника батьківського ставлення (ОБС) свідчать про загалом збережене позитивне емоційне ставлення до дитини: середні показники за шкалою «Прийняття – відкидання» становили 21,90 бала в ЕГ та 21,77 бала в КГ із 33 можливих. Водночас порівняно нижчими були значення за шкалою «Кооперація» (4,87 і 4,30 бала з 8), тоді як за шкалою «Симбіоз» вони становили відповідно 4,93 і 4,70 бала із 7. Таке співвідношення показників може свідчити про посилення тривожної опіки, прагнення постійно контролювати безпеку дитини та обмеження її самостійності на тлі недостатньої уваги до її інтересів і потреб у партнерській взаємодії. Подібні тенденції узгоджуються з результатами досліджень, які вказують на посилення гіперопіки в родинах за умов тривалої загрози [36].

Узагальнення результатів за освітньо-компетентнісним критерієм засвідчило переважання низького та середнього рівнів психосоціальної ресурсності батьків. Низький рівень встановлено у 46,7 % учасників ЕГ та 53,3 % КГ, середній - відповідно у 46,7 % і 43,3 %, тоді як високий - лише у 6,7 % і 3,3 %. Статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($\chi^2 = 0,50$; $p = 0,777$). Отримані результати вказують на необхідність посилення освітньо-консультативної складової соціальної роботи з батьками, насамперед щодо розвитку навичок підтримувального спілкування з дітьми, розпізнавання їхніх стресових реакцій та налагодження конструктивної взаємодії в родині.

Результати за *соціально-ресурсним критерієм* подано в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Показники соціально-ресурсного критерію в ЕГ і КГ на констатувальному етапі

Показник	ЕГ (n = 30), M ± SD	КГ (n = 30), M ± SD	U	p
Сприймана соціальна підтримка, MSPSS, загальний бал (1–7)	4,01 ± 0,50	4,00 ± 0,50	432,0	0,795
– підтримка родини (1–7)	4,53 ± 0,80	4,33 ± 0,72	381,5	0,312
– підтримка друзів (1–7)	3,33 ± 0,78	3,66 ± 0,79	329,5	0,075
– підтримка значущих інших (1–7)	4,16 ± 1,02	4,00 ± 0,98	397,0	0,436
Анкета «Мої ресурси та послуги» (0–24)	9,10 ± 3,49	9,23 ± 3,36	446,5	0,964

Результати діагностики за багатовимірною шкалою сприйманої соціальної підтримки (MSPSS) засвідчили помірний рівень підтримки в обох групах: середні значення становили близько 4,0 бала. Найнижчими виявилися показники підтримки з боку друзів (3,33 бала в ЕГ та 3,66 бала в КГ), що може бути пов’язано з вимушеним переміщенням родин, втратою звичних соціальних зв’язків і звуженням кола повсякденного спілкування. Підтримку з боку родини учасники оцінювали вище, однак її практична доступність нерідко була обмеженою через територіальну віддаленість родичів або їхню власну потребу в допомозі.

Аналіз відповідей на анкету «Мої ресурси та послуги» виявив недостатню поінформованість батьків про можливості отримання соціальної підтримки. Середні показники становили 9,10 бала в ЕГ та 9,23 бала в КГ із 24 можливих. Найменш обізнаними учасники виявилися щодо доступності безоплатної правничої допомоги, психологічної підтримки для дорослих і діяльності груп взаємопідтримки в громаді. Користування соціальними послугами переважно обмежувалося зверненнями, пов’язаними з оформленням та отриманням соціальних виплат. Це свідчить про певний розрив між наявними можливостями соціальної підтримки та їх практичним використанням батьками.

Результати за соціально-ресурсним критерієм засвідчили відсутність учасників із високим рівнем психосоціальної ресурсності в обох групах. Середній рівень встановлено у 63,3 % батьків ЕГ та 56,7 % КГ, низький - відповідно у 36,7 % і 43,3 %. Статистично значущих відмінностей між групами не виявлено (χ^2 = 0,28; p = 0,598). Отримані результати вказують на необхідність посилення інформаційно-консультативної підтримки батьків, сприяння їхньому доступу до соціальних послуг, відновлення соціальних зв'язків та розвитку взаємопідтримки в громаді.

Узагальнений розподіл батьків за рівнями за трьома критеріями та за інтегральним показником наведено в таблиці 2.6 і на рисунку 2.1.

Таблиця 2.6

Розподіл батьків ЕГ і КГ за рівнями психосоціальної ресурсності на констатувальному етапі

Критерій	Рівень	ЕГ, осіб	ЕГ, %	КГ, осіб	КГ, %	χ^2; p
Емоційно-психологічний	високий	1	3,3	2	6,7	3,86; 0,145
	середній	13	43,3	6	20,0	
	низький	16	53,3	22	73,3	
Освітньо-компетентнісний	високий	2	6,7	1	3,3	0,50; 0,777
	середній	14	46,7	13	43,3	
	низький	14	46,7	16	53,3	
Соціально-ресурсний	високий	0	0,0	0	0,0	0,28; 0,598
	середній	19	63,3	17	56,7	
	низький	11	36,7	13	43,3	
Інтегральний показник	високий	0	0,0	1	3,3	2,40; 0,302
	середній	17	56,7	12	40,0	
	низький	13	43,3	17	56,7	

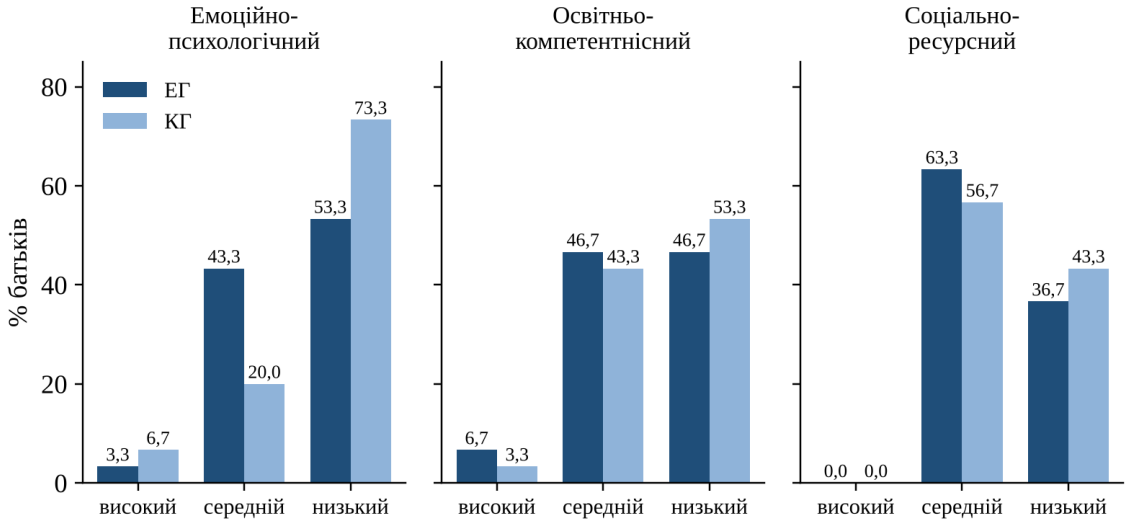

Рис. 2.1. Розподіл батьків ЕГ і КГ за рівнями психосоціальної ресурсності на констатувальному етапі, % (сгенеровано ШІ на основі авторських матеріалів)

Інтегральне оцінювання психосоціальної ресурсності засвідчило переважання низького (50,0 %) та середнього (48,3 %) рівнів серед учасників дослідження. Високий рівень встановлено лише в одного учасника контрольної групи, тоді як в експериментальній групі таких випадків не зафіксовано. Це свідчить про обмеженість психосоціальних ресурсів значної частини батьків та наявність потреб, задоволення яких вимагає цілеспрямованої соціальної підтримки. Статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групами за досліджуваними показниками не виявлено ($p > 0,05$), що свідчить про їхню зіставність на початку формувального етапу та створює передумови для подальшого оцінювання результативності програми соціальної роботи.

Для розуміння взаємозв'язків між вимірами потреб проведено кореляційний аналіз на всій вибірці (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Кореляційні зв'язки між показниками психосоціальних потреб батьків на констатувальному етапі (n = 60, ρ Спірмена)

Пара показників	ρ	p
Сприйманий стрес – вплив травматичної події	0,55	<0,001
Сприйманий стрес – батьківська компетентність (сумарний бал)	–0,59	<0,001

Пара показників	ρ	p
Саморегуляція і стабілізація – сприйманий стрес	–0,40	0,002
Сприйманий стрес – сприймана соціальна підтримка	–0,34	0,008
Вплив травматичної події – сприймана соціальна підтримка	–0,49	<0,001
Вплив травматичної події – розмова з дитиною про пережите	–0,32	0,012
Підтримка друзів – сприйманий стрес	–0,28	0,033
Поінформованість про ресурси і послуги – сприйманий стрес	–0,26	0,044

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв’язки між психоемоційним станом батьків, їхньою батьківською компетентністю та доступними ресурсами соціальної підтримки. Зокрема, вищий рівень сприйманого стресу супроводжувався нижчими показниками батьківської компетентності ($\rho = –0,59$; $p < 0,001$), передусім здатності регулювати власний емоційний стан під час взаємодії з дитиною ($\rho = –0,40$; $p = 0,002$). Вираженість посттравматичних реакцій також мала обернений зв’язок зі сприйманою соціальною підтримкою ($\rho = –0,49$; $p < 0,001$) та вмінням обговорювати з дитиною пережиті події ($\rho = –0,32$; $p = 0,012$). Водночас встановлено слабкий, проте статистично значущий обернений зв’язок між рівнем стресу та поінформованістю про доступні соціальні послуги ($\rho = –0,26$; $p = 0,044$). Це дає підстави припустити, що краща обізнаність щодо можливостей отримання допомоги пов’язана з меншим суб’єктивним відчуттям перевантаження. Сукупність виявлених взаємозв’язків обґрунтовує доцільність комплексної соціальної підтримки, у якій зниження психоемоційного напруження, розвиток батьківських компетентностей і розширення доступу до соціальних ресурсів розглядаються як взаємодоповнювальні напрями роботи.

Додаткове вивчення суб’єктивних пріоритетів батьків за анкетою «Потреби родини» дало змогу визначити найбільш актуальні для них напрями допомоги. Найчастіше учасники зазначали потребу в набутті вмінь спілкуватися з дитиною про війну, втрати та розлуку (63,3 %), а також у подоланні власного емоційного напруження, порушень сну й виснаження (58,3 %). Важливе місце посіли житлові та фінансові труднощі (46,7 %), недостатня поінформованість про соціальні послуги й виплати (41,7 %), проблеми адаптації дітей у закладах освіти (35,0 %). Потребу в спілкуванні з людьми, які

мають подібний досвід, відзначили 30,0 % опитаних, а в отриманні правничої допомоги щодо документів і статусу дитини - 25,0 %.

На особливу увагу заслуговує розбіжність між результатами стандартизованої діагностики та суб'єктивним усвідомленням потреби в психологічній допомозі. Попри значну поширеність підвищеного стресу й посттравматичних реакцій, лише 8 учасників безпосередньо зазначили потребу у власній психологічній підтримці. Така невідповідність може свідчити про недостатнє усвідомлення батьками власних психоемоційних труднощів або схильність надавати пріоритет потребам дітей і розв'язанню нагальних сімейних проблем. Відповідно, соціальна робота має передбачати не лише реагування на заявлені запити, а й своєчасне виявлення менш усвідомлених потреб батьків у підтримці.

Матеріали спостереження доповнили результати кількісної діагностики та дали змогу конкретизувати особливості поведінки учасників. Під час заходів закладу в окремих батьків спостерігалися ознаки підвищеного напруження, насторожені реакції на гучні звуки, прагнення постійно перебувати поруч із дитиною. Взаємодія між батьками була обмеженою, а спілкування переважно стосувалося побутових труднощів, оформлення документів та отримання соціальної допомоги. Ці спостереження узгоджуються з результатами діагностики, що вказують на психоемоційне навантаження, обмеженість соціальних контактів і труднощі у використанні доступних ресурсів підтримки.

Отже, результати констатувального етапу засвідчили комплексний і взаємопов'язаний характер психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій. Переважання низького та середнього рівнів психосоціальної ресурсності вказує на недостатність наявних можливостей для самостійного подолання наслідків воєнного досвіду. Найбільш проблемними виявилися психоемоційне напруження та посттравматичні реакції, труднощі підтримувального спілкування з дітьми, прояви тривожної гіперопіки, звуження соціальних зв'язків і недостатнє використання доступних послуг. Встановлені кореляційні зв'язки підтверджують необхідність розглядати ці труднощі не

ізольовано, а як взаємопов’язані складові психосоціального благополуччя родини.

Висновки до другого розділу

Обґрунтовано організаційно-методичні засади дослідно-експериментальної роботи, визначено критерії та показники оцінювання психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій. Сформовано експериментальну й контрольну групи по 30 осіб. Розроблено діагностичний комплекс, що поєднує стандартизовані й авторські методики та охоплює емоційно-психологічний, освітньо-компетентнісний і соціально-ресурсний критерії. Визначено рівні психосоціальної ресурсності батьків, методи статистичного аналізу та забезпечено дотримання етичних вимог дослідження.

За результатами констатувального етапу виявлено значну поширеність незадоволених психосоціальних потреб батьків. Середні показники сприйманого стресу перебувають у верхній частині помірного діапазону, а в 58,3 % учасників зафіксовано посттравматичні реакції на рівні, що потребує додаткової фахової уваги. Встановлено труднощі у спілкуванні з дітьми про травматичний досвід, прояви тривожної гіперопіки, обмеженість соціальної підтримки та недостатню обізнаність щодо доступних послуг. За інтегральним показником низький рівень психосоціальної ресурсності виявлено у 50,0 % батьків, середній - у 48,3 %, високий - лише в 1,7 %.

Кореляційний аналіз засвідчив взаємозв’язок між психоемоційним станом батьків, їхньою компетентністю та соціальними ресурсами. Зокрема, вищий рівень стресу пов’язаний із нижчою батьківською компетентністю ($\rho = –0,59$; $p < 0,001$), а вираженіші посттравматичні реакції - з меншою сприйманою соціальною підтримкою ($\rho = –0,49$; $p < 0,001$). Це підтверджує необхідність комплексного підходу до соціальної роботи, який поєднує емоційну підтримку, розвиток батьківських навичок і зміцнення соціальних зв’язків.

Установлено, що відмінності між експериментальною та контрольною групами на констатувальному етапі не досягають статистичної значущості ($p > 0,05$), що свідчить про їхню вихідну зіставність. Отримані результати визначили пріоритетні напрями подальшої роботи та стали емпіричним підґрунтям для розроблення й експериментальної перевірки програми «Разом до стійкості».

РОЗДІЛ 3
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ, «РАЗОМ ДО СТІЙКОСТІ»

3.1. Обґрунтування та впровадження програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості»

Результати констатувального етапу дослідження засвідчили необхідність комплексної соціальної підтримки батьків дітей, які постраждали від військових дій. Пріоритетними напрямами такої підтримки визначено зниження психоемоційного напруження та зміцнення стресостійкості батьків, розвиток їхньої компетентності у взаємодії з дітьми, які пережили травматичні події, а також розширення соціальних зв'язків і доступу до необхідних послуг. З урахуванням виявлених потреб та їх взаємозв'язку розроблено програму соціальної роботи «Разом до стійкості», спрямовану на зміцнення психосоціальної ресурсності батьків і підвищення їхньої здатності забезпечувати підтримку дітей в умовах тривалих воєнних викликів.

Мета програми – знизити рівень стресового навантаження батьків, посилити їхню батьківську компетентність і розширити коло соціальної підтримки.

Завдання програми: надати батькам психоедукаційну та інформаційну підтримку щодо реакцій дорослих і дітей на стрес і травматичні події; сформувати вміння стабілізувати власний стан і підтримувати дитину в ситуаціях тривоги, страху, горя; розвинути навички відкритої, правдивої і безпечної розмови з дитиною про пережите; сприяти створенню спільноти взаємопідтримки батьків; забезпечити доступ до соціальних, медичних і правових послуг.

Теоретичну основу програми становлять *сімейно-центрований, екосистемний і травмоінформований підходи,* а також багаторівнева модель психосоціальної підтримки (див. п. 1.2). Програма зорієнтована насамперед на

другий і третій рівні моделі – підтримку громади та родини й цільову немедичну підтримку. Водночас передбачено механізми сприяння задоволенню базових потреб (через модуль «Шлях до послуг і виплат» та супровід випадку) і перенаправлення до спеціалізованих служб. Зміст програми охоплює п’ять емпірично обґрунтованих компонентів психосоціального втручання після масової травматизації – забезпечення відчуття безпеки, заспокоєння, самоефективності, соціальної зв’язаності та надії [42]. Також враховано принципи травмоінформованої роботи [55] і досвід програм, ефективність яких підтверджено в роботі з родинами, постраждалими внаслідок війни [39; 41; 52].

Практична реалізація зазначених підходів ґрунтується на принципах *безпеки* (фізична й емоційна захищеність учасників, право не розкривати особисту інформацію); *добровільності та свободи вибору* (самостійне визначення міри залученості); *партнерства* (визнання батьків експертами щодо потреб власної дитини); *опори на сильні сторони*; *взаємопідтримки; культурної чутливості; конфіденційності та гнучкості формату* (можливість дистанційної участі).

Програма розрахована на 12 тижнів і передбачає 18 групових зустрічей (1–2 на тиждень) тривалістю 75–90 хвилин, а також індивідуальний супровід випадку та консультування за потреби. Оптимальна чисельність групи – 10–15 осіб. Відповідно експериментальну групу розподілено на дві підгрупи по 15 учасників, які працювали за єдиним планом. Зустрічі проводили у вечірній час на базі «Центру надання соціальних послуг» і «Центру життєстійкості» Глухівської територіальної громади. Для батьків, які не мали змоги бути присутніми особисто, забезпечено можливість онлайн-участі. Під час зустрічей для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку організовано догляд і творчі заняття за участю волонтерів, що сприяло усуненню однієї з основних перешкод для участі батьків у програмі.

Для забезпечення цілісності програми «Разом до стійкості» та узгодженості її теоретичних засад із практичними механізмами реалізації розроблено структурно-функціональну модель. Вона відображає взаємозв’язок

мети, завдань, методологічних підходів, принципів, змісту, організаційних форм і методів соціальної роботи, а також очікуваних результатів та критеріїв оцінювання ефективності. Особливістю моделі є поєднання групової роботи з індивідуальним супроводом родин, що дає змогу враховувати як спільні психосоціальні потреби батьків, так і специфіку їхніх життєвих обставин. Реалізацію програми передбачено через послідовні етапи та взаємопов'язані тематичні модулі, спрямовані на зміцнення психоемоційної стійкості, розвиток батьківських компетентностей і розширення ресурсів соціальної підтримки.

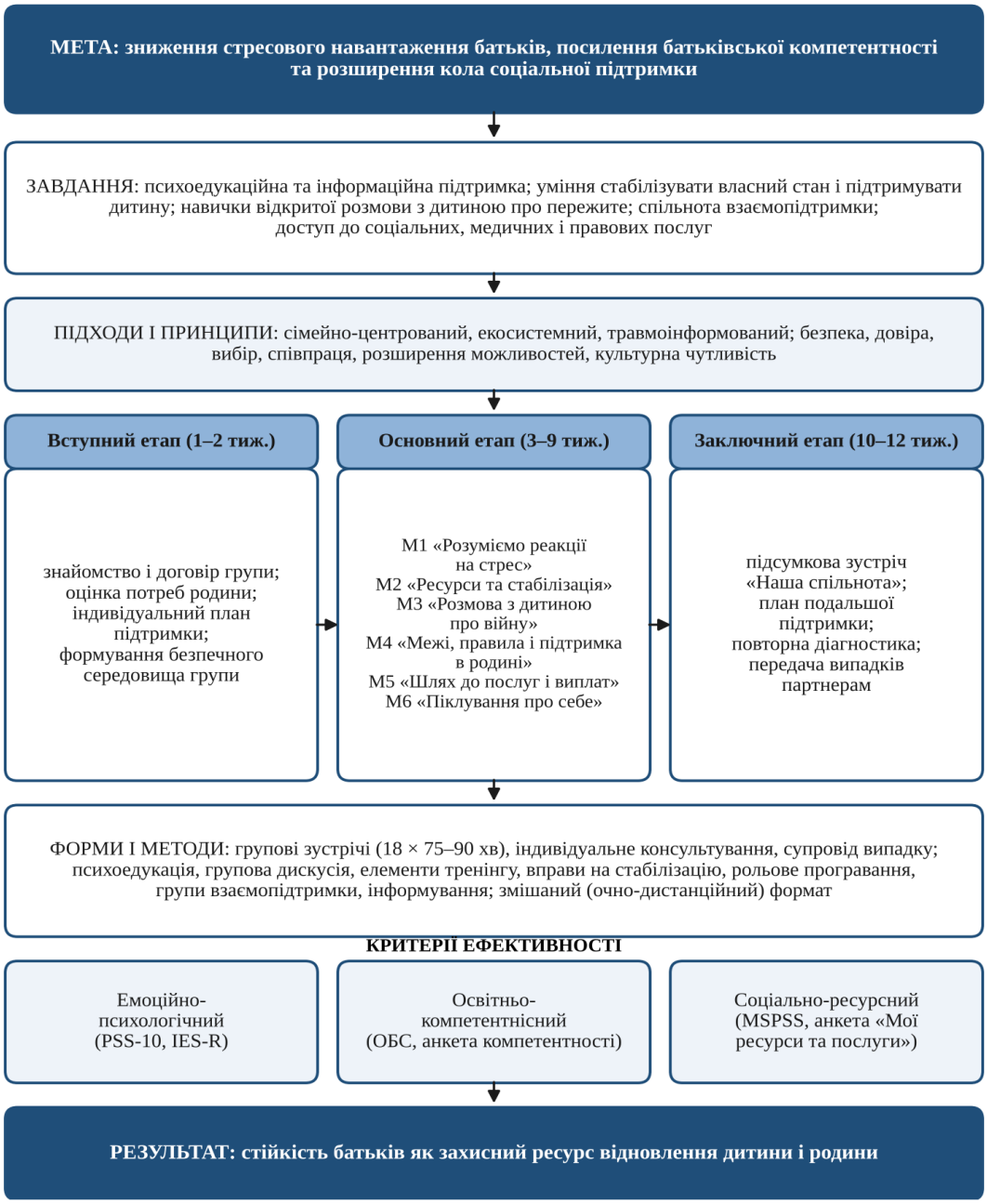

Рис. 3.1. Структурно-функціональна модель програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості» (сгенеровано ШІ на основі авторської розробки)

Практичну реалізацію програми організовано у три послідовні етапи - *вступний, основний і заключний*, кожен із яких має визначене функціональне призначення, змістове наповнення та відповідні форми роботи з батьками. Деталізовану схему етапів наведено в додатку В.4.

Вступний етап (1–2-й тижні) був спрямований на встановлення довірливих взаємин між учасниками, уточнення індивідуальних потреб родин і створення безпечного середовища для подальшої групової роботи. Під час першої зустрічі батьки ознайомилися з програмою, обговорили власні очікування та спільно визначили правила взаємодії, зокрема дотримання конфіденційності, повагу до особистого досвіду, право відмовитися від обговорення чутливих тем і можливість зробити паузу. На другій зустрічі за допомогою анкети «Потреби родини» та вправи «Карта ресурсів родини» учасники конкретизували актуальні труднощі й визначили наявні джерела підтримки. Між груповими заняттями з кожною родиною проведено індивідуальну консультацію тривалістю 45–60 хвилин, за результатами якої розроблено план підтримки із зазначенням основного запиту, очікуваних результатів, необхідних послуг, відповідальних фахівців і термінів перегляду виконання.

Основний етап (3–9-й тижні) передбачав реалізацію шести тематичних модулів, кожен із яких охоплював дві групові зустрічі. Їх зміст вибудувано відповідно до виявлених психосоціальних потреб батьків із поступовим переходом від усвідомлення стресових реакцій і засвоєння способів саморегуляції до розвитку навичок підтримки дитини, налагодження родинної взаємодії та використання соціальних ресурсів.

Модуль 1 «Розуміємо реакції на стрес» був присвячений формуванню розуміння психологічних і фізіологічних реакцій на травматичні події. Учасники ознайомилися з механізмами стресу та віковими особливостями його

проявів у дітей, зокрема регресивною поведінкою дошкільників, труднощами концентрації уваги й соматичними скаргами молодших школярів, уникненням, замкненістю або ризикованою поведінкою підлітків [9; 49]. Особливу увагу приділено переосмисленню поведінкових реакцій дитини як можливих проявів її емоційного неблагополуччя. З цією метою застосовано вправу «Переклад поведінки», під час якої батьки аналізували типові проблемні ситуації та вчилися розпізнавати потреби, страхи й переживання, що можуть стояти за зовнішніми проявами дитячої поведінки.

Модуль 2 «Ресурси та стабілізація» спрямовано на розвиток навичок емоційної саморегуляції та відновлення внутрішніх ресурсів батьків. Практична робота охоплювала опанування дихальних вправ, технік заземлення через органи чуття, м’язової релаксації та створення уявного «безпечного місця». Учасники визначали власні джерела підтримки за допомогою вправи «Коло ресурсів» і розробляли індивідуальні плани самодопомоги для ситуацій гострої тривоги, повітряних тривог або отримання загрозливих новин. Окремо розглядали можливості застосування засвоєних технік разом із дитиною. Методичну основу занять доповнено матеріалами посібника ВООЗ «Робити те, що важливо, в часи стресу» [64]. Сценарій одного із занять представлено в додатку В.2.

Модуль 3 «Розмова з дитиною про війну» посідав провідне місце у змісті програми, оскільки саме труднощі такого спілкування батьки найчастіше визначали серед пріоритетних потреб. Учасники опрацьовували принципи відкритого й психологічно безпечного діалогу з дитиною: правдивість і доступність пояснень відповідно до віку, уважність до емоційних реакцій, збереження спокійної та підтримувальної позиції дорослого, готовність повертатися до складних тем. Особливу увагу приділено розмовам про загибель близьких, перебування батька чи матері на фронті, полон і зникнення безвісти. Для формування практичних умінь застосовано рольове програвання ситуацій зі зміною позицій «батьки - дитина» та аналіз типових дитячих запитань. Сценарій заняття наведено в додатку В.1.

Модуль 4 «Межі, правила і підтримка в родині» орієнтовано на відновлення передбачуваності повсякденного життя та зміцнення відчуття безпеки дитини. Батьки розглядали значення усталених родинних ритуалів, зокрема ранкових, вечірніх і пов'язаних із діями під час повітряної тривоги, опановували прийоми позитивної дисципліни та способи поєднання емоційної підтримки з послідовним дотриманням правил. Окремим предметом обговорення стала тривожна гіперопіка, виявлена під час констатувального етапу дослідження. Практичні завдання допомагали учасникам визначати межі необхідного захисту дитини та знаходити способи підтримки її самостійності відповідно до віку й безпекових обставин.

Модуль 5 «Шлях до послуг і виплат» забезпечував практичне ознайомлення батьків із можливостями отримання соціальної, психологічної, медичної та правничої допомоги. До проведення занять залучено юриста Центру надання соціальних послуг Глухівської територіальної громади, представника служби у справах дітей, практичного психолога Центру життєстійкості та сімейного лікаря. Учасники отримали роз'яснення щодо оформлення статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій [12], соціальних послуг і виплат для внутрішньо переміщених осіб [15; 20], а також можливостей психологічної підтримки дорослих, зокрема в межах ініціативи «Ти як?» [28]. Практичним результатом спільної роботи стало укладання «Карти послуг громади» з контактною інформацією, графіками роботи установ і напрямами допомоги, яку вони надають.

Модуль 6 «Піклування про себе» був спрямований на запобігання емоційному виснаженню батьків і формування відповідального ставлення до власного психосоціального благополуччя. Під час занять учасники вчилися розпізнавати ознаки перевтоми та вигорання, визначати власні потреби, знаходити можливості для відпочинку й відновлення сил. Важливим аспектом роботи стало подолання труднощів, пов'язаних зі зверненням по допомогу та її прийняттям. Кожен учасник розробив «Тижневий план турботи про себе», а

робота в парах сприяла налагодженню взаємопідтримки та закріпленню набутих навичок у повсякденному житті.

Заключний етап (10–12-й тижні) передбачав узагальнення набутого досвіду, закріплення практичних навичок і визначення подальших можливостей підтримки родин. Під час групових зустрічей учасники аналізували зміни у власному стані, взаємодії з дітьми та використанні соціальних ресурсів. Зустріч «Наша спільнота», проведена за участю дітей у форматі родинного свята з творчими майстернями, сприяла зміцненню контактів між сім'ями та підтриманню сформованих зв'язків. У межах індивідуальних консультацій переглянуто плани підтримки, уточнено потреби, що залишилися актуальними, та організовано подальше перенаправлення родин до партнерських установ за необхідності. Завершальним складником етапу стала повторна діагностика психосоціальної ресурсності батьків для оцінювання змін за визначеними критеріями.

Упродовж усіх етапів програми групові заняття доповнювалися наскрізними формами індивідуальної та взаємної підтримки. Зокрема, функціонувала модерована фахівцем група в месенджері, призначена для обміну корисною інформацією, організаційних повідомлень і підтримання контактів між учасниками. За індивідуальними запитами проводилися консультації, середня кількість яких становила 2,4 на родину. Для дев'яти сімей із комплексними потребами організовано супровід випадку, що передбачав узгодження необхідних видів допомоги та взаємодію з відповідними фахівцями й установами. Поєднання цих форм роботи забезпечувало безперервність підтримки між груповими зустрічами та можливість адаптувати її зміст до індивідуальних обставин кожної родини.

Тематичний план програми наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Тематичний план програми «Разом до стійкості»

№	Тиж.	Тема зустрічі	Основні методи	Хв
Вступний етап				

№	Тиж.	Тема зустрічі	Основні методи	Хв
1	1	«Знайомство. Наша безпечна група»	вправи на знайомство, вироблення правил групи	90
2	2	«Що потрібно моїй родині»	анкетування, «Карта ресурсів родини», індивідуальне планування	90
Основний етап				
3	3	М1. «Нормальні реакції на ненормальні події»	психоедукація, групова дискусія	90
4	3	М1. «Як стрес проявляється в дітей різного віку»	психоедукація, «Переклад поведінки»	90
5	4	М2. «Тіло як ресурс: дихання, заземлення, сон»	вправи на стабілізацію, релаксація	75
6	5	М2. «Мої опори: коло ресурсів і план самодопомоги»	елементи тренінгу, індивідуальна робота	75
7	5	М3. «Як говорити з дитиною правду безпечно»	міні-лекція, аналіз випадків	90
8	6	М3. «Втрати, розлука, очікування: складні розмови»	рольове програвання, обмін досвідом	90
9	6	М4. «Передбачуваність і родинні ритуали»	групова дискусія, проєктування ритуалів	90
10	7	М4. «Тепло і межі: позитивна дисципліна»	рольове програвання, розв’язання ситуацій	90
11	8	М5. «Права родини і статус дитини»	інформування, консультування юриста	75
12	8	М5. «Карта послуг громади»	зустріч із представниками установ, навігація	90
13	9	М6. «Втома, вигорання і право на відпочинок»	психоедукація, самодіагностика	75
14	9	М6. «Просити і приймати допомогу»	група взаємопідтримки, робота в парах	75
Заключний етап				
15	10	«Що змінилося: сильні сторони нашої родини»	рефлексія, групова дискусія	90
16	11	«Наша спільнота» (разом із дітьми)	родинне свято, творчі майстерні	90
17	12	«Мій план на майбутнє»	індивідуальне планування, переадресація	75
18	12	Повторна діагностика, зворотний зв’язок	тестування, анкетування	90

Загальний обсяг групової роботи становив 1530 хвилин (25,5 години). Відвідуваність зустрічей у середньому сягнула 82 %; 27 з 30 учасників ЕГ відвідали не менше 14 зустрічей, жоден учасник не вибув з програми. Таку

високу відвідуваність забезпечили змішаний формат, організація догляду за дітьми і нагадування в групі взаємопідтримки.

Контрольна група впродовж того самого періоду отримувала традиційні для закладу форми підтримки: консультування за власним запитом, інформування про виплати, участь дітей у загальних заходах закладу. Цілеспрямованої групової роботи з батьками в КГ не проводили.

Під час упровадження програми фахівці отримували регулярну супервізію (раз на два тижні), що відповідає вимогам профілактики вторинного травматичного стресу і вигорання [10; 37]. Хід кожної зустрічі фіксували в щоденнику ведучого, де відзначали активність учасників, емоційний стан групи, запити, що потребують індивідуального реагування.

Отже, програма соціальної роботи «Разом до стійкості» становить цілісну систему комплексної підтримки батьків дітей, які постраждали від військових дій, зміст якої обґрунтовано результатами діагностики їхніх психосоціальних потреб. Поєднання групових та індивідуальних форм роботи, практично орієнтованих методів і міжвідомчої взаємодії забезпечує адресність підтримки та спрямованість на зміцнення психосоціальної ресурсності родин. Особливістю програми є акцент не лише на подоланні наявних труднощів, а й на розвитку батьківських компетентностей, навичок саморегуляції та здатності використовувати доступні соціальні ресурси. Її структурно-функціональна організація створює підґрунтя для подальшого оцінювання ефективності та визначення можливостей застосування в практиці соціальної роботи.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів експериментальної роботи

Для оцінювання результативності програми соціальної роботи «Разом до стійкості» після завершення формувального етапу проведено повторну діагностику учасників експериментальної та контрольної груп за методиками й критеріями, застосованими на констатувальному етапі. Це дало змогу

простежити динаміку психосоціальної ресурсності батьків і порівняти зміни досліджуваних показників в обох групах.

Результати оцінювання за *емоційно-психологічним критерієм* представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка показників емоційно-психологічного критерію в ЕГ і КГ, M ± SD

Показник	ЕГ до	ЕГ після	p (T)	КГ до	КГ після	p (T)	U після	p (U)
Сприйманий стрес, PSS-10 (0–40)	23,37 ± 6,66	15,77 ± 7,03	<0,001	23,43 ± 4,47	22,00 ± 5,04	0,003	197,5	<0,001
Вплив травматичної події, IES-R, сумарний бал (0–88)	35,20 ± 9,75	26,00 ± 10,21	<0,001	36,97 ± 9,29	34,17 ± 10,42	<0,001	223,0	<0,001
– вторгнення (0–32)	13,57 ± 5,18	9,43 ± 6,23	<0,001	14,33 ± 4,56	13,20 ± 5,37	0,017	271,5	0,008
– уникнення (0–32)	12,00 ± 4,13	9,87 ± 4,14	<0,001	12,63 ± 4,22	11,60 ± 4,39	0,004	329,5	0,075
– підвищена збудливість (0–24)	9,63 ± 4,19	6,70 ± 3,90	<0,001	10,00 ± 2,84	9,37 ± 3,93	0,131	290,0	0,018

В ЕГ середній рівень сприйманого стресу знизився з 23,37 до 15,77 бала, тобто на 7,60 бала (32,5 %). Зміни статистично значущі (T = 0,0; z = 4,70; p < 0,001). У КГ показник також зменшився – з 23,43 до 22,00 бала, проте лише на 1,43 бала (6,1 %), і залишився в межах помірного стресу. Після експерименту відмінність між групами статистично значуща (U = 197,5; p < 0,001), величина ефекту середня (r = 0,48). Кількість батьків ЕГ із високим рівнем стресу зменшилася з 9 до 2, а з низьким рівнем – зросла з 1 до 10.

Сумарний показник IES-R в ЕГ знизився з 35,20 до 26,00 бала (p < 0,001), тобто нижче граничного значення 33 бали. У КГ зниження було незначним за величиною – з 36,97 до 34,17 бала, хоча завдяки односпрямованості змін воно досягло статистичної значущості (p < 0,001). Частка батьків з показниками IES-R 33 бали і вище в ЕГ зменшилася з 46,7 % до 20,0 %, у КГ – з 70,0 % до 53,3 %. Після експерименту відмінність між групами за сумарним показником статистично значуща (U = 223,0; p < 0,001; r = 0,43). Найбільше в ЕГ знизилися показники субшкал вторгнення (p = 0,008 порівняно з КГ) і підвищеної збудливості (p = 0,018). Показники уникнення між групами після експерименту

значуще не відрізняються (p = 0,075). На нашу думку, це пояснюється тим, що уникальна поведінка є стійкішою і потребує тривалішої роботи або спеціалізованої допомоги.

Розподіл батьків за рівнями за емоційно-психологічним критерієм після експерименту засвідчує суттєві зрушення в ЕГ: частка високого рівня зросла з 3,3 % до 60,0 %, низького – зменшилася з 53,3 % до 20,0 %. У КГ розподіл змінився мало: високий рівень – 10,0 %, середній – 33,3 %, низький – 56,7 %. Відмінність у розподілі між групами після експерименту статистично значуща ($\chi^2 = 16,98$; $p < 0,001$).

Результати за *освітньо-компетентнісним критерієм* подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Динаміка показників освітньо-компетентнісного критерію в ЕГ і КГ, M ± SD

Показник	ЕГ до	ЕГ після	p (T)	КГ до	КГ після	p (T)	U після	p (U)
Анкета батьківської компетентності, сумарний бал (15–75)	40,37 ± 7,88	53,50 ± 8,33	<0,001	42,73 ± 5,06	43,83 ± 5,23	0,023	141,0	<0,001
– розпізнавання емоційних станів дитини (5–25)	14,30 ± 3,35	18,37 ± 3,90	<0,001	14,80 ± 2,28	14,83 ± 2,59	0,989	207,0	<0,001
– розмова з дитиною про пережите (5–25)	12,73 ± 3,13	17,80 ± 3,61	<0,001	13,83 ± 3,01	14,57 ± 3,54	0,045	236,0	0,002
– саморегуляція і стабілізація (5–25)	13,33 ± 3,37	17,33 ± 3,58	<0,001	14,10 ± 2,43	14,43 ± 3,04	0,218	256,5	0,004
Шкали ОБС:								
«Прийняття – відкидання» (0–33)	21,90 ± 4,12	24,87 ± 4,73	<0,001	21,77 ± 4,19	22,17 ± 5,02	0,197	311,0	0,040
«Кооперація» (0–8)	4,87 ± 1,33	6,40 ± 1,61	<0,001	4,30 ± 1,47	4,47 ± 1,55	0,325	171,5	<0,001
«Симбіоз» (0–7)	4,93 ± 1,57	4,13 ± 1,89	<0,001	4,70 ± 1,24	4,40 ± 1,54	0,099	406,5	0,515
«Авторитарна гіперсоціалізація» (0–7)	4,30 ± 1,29	3,63 ± 1,38	<0,001	4,07 ± 1,26	4,03 ± 1,33	0,819	389,0	0,357
«Маленький невдаха» (0–8)	3,47 ± 1,61	2,27 ± 1,82	<0,001	3,27 ± 1,70	3,27 ± 1,86	1,000	312,0	0,039

Сумарний показник батьківської компетентності в ЕГ зріс з 40,37 до 53,50 бала ($p < 0,001$), у КГ – з 42,73 до 43,83 ($p = 0,023$). Після експерименту різниця між групами статистично значуща, а величина ефекту – велика ($U = 141,0$; $p < 0,001$; $r = 0,59$). Найбільше зріс показник субшкали «Розмова з дитиною про пережите» – з 12,73 до 17,80 бала, тобто саме того вміння, яке на констатувальному етапі було найслабшим і яке батьки визначили як найбільш значущу потребу. Значуще зросли також показники розпізнавання емоційних станів дитини (з 14,30 до 18,37) і саморегуляції у взаємодії з дитиною (з 13,33 до 17,33).

За ОБС в ЕГ зросли показники шкал «Прийняття» (з 21,90 до 24,87) і «Кооперація» (з 4,87 до 6,40) та знизилися показники шкал «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація» і «Маленький невдаха» (усі зміни значущі, $p < 0,001$). У КГ значущих змін за шкалами ОБС не виявлено. Після експерименту ЕГ і КГ значуще відрізняються за шкалами «Прийняття» ($p = 0,040$), «Кооперація» ($p < 0,001$) і «Маленький невдаха» ($p = 0,039$). За шкалами «Симбіоз» і «Авторитарна гіперсоціалізація» відмінності між групами не значущі ($p = 0,515$ і $p = 0,357$). Отже, батьки ЕГ стали більше цікавитися справами дитини, довіряти їй і вірити в її спроможність. Тенденція до гіперопіки зменшилася, але потребує тривалішої роботи: у ситуації тривалої загрози прагнення тримати дитину поруч має реальні підстави.

Розподіл за рівнями за освітньо-компетентнісним критерієм в ЕГ змінився так: високий рівень – з 6,7 % до 66,7 %, середній – з 46,7 % до 20,0 %, низький – з 46,7 % до 13,3 %. У КГ після експерименту високий рівень мають 10,0 %, середній – 43,3 %, низький – 46,7 % батьків ($\chi^2 = 20,70$; $p < 0,001$).

Результати за *соціально-ресурсним критерієм* подано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Динаміка показників соціально-ресурсного критерію в ЕГ і КГ, M ± SD

Показник	ЕГ до	ЕГ після	p (T)	КГ до	КГ після	p (T)	U після	p (U)

Показник	ЕГ до	ЕГ після	p (T)	КГ до	КГ після	p (T)	U після	p (U)
Сприймана соціальна підтримка, MSPSS, загальний бал (1–7)	4,01 ± 0,50	4,93 ± 0,55	<0,001	4,00 ± 0,50	4,11 ± 0,61	0,068	146,5	<0,001
– підтримка родини (1–7)	4,53 ± 0,80	5,33 ± 0,86	<0,001	4,33 ± 0,72	4,33 ± 0,88	0,969	187,0	<0,001
– підтримка друзів (1–7)	3,33 ± 0,78	4,53 ± 0,93	<0,001	3,66 ± 0,79	3,87 ± 0,90	0,021	283,0	0,013
– підтримка значущих інших (1–7)	4,16 ± 1,02	4,94 ± 1,12	<0,001	4,00 ± 0,98	4,13 ± 1,02	0,103	275,0	0,010
Анкета «Мої ресурси та послуги» (0–24)	9,10 ± 3,49	15,87 ± 3,81	<0,001	9,23 ± 3,36	10,63 ± 3,74	0,001	144,0	<0,001

За результатами повторної діагностики загальний показник сприйманої соціальної підтримки (MSPSS) в експериментальній групі зріс із 4,01 до 4,93 бала ($p < 0,001$), тоді як у контрольній групі зміни були статистично незначущими (із 4,00 до 4,11 бала; $p = 0,068$). Найвиразнішу позитивну динаміку в ЕГ виявлено за субшкалою підтримки з боку друзів - із 3,33 до 4,53 бала. Ці зміни можна пов’язати з формуванням спільноти взаємопідтримки в межах програми. За результатами спостереження, учасники продовжували спілкування поза груповими зустрічами, організовували спільне дозвілля з дітьми, обмінювалися необхідними речами та підтримували контакти через групу в месенджері. Після завершення формувального етапу відмінності між групами за загальним показником MSPSS були статистично значущими, а величина ефекту - великою ($U = 146,5$; $p < 0,001$; $r = 0,58$).

Суттєві позитивні зміни зафіксовано й у поінформованості батьків про доступні соціальні ресурси. Середній показник за анкетою «Мої ресурси та послуги» в ЕГ зріс із 9,10 до 15,87 бала ($p < 0,001$). У контрольній групі також спостерігалося статистично значуще підвищення - із 9,23 до 10,63 бала ($p = 0,001$), що могло бути пов’язане з традиційним інформуванням щодо соціальних виплат. Водночас приріст в експериментальній групі майже вп’ятеро перевищував відповідний показник КГ. Міжгрупові відмінності після завершення програми були статистично значущими, із великою величиною

ефекту (U = 144,0; p < 0,001; r = 0,58). Практичним результатом стало розширення використання соціальних послуг: на одну родину ЕГ припадало в середньому 1,8 нової отриманої послуги. Найчастіше батьки зверталися по безоплатну правничу допомогу, оформлювали статус дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій, отримували психологічні консультації або залучали дітей до гуртків і груп підтримки.

Узагальнення результатів за соціально-ресурсним критерієм засвідчило істотне підвищення психосоціальної ресурсності учасників експериментальної групи. Частка батьків із високим рівнем зросла з 0 до 70,0 %, тоді як низького рівня після завершення програми не зафіксовано. У контрольній групі високий рівень встановлено у 16,7 % учасників, середній - у 63,3 %, низький - у 20,0 %. Відмінності між групами виявилися статистично значущими (χ^2 = 19,42; p < 0,001). Така динаміка свідчить про результативність комплексного поєднання інформаційно-консультативної підтримки, практичного сприяння отриманню послуг і розвитку соціальних зв'язків, що становили важливі складові програми «Разом до стійкості».

Узагальнений розподіл батьків за рівнями після експерименту подано в таблиці 3.5, динаміку *інтегрального показника* – на рисунку 3.2.

Таблиця 3.5

Розподіл батьків ЕГ і КГ за рівнями психосоціальної ресурсності до і після експерименту

Критерій	Рівень	ЕГ до, %	ЕГ після, %	КГ до, %	КГ після, %	χ^2; p (після)
Емоційно-психологічний	високий	3,3	60,0	6,7	10,0	16,98; <0,001
	середній	43,3	20,0	20,0	33,3	
	низький	53,3	20,0	73,3	56,7	
Освітньо-компетентнісний	високий	6,7	66,7	3,3	10,0	20,70; <0,001
	середній	46,7	20,0	43,3	43,3	
	низький	46,7	13,3	53,3	46,7	
Соціально-ресурсний	високий	0,0	70,0	0,0	16,7	19,42; <0,001
	середній	63,3	30,0	56,7	63,3	
	низький	36,7	0,0	43,3	20,0	
Інтегральний	високий	0,0	70,0	3,3	6,7	25,80;

Критерій	Рівень	ЕГ до, %	ЕГ після, %	КГ до, %	КГ після, %	χ^2; p (після)
показник	середній	56,7	20,0	40,0	50,0	<0,001
	низький	43,3	10,0	56,7	43,3	

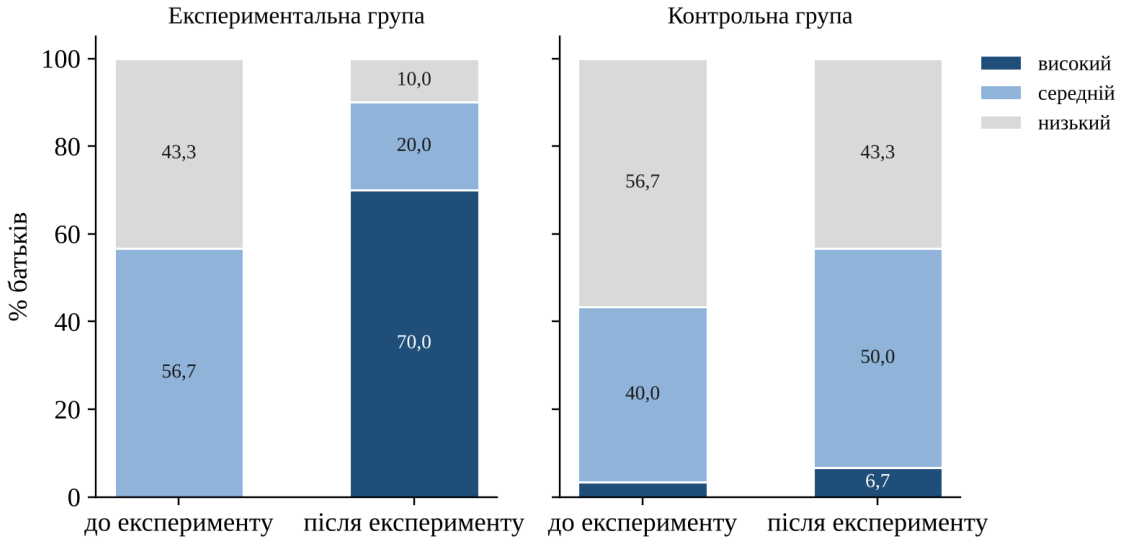

Рис. 3.2. Динаміка інтегрального рівня психосоціальної ресурсності батьків ЕГ і КГ, % (згенеровано ШІ на основі авторських матеріалів)

Порівняння інтегральних показників психосоціальної ресурсності засвідчило істотні позитивні зміни в експериментальній групі. Частка батьків із високим рівнем зросла з 0 до 70,0 %, тоді як із низьким - зменшилася з 43,3 % до 10,0 %. У контрольній групі розподіл за рівнями залишився відносно стабільним: високий рівень встановлено у 6,7 % учасників, середній - у 50,0 %, низький - у 43,3 %. Якщо до початку формувального етапу відмінності між групами не досягали статистичної значущості ($\chi^2 = 2,40$; $p = 0,302$), то після завершення програми вони стали статистично значущими ($\chi^2 = 25,80$; $p < 0,001$). Така динаміка свідчить про суттєве підвищення психосоціальної ресурсності батьків, залучених до програми «Разом до стійкості».

Кількісні результати доповнюються позитивними оцінками учасників, отриманими під час підсумкового анкетування. Зокрема, 28 із 30 батьків експериментальної групи визначили програму як корисну або дуже корисну. Найбільшу практичну цінність для них мали модулі «Розмова з дитиною про війну» та «Ресурси та стабілізація», а також можливість спілкування з людьми,

які пережили подібний досвід. Особистісне значення такої підтримки відображено у відгуках учасників: «Я вперше змогла поговорити з сином про тата, і він не плакав, а обійняв мене»; «Раніше я думала, що мені не можна бути втомленою»; «Тепер я знаю, куди йти, і не боюся просити». Водночас батьки звертали увагу на організаційні труднощі, пов’язані з браком часу та повітряними тривогами, які переривали заняття. Окремі учасники висловили зацікавленість у продовженні групових зустрічей після завершення програми, що вказує на потребу в збереженні сформованих зв’язків взаємопідтримки.

Порівняльний аналіз динаміки показників в експериментальній і контрольній групах дає підстави пов’язувати більш виражені позитивні зміни в ЕГ із впровадженням програми «Разом до стійкості». Певні покращення в контрольній групі, зокрема зниження стресового навантаження та підвищення поінформованості про соціальні послуги, могли бути зумовлені поступовою адаптацією учасників і традиційними формами підтримки, які надавав заклад. Проте їхня вираженість була значно меншою і не супроводжувалася істотними змінами в розподілі батьків за рівнями психосоціальної ресурсності. Отримані результати узгоджуються з висновками досліджень групових програм підтримки українських батьків [41; 52]. Наявність контрольної групи та застосування повторної діагностики посилюють обґрунтованість висновку про результативність програми, хоча не виключають впливу інших чинників.

Виявлені закономірності та досвід реалізації програми стали підґрунтям для розроблення *практичних рекомендацій* щодо вдосконалення соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій.

Фахівцям із соціальної роботи та соціальним працівникам рекомендовано розглядати батьків не лише як осіб, відповідальних за благополуччя дитини, а й як самостійних отримувачів соціальної підтримки. Під час оцінювання потреб родини доцільно приділяти окрему увагу психоемоційному стану та соціальним ресурсам батьків, використовуючи за належної підготовки стандартизовані скринінгові методики (PSS-10, IES-R, MSPSS). Соціальну роботу варто розпочинати з оцінювання безпеки та задоволення базових потреб, поєднуючи

групові форми підтримки з індивідуальним супроводом родин, які мають комплексні труднощі. Важливими складовими такої роботи мають бути розвиток навичок емоційної саморегуляції, навчання підтримувального спілкування з дітьми про травматичні події та налагодження механізмів перенаправлення до спеціалізованої допомоги в разі виявлення виражених посттравматичних реакцій.

Керівникам центрів надання соціальних послуг та *органам місцевого самоврядування* доцільно передбачати реалізацію групових програм підтримки батьків у межах місцевих програм соціального захисту та відповідних соціальних послуг. Для забезпечення доступності таких заходів необхідно враховувати зайнятість батьків, передбачати можливість дистанційної участі та організовувати догляд за дітьми під час зустрічей. Важливого значення набувають регулярна супервізія фахівців, профілактика професійного вигорання та налагодження міжвідомчої взаємодії із закладами освіти, охорони здоров’я, надавачами безоплатної правничої допомоги й громадськими організаціями.

Практичним психологам і педагогічним працівникам закладів освіти рекомендовано посилювати просвітницьку роботу з батьками щодо вікових особливостей реагування дітей на стрес, способів емоційної підтримки та збереження конструктивної родинної взаємодії. Доцільно використовувати батьківські зустрічі для проведення психоедукаційних заходів, а також розвивати співпрацю із соціальними службами для своєчасного виявлення потреб родин і сприяння їх залученню до відповідних програм підтримки.

Представникам громадських організацій варто сприяти розвитку батьківських спільнот взаємопідтримки, здатних продовжувати діяльність після завершення структурованих програм. Перспективним напрямом є залучення учасників, які успішно завершили програму, до організації взаємодопомоги за принципом «рівний - рівному» після відповідної підготовки та за професійного супроводу фахівців. Це сприятиме збереженню сформованих соціальних

зв’язків і розвитку доступних ресурсів підтримки на рівні територіальної громади.

Таким чином, узагальнення результатів експериментальної роботи засвідчило ефективність програми «Разом до стійкості», що підтверджується статистично значущими позитивними змінами за всіма критеріями психосоціальної ресурсності батьків. Порівняльний аналіз показників експериментальної та контрольної груп обґрунтовує доцільність поєднання психоемоційної підтримки, розвитку батьківських компетентностей і розширення доступу до соціальних ресурсів.

Висновки до третього розділу

Розроблено та впроваджено програму соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості», спрямовану на зниження стресового навантаження, розвиток батьківської компетентності та зміцнення соціальної підтримки. Програма тривалістю 12 тижнів передбачала 18 групових зустрічей та індивідуальний супровід і реалізовувалася у три етапи: вступний, основний і заключний. Основний етап охоплював шість тематичних модулів: «Розуміємо реакції на стрес», «Ресурси та стабілізація», «Розмова з дитиною про війну», «Межі, правила і підтримка в родині», «Шлях до послуг і виплат», «Піклування про себе».

Методичне забезпечення програми ґрунтувалося на поєднанні психоедукації, групових дискусій, тренінгових і стабілізаційних вправ, рольового моделювання, взаємопідтримки, індивідуального консультування та супроводу випадку. Результати контрольного етапу експерименту підтвердили результативність програми за всіма визначеними критеріями психосоціальної ресурсності. В експериментальній групі статистично значуще знизилися показники сприйманого стресу (із 23,37 до 15,77 бала) та вираженості посттравматичних реакцій (із 35,20 до 26,00 бала). Водночас підвищилися показники батьківської компетентності (із 40,37 до 53,50 бала), сприйманої соціальної підтримки (із 4,01 до 4,93 бала) та обізнаності щодо доступних

соціальних послуг (із 9,10 до 15,87 бала). Після завершення експерименту встановлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами за основними показниками ($p < 0,001$) із середньою та великою величиною ефекту. Частка батьків із високим інтегральним рівнем психосоціальної ресурсності в ЕГ зросла з 0 до 70,0 %, тоді як у КГ становила 6,7 %. На основі узагальнення результатів дослідження розроблено практичні рекомендації для фахівців із соціальної роботи, соціальних працівників, керівників надавачів соціальних послуг, органів місцевого самоврядування, педагогічних працівників, практичних психологів і представників громадських організацій щодо вдосконалення комплексної підтримки родин, які постраждали від військових дій. Перспективи подальших досліджень пов’язані з оцінюванням довготривалості досягнутих результатів, порівнянням ефективності очного та дистанційного форматів реалізації програми, а також її адаптацією до потреб батьків-військовослужбовців, ветеранів і родин, які втратили близьких унаслідок війни.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано комплексний підхід до розв'язання проблеми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій. Його основу становлять визнання батьків самостійними отримувачами соціальної підтримки, комплексне оцінювання їхніх психосоціальних потреб, розроблення та експериментальна перевірка ефективності програми «Разом до стійкості». Узагальнення результатів дослідження дало змогу сформулювати такі висновки.

1. З'ясовано сутність, особливості та чинники соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій. Встановлено, що поняття «діти, які постраждали від військових дій» має нормативно-правове визначення, закріплене в Законі України «Про охорону дитинства» та постанові Кабінету Міністрів України № 268, водночас у науковому дискурсі охоплює ширший спектр прямих і опосередкованих наслідків війни. Соціальну роботу з батьками таких дітей визначено як професійну діяльність, спрямовану на задоволення їхніх психосоціальних потреб, зниження стресового навантаження, розвиток батьківської компетентності та зміцнення соціальних ресурсів родини задля сприяння відновленню дитини й підвищення сімейної стійкості. Виявлено, що нормативно-правове забезпечення передбачає систему гарантій захисту дітей, тоді як підтримка батьків здебільшого реалізується опосередковано. До основних чинників, що ускладнюють соціальну роботу, віднесено хронічний стрес, вторинну травматизацію, втрату соціальних зв'язків, нестабільність житлових і матеріальних умов та недовіру до інституцій. Встановлено також динамічний характер психосоціальних потреб батьків, зумовлений особливостями переживання родиною наслідків війни.

Обґрунтовано теоретико-методологічні та організаційні засади соціальної підтримки родин, які постраждали від військових дій. Визначено, що її методологічну основу становлять сімейно-центрований, екосистемний і травмоінформований підходи, а організаційним підґрунтям є багаторівнева

модель психосоціальної підтримки. Систематизовано основні форми соціальної роботи: інформування та перенаправлення, супровід випадку, групи взаємопідтримки, батьківські клуби, психоедукаційні тренінги, індивідуальне консультування, дистанційні та змішані формати взаємодії. Обґрунтовано значення міжсекторальної співпраці, дотримання етичних принципів і профілактики професійного вигорання фахівців для забезпечення результативності соціальної підтримки. Водночас встановлено, що наявна практика переважно зосереджена на потребах дітей, тоді як підтримка батьків залишається недостатньо системною та комплексною.

2. Проведено діагностику психосоціальних потреб батьків дітей, які постраждали від військових дій, за трьома критеріями: емоційно-психологічним, освітньо-компетентнісним і соціально-ресурсним. Діагностичний інструментарій охоплював стандартизовані методики PSS-10, IES-R, модифікований ОБС за Р. Ронером й Е. Джерардом, MSPSS та авторські анкети. Встановлено підвищений рівень сприйманого стресу (23,4 бала за PSS-10), а у 58,3 % учасників показники посттравматичних реакцій досягали або перевищували порогове значення. Виявлено труднощі в спілкуванні з дітьми про травматичний досвід, схильність до тривожної гіперопіки, обмеженість соціальної підтримки та недостатню обізнаність щодо доступних послуг. За інтегральним показником високий рівень психосоціальної ресурсності встановлено лише в 1,7 % батьків, середній - у 48,3 %, низький - у 50,0 %. Виявлені взаємозв’язки між емоційно-психологічними, освітньо-компетентнісними та соціально-ресурсними показниками підтвердили необхідність комплексної підтримки, спрямованої на подолання взаємопов’язаних труднощів і зміцнення ресурсів родини.

3. Теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально перевірено ефективність програми соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, «Разом до стійкості». Програма тривалістю 12 тижнів передбачала 18 групових зустрічей, індивідуальне консультування та супровід і реалізовувалася у три послідовні етапи: вступний, основний, що охоплював

шість тематичних модулів, і заключний. Результати контрольного етапу засвідчили статистично значуще зниження в експериментальній групі рівня сприйманого стресу (із 23,37 до 15,77 бала) та вираженості посттравматичних реакцій (із 35,20 до 26,00 бала). Водночас підвищилися показники батьківської компетентності (із 40,37 до 53,50 бала), сприйманої соціальної підтримки (із 4,01 до 4,93 бала) та обізнаності щодо доступних соціальних послуг (із 9,10 до 15,87 бала). Частка батьків із високим інтегральним рівнем психосоціальної ресурсності зросла з 0 до 70,0 %. У контрольній групі, учасники якої отримували підтримку в межах традиційних форм соціальної роботи, позитивні зміни були менш вираженими. Статистично значущі відмінності між групами після завершення експерименту за основними показниками ($p < 0,001$) підтверджують результативність програми та обґрунтовують доцільність її застосування в практиці соціальної роботи з родинами, які постраждали від військових дій.

4. Розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій, адресовані фахівцям із соціальної роботи, керівникам надавачів соціальних послуг, органам місцевого самоврядування, практичним психологам, педагогічним працівникам і представникам громадських організацій (забезпечення комплексного оцінювання психосоціальних потреб батьків, поєднання групових форм підтримки з індивідуальним супроводом, розвиток навичок підтримувального спілкування з дітьми, підвищення доступності соціальних послуг і вдосконалення механізмів перенаправлення, супервізійна підтримка фахівців та розвитку батьківських спільнот взаємопідтримки як сталого ресурсу територіальної громади).

Перспективи подальших досліджень пов’язані з оцінюванням стійкості результатів програми, порівнянням ефективності очного та дистанційного форматів, її адаптацією до потреб різних категорій родин, постраждалих від війни, та вдосконаленням підготовки фахівців із соціальної роботи до надання комплексної психосоціальної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безпалько О. В. Соціальна робота в громаді : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2005. 176 с.

2. Zbrodska, I., Roskam, I., Dolynska, L., & Mikolajczak, M. (2022). Validation of the Ukrainian version of the Parental Burnout Assessment. Frontiers in Psychology, 13, Article 1059937. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1059937

3. Діти війни : державний портал. URL: https://childrenofwar.gov.ua (дата звернення: 12.10.2026).

4. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І. Д. Звєревої. Київ ; Сімферополь : Універсум, 2012. 536 с.

5. Євдокимова І. Соціальна робота в Україні: тенденції розвитку й проблеми в довоєнний період та в умовах війни з Росією. Соціопростір : міждисциплінарний збірник наукових праць з соціології та соціальної роботи. 2022. № 12. С. 6–13. DOI: 10.26565/2218-2470-2022-12-01

6. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.

7. Конвенція про права дитини : міжнародний документ від 20.11.1989 : ратифіковано Постановою Верховної Ради України від 27.02.1991 № 789-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021 (дата звернення: 12.10.2026).

8. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1008-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-р (дата звернення: 12.10.2026).

9. Лях Т., Лехолетова М., Петрович В., Спіріна Т. Соціально-педагогічна робота з батьками щодо підтримки ними дітей у період війни. Ввічливість. Humanitas. 2022. № 2. С. 24–30. DOI: 10.32782/humanitas/2022.2.3.

10. Нестеренко Д. Психологічна компетентність соціальних працівників у контексті війни: необхідність підготовки та перепідготовки фахівців. Соціопростір : міждисциплінарний збірник наукових праць з соціології та соціальної роботи. 2024. № 14. С. 47–58. DOI: 10.26565/2218-2470-2024-14-05.

11. Порядок взаємодії суб’єктів соціального супроводження сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 № 895. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/895-2013-п (дата звернення: 12.10.2026).

12. Порядок надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 05.04.2017 № 268. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/268-2017-п (дата звернення: 12.10.2026).

13. Порядок організації надання соціальних послуг : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 № 587. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-п (дата звернення: 12.10.2026).

14. Про введення воєнного стану в Україні : Указ Президента України від 24.02.2022 № 64/2022. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022 (дата звернення: 12.10.2026).

15. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб : Закон України від 20.10.2014 № 1706-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18 (дата звернення: 12.10.2026).

16. Про затвердження Державного стандарту соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах : наказ Міністерства соціальної політики України від 31.03.2016 № 318. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0596-16 (дата звернення: 12.10.2026).

17. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування : наказ Міністерства соціальної політики України від 02.07.2015 № 678. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0880-15 (дата звернення: 12.10.2026).

18. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 № 2402-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14 (дата звернення: 12.10.2026).

19. Про систему охорони психічного здоров’я в Україні : Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20 (дата звернення: 12.10.2026).

20. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19 (дата звернення: 12.10.2026).

21. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України від 21.06.2001 № 2558-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14 (дата звернення: 12.10.2026).

22. Про схвалення Стратегії забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2026 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.11.2024 № 1201-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1201-2024-р (дата звернення: 12.10.2026).

23. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / за наук. ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.

24. Семигіна Т. В. Робота в громаді: практика й політика. Київ : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 180 с.

25. Скільки ВПО зареєстровано в Україні: актуальні цифри та що за ними стоїть. Курс України : інформаційний портал. 27.02.2026. URL: https://kurs.com.ua/novost/1444567-skolko-vpl-zaregistrirovano-v-ukraine-aktualnie-cifri-i-chto-za-nimi-stoit (дата звернення: 12.10.2026).

26. Скнар О. Досвід створення опитувальника визначення особливостей взаємодії батьків і дітей як чинника громадянської компетентності. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2021. DOI: https://doi.org/10.32689/maup.psych.2021.3.21

26. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І. Д. Звєрєва та ін. ; за заг. ред. І. Д. Звєревої, Г. М. Лактіонової. Київ : Науковий світ, 2004. 256 с.

27. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/-нок та членів їхніх сімей. Соціальна робота та освіта. 2023. Т. 10, № 1. С. 63–77. DOI: 10.25128/2520-6230.23.1.6

28. Ти як? : Всеукраїнська програма ментального здоров'я : офіційний сайт. URL: https://howareu.com (дата звернення: 12.10.2026).

29. Чуйко О., Чернуха Н., Удовенко Ю. Соціально-педагогічні практики в умовах війни: трансформація ролей і функцій. Соціальна робота та освіта. 2026. Т. 13, № 1. С. 130–147. DOI: 10.25128/2520-6230.26.1.9.

30. Betancourt T. S., Khan K. T. The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. International Review of Psychiatry. 2008. Vol. 20, № 3. P. 317–328. DOI: 10.1080/09540260802090363.

31. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979. 330 p.

32. Bürgin D., Anagnostopoulos D., Vitiello B., Sukale T., Schmid M., Fegert J. M. Impact of war and forced displacement on children's mental health – multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. European Child & Adolescent Psychiatry. 2022. Vol. 31, № 6. P. 845–853. DOI: 10.1007/s00787-022-01974-z.

33. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24, № 4. P. 385–396.

34. Council of Europe Strategy for the Rights of the Child (2022–2027): Children's Rights in Action. Strasbourg : Council of Europe, 2022. 52 p. URL: https://rm.coe.int/council-of-europe-strategy-for-the-rights-of-the-child-2022-2027-child/1680a5ef27 (Last accessed: 12.10.2026).

35. Creamer M., Bell R., Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. Behaviour Research and Therapy. 2003. Vol. 41, № 12. P. 1489–1496. DOI: 10.1016/j.brat.2003.07.010.

36. Eltanamly H., Leijten P., Jak S., Overbeek G. Parenting in times of war: A meta-analysis and qualitative synthesis of war exposure, parenting, and child adjustment. Trauma, Violence, & Abuse. 2021. Vol. 22, № 1. P. 147–160. DOI: 10.1177/1524838019833001.

37. Figley C. R. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York : Brunner/Mazel, 1995. 268 p.

38. Gewirtz A., Forgatch M., Wieling E. Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. Journal of Marital and Family Therapy. 2008. Vol. 34, № 2. P. 177–192.

39. Gewirtz A. H., DeGarmo D. S., Zamir O. After deployment, adaptive parenting tools: 1-year outcomes of an evidence-based parenting program for military families following deployment. Prevention Science. 2018. Vol. 19, № 4. P. 589–599.

40. Herman J. L. Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York : Basic Books, 1992. 276 p.

41. Hillis S., Tucker S., Baldonado N. et al. The effectiveness of Hope Groups, a mental health, parenting support, and violence prevention program for families affected by the war in Ukraine: Findings from a pre-post study. Journal of Migration and Health. 2024. Vol. 10. Article 100251. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100251.

42. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C. et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 2007. Vol. 70, № 4. P. 283–315. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.

43. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva : IASC, 2007. 182 p.

44. Ivanova I., Obchekevych Ya., Skorenko L. Features of social work with children who are in difficult life circumstances, in wartime. Theoretical and Methodical Problems of Children and Youth Education. 2025. Vol. 29, № 1. P. 124–133. DOI: 10.32405/2308-3778-2025-29-1-124-133.

45. Karatzias T., Shevlin M., Ben-Ezra M. et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2023. Vol. 147, № 3. P. 276–285. DOI: 10.1111/acps.13529.

46. Martsenkovskyi D., Karatzias T., Hyland P. et al. Parent-reported posttraumatic stress reactions in children and adolescents: Findings from the Mental Health of Parents and Children in Ukraine Study. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2023. Advance online publication. DOI: 10.1037/tra0001583.

47. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour. 1981. Vol. 2, № 2. P. 99–113.

48. Masten A. S. Ordinary magic: Resilience in development. New York : Guilford Press, 2014. 370 p.

49. Masten A. S., Narayan A. J. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. Annual Review of Psychology. 2012. Vol. 63. P. 227–257. DOI: 10.1146/annurev-psych-120710-100356.

50. McCubbin H. I., Patterson J. M. The family stress process: The Double ABCX model of adjustment and adaptation. Marriage & Family Review. 1983. Vol. 6, № 1–2. P. 7–37.

51. Osokina O., Silwal S., Bohdanova T., Hodes M., Sourander A., Skokauskas N. Impact of the Russian invasion on mental health of adolescents in Ukraine. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2023. Vol. 62, № 3. P. 335–343.

52. Paoletti P., Perasso G. F., Lillo C. et al. Envisioning the future for families running away from war: Challenges and resources of Ukrainian parents in Italy. Frontiers in Psychology. 2023. Vol. 14. Article 1122264. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1122264.

53. Patterson J. M. Integrating family resilience and family stress theory. Journal of Marriage and Family. 2002. Vol. 64, № 2. P. 349–360.

54. Pundiev V. V. Main areas of social work in conditions of war in Ukraine. Social work in the context of accelerated social changes : proceedings of the I International Conference (Iasi, 16–17 November 2023). Iasi, 2024. P. 36–38.

55. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD : SAMHSA, 2014. 27 p.

56. Sanders M. R. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. Journal of Family Psychology. 2008. Vol. 22, № 4. P. 506–517.

57. Slone M., Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: A systematic review. Child Psychiatry & Human Development. 2016. Vol. 47, № 6. P. 950–965. DOI: 10.1007/s10578-016-0626-7.

58. Ungar M. Resilience, trauma, context, and culture. Trauma, Violence, & Abuse. 2013. Vol. 14, № 3. P. 255–266. DOI: 10.1177/1524838013487805.

59. UNICEF. War in Ukraine pushes generation of children to the brink, warns UNICEF : press release, 21 February 2023. URL: https://www.unicef.org/ukraine/en/press-releases/war-ukraine-pushes-generation-children-brink-warns-unicef (Last accessed: 12.10.2026).

60. Walsh F. Strengthening family resilience. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2016. 452 p.

61. Weiss D. S., Marmar C. R. The Impact of Event Scale – Revised. Assessing psychological trauma and PTSD / ed. by J. P. Wilson, T. M. Keane. New York : Guilford Press, 1997. P. 399–411.

62. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva : WHO, 2011. 56 p.

63. World Health Organization. Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO generic field-trial version 1.0. Geneva : WHO, 2016. 82 p.

64. World Health Organization. Doing what matters in times of stress: An illustrated guide. Geneva : WHO, 2020. 132 p.

65. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988. Vol. 52, № 1. P. 30–41.

66. Matthewson M., Burton Smith R., Montgomery I. Does the Parent–Child Relationship Contribute to Children's and Parents' Anxiety? *Journal of Relationships Research*. 2012. Vol. 3. P. 1–9. DOI: https://doi.org/10.1017/jrr.2012.2

ДЕКЛАРАЦІЯ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ТА ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ШІ

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Гуманітарно-педагогічний факультет

ДЕКЛАРАЦІЯ ЗДОБУВАЧА

Я, Гречаник Наталія Ігорівна, здобувачка НУБіП України, усвідомлюючи відповідальність за порушення академічної доброчесності, цією заявою підтверджую, що:

1. Моя магістерська кваліфікаційна робота на тему «Соціальна робота з батьками дітей, які постраждали від військових дій» є результатом моєї особистої праці.

2. Усі запозичення з текстів інших авторів мають відповідні посилання згідно з чинними стандартами.

3. Щодо використання інструментів ШІ (обрати необхідне):

□ Інструменти генеративного ШІ не використовувалися.

□ Інструменти ШІ ChatGPT були використані для:

□ перекладу іншомовних джерел;

□ стилістичного редагування та перевірки граматики;

□ допомоги у написанні / відлагодженні програмного коду;

□ генерування схем, моделей, таблиць.

Я розумію, що надання недостовірної інформації може призвести до скасування результатів захисту та відрахування з числа здобувачів НУБіП України.

«___» _____ 20___ р. _____ Наталія ГРЕЧАНИК
(підпис)

ДОДАТКИ

Додаток А.1

Нормативно-правове підґрунтя соціальної роботи з батьками дітей, які постраждали від військових дій

Таблиця А.1.1

Систематизація нормативно-правових актів

Документ	Положення, значущі для соціальної роботи з батьками
Конвенція ООН про права дитини (1989; ратифікована 1991)	ст. 18 – допомога батькам у виконанні обов'язків з виховання; ст. 39 – відновлення і реінтеграція дитини – жертви збройних конфліктів [7]
Стратегія Ради Європи з прав дитини (2022–2027)	захист дітей у кризових ситуаціях, підтримка батьківства [34]
Закон України «Про охорону дитинства»	визначення дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій; гарантії психологічної реабілітації, соціальних послуг [18]
Закон України «Про соціальні послуги»	шкода внаслідок бойових дій, збройного конфлікту, окупації – чинник складних життєвих обставин; перелік і порядок надання послуг [20]
Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»	засади соціальної роботи з сім'ями, суб'єкти, повноваження [21]
Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб»	права внутрішньо переміщених осіб на соціальну підтримку, житло, освіту, медичну допомогу [15]
Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні»	багаторівнева система психосоціальної підтримки, роль немедичних фахівців [19]
Постанова КМУ від 05.04.2017 № 268	порядок надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів [12]
Постанова КМУ від 01.06.2020 № 587	порядок організації надання соціальних послуг, оцінка потреб [13]
Постанова КМУ від 21.11.2013 № 895	взаємодія суб'єктів соціального супроводження сімей [11]
Накази Мінсоцполітики № 678 (2015) і № 318 (2016)	державні стандарти соціальних послуг консультування і соціального супроводу [16; 17]
Концепція розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року	пріоритет розвитку послуг у громаді, міжсекторальна взаємодія [8]
Стратегія забезпечення права кожної дитини на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки	підтримка сімей з дітьми, запобігання влаштуванню дітей поза сім'ю [22]

Додаток Б.1

Анкета «Мої ресурси та послуги»

Інструкція. Шановні батьки! Позначте, будь ласка, варіант відповіді, який найбільше відповідає вашій ситуації. Анкета анонімна, результати використовуються лише в узагальненому вигляді.

Варіанти відповіді на кожне запитання: **0** – не знаю про таку можливість; **1** – знаю, але не користувався(-лася); **2** – знаю і користувався(-лася) / беру участь.

1. Порядок оформлення статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів.

2. Соціальні виплати для внутрішньо переміщених осіб і родин з дітьми.

3. Послуги центру надання соціальних послуг (консультування, соціальний супровід).

4. Безоплатна правнича допомога (документи, житло, майнові питання).

5. Психологічна підтримка для дорослих (не лише для дітей), зокрема в межах програми «Ти як?».

6. Психологічна підтримка для дитини в закладі освіти або в громаді.

7. Медичні послуги сімейного лікаря щодо стану сну, тривоги, втоми.

8. Гуманітарні програми (продуктові, речові набори, ваучери).

9. Гуртки, секції, творчі заняття для дитини в громаді.

10. Групи взаємопідтримки, батьківські клуби.

11. Громадські організації, які допомагають родинам, постраждалим від війни.

12. Участь у житті громади (волонтерство, громадські заходи, релігійна спільнота тощо).

Обробка результатів. Сума балів: 0–8 – низький, 9–16 – середній, 17–24 – високий рівень поінформованості та залученості до ресурсів.

Додаток Б.2

Анкета для батьків «Потреби родини»

1. Хто з членів вашої родини зараз проживає разом з вами? _____

2. Вік дитини (дітей): _____

3. Що з пережитого вашою родиною найбільше впливає на ваше життя зараз (можна кілька): □ переміщення □ перебування в зоні бойових дій / окупації □ втрата або пошкодження житла □ розлука з членом родини □ служба члена родини у війську □ поранення / загибель близьких □ інше: _____

4. Оберіть ТРИ потреби, які є для вас найважливішими зараз: □ житло, фінанси □ робота □ документи, статус дитини, правова допомога □ інформація про послуги і виплати □ як говорити з дитиною про війну, втрати, розлуку □ як допомогти дитині впоратися зі страхом, тривогою, поведінкою □ навчання, адаптація дитини в закладі освіти □ мій власний емоційний стан, сон, втома □ спілкування з людьми з подібним досвідом □ відпочинок, час для себе □ інше: _____

5. Що зараз найбільше допомагає вам триматися? _____

6. Яка допомога була б для вас найкориснішою найближчим часом? _____

7. Який формат зустрічей вам зручніший: □ очний □ онлайн □ змішаний. Зручний час: □ ранок □ день □ вечір □ вихідні.

8. Чи потрібен вам догляд за дитиною на час зустрічей? □ так □ ні

Додаток Б.3

Анкета батьківської компетентності (авторська)

Інструкція. Оцініть, наскільки кожне твердження стосується вас: 1 – зовсім не про мене; 2 – скоріше не про мене; 3 – частково; 4 – скоріше про мене; 5 – повністю про мене.

Субшкала «Розпізнавання емоційних станів дитини»

1. Я помічаю, коли моя дитина стривожена, навіть якщо вона про це не говорить.

2. Я розумію, які зміни в поведінці дитини можуть бути реакцією на стрес.

3. Я відрізняю примхи дитини від проявів страху чи втоми.

4. Я знаю, що допомагає моїй дитині заспокоїтися.

5. Я можу назвати почуття дитини і допомогти їй їх висловити.

Субшкала «Розмова з дитиною про пережите»

6. Я можу говорити з дитиною про війну зрозумілою для її віку мовою.

7. Я не уникаю запитань дитини про те, що сталося з нашою родиною.

8. Я знаю, як розповісти дитині про складні події (втрату, розлуку) правдиво і безпечно.

9. Під час розмови про пережите я можу зберігати спокій.

10. Моя дитина звертається до мене зі своїми страхами і запитаннями.

Субшкала «Саморегуляція і стабілізація у взаємодії з дитиною»

11. Коли я відчуваю сильну тривогу, я знаю, як себе заспокоїти.

12. Я можу не зриватися на дитину, навіть коли дуже втомлений(-на).

13. Я знаю прості вправи, які можемо робити разом з дитиною під час тривоги.

14. У нашій родині є правила і ритуали, які допомагають почуватися в безпеці.

15. Я дбаю про власний відпочинок, щоб мати сили для дитини.

Обробка результатів. Сума балів за кожною субшкалою – від 5 до 25; загальна сума – від 15 до 75: 15–39 – низький, 40–57 – середній, 58–75 – високий рівень батьківської компетентності.

Додаток В.1

Сценарій заняття «Розмова з дитиною про війну» (модуль 3, зустріч 8)

Мета: розвинути вміння батьків говорити з дитиною про травматичні події, втрати і розлуку правдиво, відповідно до віку і безпечно для обох.

Тривалість: 90 хв. **Матеріали:** картки з дитячими запитаннями, пам'ятки «Як говорити з дитиною про складне», фліпчарт, маркери.

Хід заняття

1. Вітання і стабілізація (10 хв). Коло «Одне слово про мій тиждень». Дихальна вправа «Квадратне дихання» (4 цикли).

2. Актуалізація (10 хв). Повернення до домашнього завдання попередньої зустрічі: «Яке запитання дитини про війну було для вас найважчим цього тижня?» Відповіді записуються на фліпчарт без обговорення.

3. Міні-лекція «Чотири опори складної розмови» (15 хв). Правда, дозована відповідно до віку («ми не вигадуємо, але й не розповідаємо всього»); увага до почуттів дитини, а не лише до фактів; спокій дорослого як головне повідомлення («я поруч, ми впораємося»); готовність повертатися до теми. Приклади формулювань для дошкільників, молодших школярів і підлітків. Типові помилки: «тато у відрядженні», «не думай про це», «не плач».

4. Робота в трійках «Батьки – дитина – спостерігач» (30 хв). Кожна трійка отримує картку із запитанням дитини (наприклад: «Тато повернеться?», «Чому ми не можемо поїхати додому?», «А нас теж можуть убити?»). Учасники по черзі виконують ролі. Спостерігач фіксує, що допомогло «дитині» відчути безпеку. Після кожного раунду – обговорення і зміна ролей.

5. Групове обговорення (15 хв). Що було найважче? Які слова спрацювали? Ведучий наголошує, що «ідеальних» відповідей немає, а важливіші за слова – тон, присутність і обійми.

6. Завершення (10 хв). Вправа на стабілізацію «П'ять речей, які я бачу». Домашнє завдання: обрати спокійний момент і поговорити з дитиною за алгоритмом «запитай – вислухай – назви почуття – дай коротку правдиву

відповідь – запевни в підтримці». Нагадування про можливість індивідуальної консультації.

Застереження для ведучого: не пропонувати учасникам детально розповідати про власні травматичні події; мати план підтримки на випадок гострої реакції учасника; після заняття бути доступним для індивідуальної розмови.

Додаток В.2

Сценарій заняття «Ресурси та стабілізація» (модуль 2, зустріч 5)

Мета: ознайомити батьків із техніками саморегуляції та навчити застосовувати їх самостійно і разом з дитиною.

Тривалість: 75 хв. **Матеріали:** аркуші «Коло ресурсів», роздруківки з описом вправ, м'які м'ячики, аудіозапис спокійної музики.

Хід заняття

1. Вітання (5 хв). Коло «Що сьогодні дало мені сили?».

2. Психоедукація «Вікно толерантності» (15 хв). Пояснення станів надмірного збудження (тривога, гнів, паніка) і зниженого збудження (оніміння, апатія, «відключення»). Як стрес звужує «вікно» і як стабілізація допомагає до нього повернутися. Зв'язок зі станом дитини: спокій дорослого «позичається» дитині.

3. Практикум (35 хв). Відпрацювання вправ з обговоренням відчуттів після кожної: «Квадратне дихання» (вдих – затримка – видих – затримка на 4 рахунки); заземлення «5–4–3–2–1» (п'ять речей бачу, чотири чую, три відчуваю тілом, дві відчуваю на запах, одну – на смак); «Обійми метелика»; прогресивна м'язова релаксація (скорочений варіант); «Безпечне місце» (візуалізація). Для кожної вправи – варіант для гри з дитиною (наприклад, «надуваємо повітряну кульку» замість дихальної вправи для дошкільника).

4. Індивідуальна робота «Моє коло ресурсів» (15 хв). Учасники заповнюють аркуш із секторами «тіло», «люди», «справи», «місця», «переконання», «спогади» і складають особистий план «Що я роблю, коли…» (сирена, погані новини, безсоння).

5. Завершення (5 хв). Вибір однієї вправи для щоденного виконання впродовж тижня разом із дитиною.

Додаток В.3

Індивідуальні показники діагностики батьків ЕГ і КГ (констатувальний і контрольний етапи)

Таблиця В.3.1

Індивідуальні показники батьків експериментальної групи

№	PSS-10 до	PSS-10 після	IES-R до	IES-R після	Компет. до	Компет. після	MSPSS до	MSPSS після	Ресурси до	Ресурси після
1	16	6	31	18	54	65	3,67	4,83	13	23
2	32	19	53	45	30	39	3,67	4,58	12	17
3	26	21	39	38	39	52	4,17	4,92	11	19
4	18	7	24	16	48	64	4,75	5,50	9	16
5	15	12	30	19	38	50	3,58	4,17	11	19
6	22	12	40	32	27	46	3,58	4,42	12	20
7	21	12	32	21	44	57	4,67	5,58	16	24
8	16	9	32	23	39	52	4,00	5,33	5	14
9	23	14	32	23	43	60	4,58	5,25	4	13
10	22	14	31	23	46	55	4,58	5,33	13	19
11	21	17	24	18	44	55	4,42	5,17	5	12
12	36	28	56	47	25	36	2,92	4,08	7	14
13	21	12	40	29	42	48	4,17	5,17	9	14
14	28	18	32	18	46	60	3,92	5,00	7	14
15	23	21	27	11	41	53	4,08	5,17	11	19
16	15	6	27	16	45	58	4,00	4,75	12	16
17	7	0	26	21	56	68	4,75	5,75	10	17
18	18	9	33	22	40	50	4,25	5,50	7	8
19	23	15	31	25	42	57	4,33	4,75	11	17
20	40	34	65	53	29	42	3,33	4,25	2	11
21	29	19	39	33	36	52	4,08	5,00	12	18
22	22	22	33	25	45	56	4,50	5,42	11	18
23	27	22	26	12	40	53	4,00	4,92	6	13
24	31	26	48	41	37	48	3,83	4,33	4	11
25	22	17	34	32	44	58	4,25	5,25	9	15
26	23	18	30	22	53	72	4,00	4,92	14	22
27	24	15	26	22	35	47	3,83	5,75	9	14
28	27	17	44	24	35	46	3,00	3,50	4	10
29	24	14	34	26	43	62	4,25	5,25	11	14
30	29	17	37	25	25	44	3,08	4,17	6	15

Таблиця В.3.2

Індивідуальні показники батьків контрольної групи

№	PSS-10 до	PSS-10 після	IES-R до	IES-R після	Компет. до	Компет. після	MSPSS до	MSPSS після	Ресурси до	Ресурси після
1	19	17	33	27	48	49	4,08	4,33	11	13
2	21	24	27	26	46	45	4,50	4,50	10	11
3	21	19	39	41	44	46	4,42	4,42	8	7
4	21	21	39	33	47	46	3,50	3,75	12	16
5	27	26	32	28	44	46	4,00	3,83	11	11
6	19	16	29	26	52	47	4,67	4,50	8	11
7	23	20	39	37	44	43	4,08	4,17	13	13
8	27	26	42	39	36	36	3,17	3,25	13	14
9	20	17	36	32	42	43	3,67	3,75	15	18
10	30	30	45	41	40	37	3,00	2,83	7	9
11	17	17	44	41	47	50	3,67	3,75	16	16
12	38	37	55	61	37	34	3,83	4,25	5	6
13	26	21	33	31	48	50	4,58	5,33	12	9
14	20	18	11	7	46	49	3,83	3,92	10	12
15	26	26	51	43	40	43	4,08	4,08	7	6
16	21	19	42	30	44	45	5,00	4,83	6	5
17	24	20	45	43	38	34	3,92	3,83	7	11
18	29	31	43	40	35	40	3,83	3,58	6	9
19	25	24	45	47	41	45	4,17	3,33	9	12
20	23	18	35	34	38	41	3,50	3,50	9	11
21	26	26	44	38	31	32	3,17	3,25	5	10
22	23	21	21	19	37	41	4,50	5,17	3	2
23	21	22	47	46	44	47	3,33	4,08	9	9
24	31	28	36	25	43	45	4,50	5,08	8	12
25	24	22	42	45	47	49	3,67	3,75	16	17
26	20	22	29	31	36	39	4,17	4,17	6	5
27	20	22	39	40	44	46	4,08	4,33	5	9
28	20	16	32	26	51	52	4,25	4,33	9	12
29	20	18	24	23	48	48	3,92	4,17	9	9
30	21	16	30	25	44	47	4,83	5,17	12	14

Додаток В.4

Схема «Етапи програми „Разом до стійкості“»

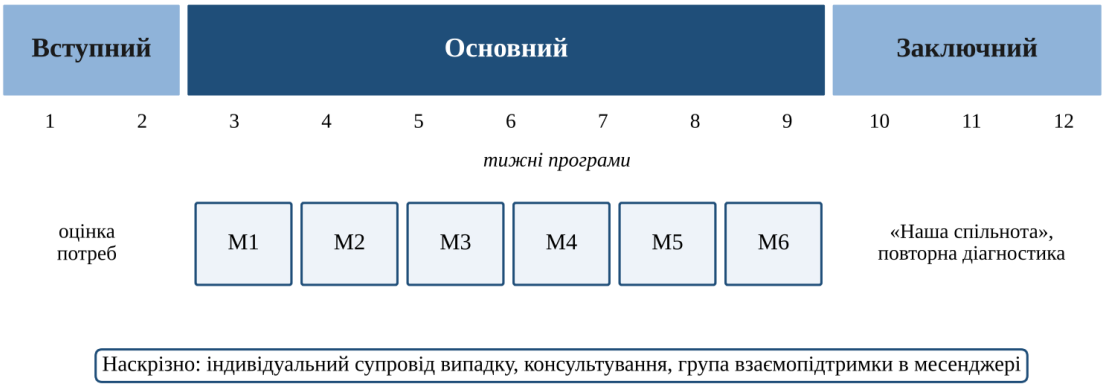

Рис. В.4.1. Етапи програми «Разом до стійкості»

М1 – «Розуміємо реакції на стрес»; М2 – «Ресурси та стабілізація»; М3 – «Розмова з дитиною про війну»; М4 – «Межі, правила і підтримка в родині»; М5 – «Шлях до послуг і виплат»; М6 – «Піклування про себе».