

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ТАВРІЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**імені В. І. ВЕРНАДСЬКОГО**

Кафедра психології, соціальної роботи та педагогіки

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти

БАКАЛАВР

на тему:

**«Особливості супроводу процесу психологічної реабілітації  
молодших школярів в умовах війни»**

Студентки 4 курсу групи 41

Спеціальності 053 «Психологія»

Вацик Анастасії Валеріївни

Науковий керівник: Дробот Ольга Вячеславівна

професор кафедри психології, філософії та суспільних наук

доктор психологічних наук

Національна шкала \_\_\_\_\_

Кількість балів: \_\_\_\_\_ Оцінка: ECTS \_\_\_\_\_

Київ – 2024

## АНОТАЦІЯ

### **Вацик А.В. Особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.**

У роботі досліджується складові супроводу процесу психологічної реабілітації на прикладі молодших школярів в умовах війни. На основі теоретичного аналізу психологічної літератури по даній проблемі, визначено поняття реабілітації, її аспектів та концепції. Також проведено емпіричне дослідження на вибірці молодших школярів. У дослідженні було визначено особливості супроводу процесу психологічної реабілітації. Досліджено вплив соціально-психологічної адаптації на навчальну діяльність, самооцінку, цінності. Обґрунтовано використання програми психологічного супроводу, спрямованого на зниження рівня дезадаптованості дітей та розроблено практичні рекомендації батькам.

*Ключові слова:* реабілітація, дезадаптованість, адаптація, супровід, школярі, місцеві мешканці, внутрішньо переміщені особи (ВПО).

## SUMMARY

### **Vatsyk A.V. Features of support for the process of psychological rehabilitation of junior schoolchildren in wartime.**

The paper examines the components of the support of the process of psychological rehabilitation on the example of junior schoolchildren in the conditions of war. On the basis of the theoretical analysis of the psychological literature on this problem, the concept of rehabilitation, its aspects and concepts are defined. An empirical study was also conducted on a sample of primary school students. The study identified the features of supporting the process of psychological rehabilitation. The influence of socio-psychological adaptation on educational activities, self-esteem, and values is studied. The use of the program of psychological support aimed at reducing the level of maladaptation of children is substantiated and practical recommendations for parents are developed.

*Keywords:* rehabilitation, deprivation, adaptation, support, schoolchildren, local residents, internally displaced persons (IDPs).

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	7
1.1. Проблема психологічної реабілітації у молодшому шкільному віці.....	7
1.2. Особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.....	18
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I.....	36
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	37
2.1. Організація та методи проведення дослідження.....	37
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.....	40
2.3. Обґрунтування використання програми психологічного супроводу, спрямованого на зниження рівня дезадаптованості дітей як практичних рекомендацій.....	52
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II.....	58
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	62
ДОДАТКИ.....	67

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Повномасштабне вторгнення РФ на територію України змусив переглянути механізми для проведення психологічної реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які пережили травму внутрішньо переміщеної особи та особи, яка постраждала внаслідок бойових дій. Особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни є їхня адаптованість до нових умов поселення, що характеризується здатністю особистості задовольняти свої потреби у тій чи іншій ситуації в конкретному середовищі. Зазначимо, що на процеси адаптації впливають соціальні установки, ціннісно-мотиваційні утворення, стратегії поведінки дітей вимушених переселенців, сприйняття, відповідність самооцінки. Процес психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни має відбутися без втрати власної індивідуальності, а лише як відповідність суспільно регламентованої поведінки та інтересів і ціннісних орієнтацій.

Складність проблеми вимагала комплексного підходу фахівців різних психологічних галузей. Відомими є праці: І. Трубавіної, Є. Сухіної, І. Зверевої, О. Безпалько, С. Харченка, О. Вороніна, Т. Семигіна, О. Григоренко, Л. Мельник. Значний внесок зробили зарубіжні вчені: Ж.Б. Ламарк, У. Кеннон, Г. Сельє, І.Г. Гердер, Ж. Піаже, Г. Спенсер, Л. Філіпс, Т. Шибутані присвятили свої доробки соціально-психологічному аспекту адаптації. У їх змісті акумульовано національний та міжнародний досвід з цього питання. Але менше уваги приділяється питанню психологічної допомоги дітям, які отримали психологічну травму внаслідок бойових дій.

**Об'єкт дослідження** – психологічна реабілітація молодших школярів в умовах війни.

**Предмет дослідження** – особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.

**Мета** дослідження полягає у вивченні особливостей супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.

Для досягнення мети дослідження поставлено такі **завдання**:

- провести теоретичний аналіз наукової літератури з проблематики дослідження проблеми супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни;
- визначити особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни;
- вивчити детермінанти та показники соціально-психологічної адаптації;
- дослідити вплив соціально-психологічної адаптації на навчальну діяльність, самооцінку, цінності;
- обґрунтування використання програми психологічного супроводу, спрямованого на зниження рівня дезадаптованості дітей та розроблення практичних рекомендації батькам для психологічного супроводу дітей

З метою досягнення мети дослідження, розв'язання поставлених завдань та перевірки правомірності сформульованої гіпотези використано комплекс теоретичних і емпіричних методів.

**Теоретичні методи:** вивчення, аналіз та узагальнення; синтез, порівняння, моделювання, систематизація даних.

**Емпіричні методи дослідження:** анкетування, тестування, бесіди, спостереження; моделювання; експеримент; оцінка результатів експерименту.

**Методичний інструментарій дослідження:** методика «Школа звірів», методика «Дерево Лампенів» автора Д. Лампена. У вітчизняній психології вона була адаптована Л.П. Пономаренко. Методика «Опитувальник для вивчення рівня адаптації дитини до школи», розроблений Л. Ковальновою та Н. Тарасенко. Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокича застосовувалась з метою вивчення ціннісно-мотиваційної сфери школярів, оскільки система ціннісних орієнтацій визначає основу світогляду, змістовну сторону спрямованості особистості і складає основу її ставлень до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду і ядро мотивації життєвої активності, і «філософії життя».

**Практичне значення** полягає в обґрунтуванні використання програми

психологічного супроводу, спрямованого на зниження рівня дезадаптованості дітей як практичних рекомендацій та визначенні практичних рекомендацій для психологів, педагогів з соціально-психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, 2 розділів, висновків, списку використаної літератури (46 позицій), кількість таблиць-1, рисунків-10, додатків-4. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 77 сторінок.

## **РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

### **1.1. Проблема психологічної реабілітації у молодшому шкільному віці**

У бурхливий розвиток людства в 20 ст. створено перелік технологічних рішень, що підвищують можливості підвищення медико-соціальної та економічної ефективності діяльності щодо збереження та зміцнення здоров'я населення. Проблема недостатньої реабілітації посідає одне з найважливіших місць у системах охорони здоров'я різних країн світу [35].

Термін «реабілітація» (реабілітація) походить від латинського слова *rehabilitatio* – відновлення, від *rehabilito* – одужання. Вперше офіційне визначення терміну «реабілітація» дав Франц Йозеф Руттер фон Бус у 1903 році в книзі «Система загального забезпечення бідних». Це означало «відновлення прав, здібностей, репутації». Медичне тлумачення поняття «реабілітація» було прийнято в 1946 році в столиці США - Вашингтоні, округ Колумбія, на нараді, присвяченій проблемам і питанням реабілітації хворих на туберкульоз, де було рекомендовано ознайомитися з терміном «реабілітація» при відновленні фізичних і духовних сил потерпілого, а також професійних навичок» [27].

У 1958 році була створена міжнародна система реабілітаційних організацій, а вже в 1960 році була заснована Міжнародна асоціація реабілітації людей з обмеженими можливостями, яка досі є членом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), тісно співпрацюючи з ООН, ЮНЕСКО та міжнародної організації для роботи.

В даний час близько 50 із 774 міжнародних громадських організацій медико-біологічного профілю зосереджують увагу на розробці різноманітних проблем реабілітації як окремого питання. Понад 4000 національних організацій у 60 країнах світу ведуть важливу роботу з впровадження реабілітаційних програм, розроблених ВООЗ.

Згідно з визначенням ВООЗ, яке вперше було розроблено в 1958 році,

реабілітація – це «...процес, основною метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання та допомога пацієнтам у досягненні максимального фізичного та розумового рівня, соціального, професійного та економічного розвитку, до якого вони здатні в межах наявної хвороби».

У 1963 році ВООЗ перевизначила проблему реабілітації як «узгоджене застосування медичних, соціальних, освітніх заходів і заходів з обмеження працездатності для досягнення максимально можливого рівня функціональної активності».

Пізніше, у 1974 році, експерти ВООЗ зазначили, що реабілітація – це комплекс медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів, спрямованих на навчання і перепідготовку людини з метою підвищення її фізичної підготовленості та максимального відновлення розумових здібностей [25].

Хоча термін реабілітація є широким, не все, що стосується інвалідності, може бути охоплено цим терміном.

Реабілітація спрямована на поліпшення індивідуальної життєдіяльності – підвищення здатності самостійно приймати їжу і пити. Реабілітація включає також внесення змін в оточення людини – наприклад, встановлення сидіння унітазу. Проте ініціативи щодо усунення бар'єрів на рівні громади, наприклад встановлення пандусу в громадських будівлях, не вважаються зусиллями з відновлення.

Реабілітація зменшує вплив широкого спектру негативних наслідків для здоров'я. Реабілітація зазвичай триває протягом тривалого часу, але може включати одне або кілька втручань індивідуальних або групових реабілітологів і може застосовуватися на гострій або ранній стадії, відразу після діагностики проблеми зі здоров'ям.

Реабілітація включає виявлення проблем і потреб людини, пов'язування проблем із відповідними особистими факторами та факторами навколишнього середовища, встановлення цілей реабілітації, планування та впровадження заходів та оцінку наслідків. Освіта людей з обмеженими можливостями має важливе значення для розвитку знань і навичок самопомоги, догляду,



управління та прийняття рішень.

Люди з обмеженими можливостями та їхні родини відчують покращення здоров'я та функціонування, коли вони є партнерами в процесі реабілітації. Сучасне розуміння реабілітації включає комплекс соціально-економічних, медичних, психолого-педагогічних, правових, професійних та інших заходів, спрямованих на швидке і повне відновлення певних фізичних функцій, соціального та особистісного статусу, які людина втратила.

Таким чином, в даний час реабілітація розглядається як набір технологічних рішень («технологія» - це застосування організованих знань для вирішення практичних завдань), які спрямовані насамперед на відновлення працездатності індивіда та його активну інтеграцію в економічні відносини. Іншими словами, найважливішим елементом ефективності соціальної реабілітації як практичної організаційної діяльності є вартість корисного суспільного продукту, виробленого особами, які поступово пройшли весь технологічний комплекс реституційної діяльності [43].

Не слід ототожнювати поняття «лікування» і «реабілітація», оскільки не кожне лікування, яке призводить до відновлення функціональних порушень, можна віднести до реабілітації.

Поняття лікування включає спробу усунути етіологічний фактор, виявити патогенетичні механізми та скласти комплекс лікувальних заходів, спрямованих на усунення захворювання та його клінічних проявів або (за відсутності лікування) спробу нормалізувати ключові фізіологічні функції, для зменшення симптомів захворювання, попередження розвитку ускладнень, прогресування хвороби та розвитку смерті.

Концепція реабілітації полягає в уникненні або зменшенні ступеня інвалідності, відновленні здатності людини працювати та брати участь у виробничому процесі, бути активним членом суспільства через систему інших скоординованих заходів.

Отже, одужання людини як особистості є основною метою реабілітації як багатопрофільної галузі охорони здоров'я. Суб'єктами реабілітації є інваліди,

інваліди, а також особи з можливими наслідками захворювання, а не тільки ті, що вже діяли. Основним предметом реабілітаційної науки і практики стало поняття «послідовність захворювання», сформульоване фахівцями різних країн з 1970-х років.

Виходячи з множинності завдань реабілітації прийнято виділяти дев'ять основних аспектів: медичний, фізичний, психологічний, педагогічний, побутовий, професійний, правовий, соціальний та економічний.

Зараз доведено, що можна класифікувати всі наслідки хвороби за такими рівнями:

- на біологічному рівні (організм);
- на психологічному рівні (індивідуальний);
- на соціальному рівні (особистість).

З переліком наслідків на кожному з цих рівнів можна ознайомитись у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

### Класифікація наслідків захворювання за рівнями

Наслідки, що визначаються на рівні організму	Наслідки, що визначаються на рівні індивідуальний	Наслідки, що визначаються на рівні особистості
Порушення структур і функцій організму: <ul style="list-style-type: none"> <li>- розумові;</li> <li>- інші психічні;</li> <li>- мовні і мовленнєві;</li> <li>- вушні (слухові і вестибулярні);</li> <li>- зорові;</li> <li>- вісцеральні і метаболічні;</li> <li>- рухові;</li> <li>- що спотворюють;</li> <li>- загального характеру.</li> </ul>	Обмеження життєдіяльності, зниження здатності: <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватно поводитися;</li> <li>- спілкуватися з оточуючими;</li> <li>- здійснювати рухи;</li> <li>- діяти руками;</li> <li>- володіти тілом;</li> <li>- доглядати за собою;</li> <li>- опанувати спеціальними навичками;</li> <li>- ситуаційне зниження здатності.</li> </ul>	Соціальна недостатність через нездатність: <ul style="list-style-type: none"> <li>- до фізичної незалежності;</li> <li>- до мобільності;</li> <li>- до занять звичайною діяльністю;</li> <li>- до отримання освіти;</li> <li>- до професійної діяльності;</li> <li>- до економічної самостійності;</li> <li>- до інтеграції в суспільство.</li> </ul>

Реабілітація - це підготовка інваліда до самообслуговування та діяльність

з організації житла інваліда відповідно до наявних обмежень життєдіяльності.

Соціальна та домашня реабілітація зосереджена на людей з обмеженими можливостями, яким бракує необхідних соціальних та домашніх навичок і які потребують повної щоденної підтримки в мікросоціальному середовищі.

Багато країн мають хороші закони та політику щодо реабілітації, але впровадження цієї політики, а також розвиток і надання регіональних і місцевих реабілітаційних послуг відстають від провідних країн.

У Сполучених Штатах федеральна система штату розроблена таким чином, що єдиний консультант з професійної реабілітації відповідає за сприяння та моніторинг прогресу людей з обмеженими можливостями на шляху до повної професійної та особистої незалежності [29].

В Японії такої системи немає. Замість цього клієнт проходить стандартний процес реабілітації – напр. перенаправлення, оцінка, планування, медичні послуги, консультування, навчання, працевлаштування, успішне закриття справи – стає обов'язком кількох установ [45].

Стало очевидним, що міжвідомча координація не завжди є оптимальною. Однак етапи залучення кожної установи можна пояснити, прив'язавши їх до безпосереднього процесу реконструкції. Нові направлення надходять через лікарні, місцеві відділення Міністерства охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Останні департаменти направляють людей з обмеженими можливостями до консультаційних центрів з питань інвалідності в кожній японській префектурі. Ці центри використовують групову оцінку для визначення характеру та ступеня інвалідності та необхідних послуг [35].

Центри надають:

- консультації;
- медичну, психологічну та професійну оцінку;
- рецепти на протезні апарати;
- мобільну консультаційну службу для осіб, які перебувають удома.

Кожна особа з обмеженими фізичними можливостями отримує посібник

із детальним описом характеру її стану та шести ступенів тяжкості. Цей рівень безпосередньо пов'язаний з послугами, які вони можуть отримати. Усі необхідні медичні та реабілітаційні послуги надає японське Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, включаючи плату за протези. Допрофесійна експертиза проводиться після одужання (за необхідності) і може тривати до року. Інтенсивна домашня оцінка є звичайною процедурою. Коли особа з обмеженими можливостями готова до професійного навчання та/або роботи, її можуть направити до ряду установ, деякі з яких підпорядковані Міністерству охорони здоров'я та соціального забезпечення, а інші – Міністерству праці. У будь-якому випадку можна отримати як освіту, так і захищену роботу. Якщо людина може жити і працювати в громаді, державні служби зайнятості та центри професійної оцінки та консультування нададуть допомогу у пошуку роботи. Послуги для психічно хворих є менш доступними і включають базову лікарняну допомогу, хоча було створено три центри психічної реабілітації [22].

Державні психіатричні клініки рідко зустрічаються в Японії. Немає закону про благополуччя психічно хворих, так само як немає закону про благополуччя людей з фізичними вадами, розумово відсталими та людей похилого віку. Як наслідок, послуги для психічно хворих є обмеженими та здебільшого інституційними.

Майже всі реабілітаційні послуги в Японії до 1967 року надавалися в установах. Інваліди, яким не пощастило потрапити в багатоквартирний будинок, не мали доступу до реабілітаційних послуг в іншому місці. Зараз лише 3% усіх людей з інвалідністю отримують допомогу в установах, тоді як 97% отримують допомогу через різні державні та приватні спільноти. Медичну допомогу та співфінансування витрат на лікування також здійснюють соціальні [46].

Доступні програми включають різноманітні заходи, такі як уроки плавання, баскетбол на візках, терапевтичні ігри та соціальні заходи. У громадах доступна низка освітніх курсів і курсів для дорослих.

Професійні послуги, доступні для людей з обмеженими можливостями,

які проживають у громаді, включають субсидоване навчання, оцінку, консультації та допомогу в працевлаштуванні. За рахунок коштів, зібраних відповідно до Закону про сприяння зайнятості інвалідів, роботодавці отримують дотацію на зміну місця роботи з метою адаптації працівників з інвалідністю та отримання першого робочого місця. Позики та гранти надаються роботодавцям, щоб забезпечити працівників доступним житлом і побудувати спортивні зали та рекреаційні заклади [21].

Люди, які потребують інтенсивної терапії, можуть розраховувати на тривале перебування в лікарні та отримувати низку медичних послуг. Навчання повсякденній діяльності є основною послугою японських закладів догляду та освіти. Для дітей це може початися з привчання до горщика, і навіть це може бути тривалим процесом. Догляд за своїми речами (включаючи прання та складання одягу) є частиною підготовки кожного клієнта. Вона включає в себе мобільність, приготування їжі, покупки, особисту гігієну, спілкування та інші навички, необхідні для самостійного життя.

Деякі готові працювати після закінчення навчання, інші потребують підвищення кваліфікації. Центри реабілітації/професійного навчання в Японії відрізняються за потужністю, тривалістю та типом навчання. Він певною мірою зосереджений на підготовці висококваліфікованих робітників і високотехнологічних галузей [40].

В Європі національні асоціації відіграють ключову роль у розвитку фізичної медицини та реабілітації. Європейські організації існують для підтримки національних асоціацій у їхніх зусиллях з розвитку економіки охорони здоров'я, професійних організацій та академічних структур у своїх країнах. Кожна європейська країна має національну асоціацію фізичної медицини та реабілітації з різними назвами та різним історичним походженням.

Завданням європейських реабілітаційних установ є гармонізація практики реабілітації та освіти в Європі та в національних суспільствах для впровадження європейських стандартів відповідно до їхнього специфічного місцевого досвіду. Проблема виникає, коли в країні багато організацій інвалідів,

і іноді важко знайти делегатів, які б представляли їх усіх. Крім того, національні компанії організовані по-різному в різних країнах: деякі мають одну компанію, яка охоплює всі аспекти (наприклад, Нідерланди).

В інших є декілька компаній (наприклад, Італія, Бельгія, Франція), які займаються науковими та професійними питаннями, або роль європейських організацій полягає у гармонізації практики та освіти в Європі та в національних суспільствах для впровадження європейських стандартів відповідно до їх конкретних місцевих вимог.

Фізична медицина та реабілітація визнаються основними послугами в кожній державі-члені Європейського простору, і ті самі принципи прийняті новими асоційованими країнами та країнами-спостерігачами.

Основна мета Національних асоціацій спеціалістів з фізичної медицини та реабілітації полягає в підтримці розвитку фізичної медицини та реабілітації та наданні належної реабілітаційної допомоги людям, які відчують або можуть відчувати себе інвалідами, підтримці розвитку спеціальностей фізичної терапії та медицини. відновлення, реабілітаційна професія та розвиток реабілітаційних послуг [34].

Місія та робота товариств соціальної реабілітації полягає в поширенні розвитку наукових знань про реабілітацію, підтримці наукових досліджень, популяризації реабілітаційної освіти та популяризації ідеї комплексної реабілітації для тих, хто її потребує, а також вдосконалення експертних кваліфікацій.

Деякі компанії мають переважно наукові та освітні цілі, пов'язані з підвищенням кваліфікації спеціалістів, інші займаються захистом професійних інтересів лікарів, визначенням компетентності лікарів, їх відносинами з іншими членами колективу, з іншими лікарями та іншими лікарями. особистий. Вони зосереджені на створенні клінічних настанов, клінічних стандартів належної практики та підтримують спеціальність у проведенні досліджень, необхідних для її подальшого розвитку.

Науково доведено необхідність надання реабілітаційних послуг у країнах

Європи. Однак існує занепокоєння щодо поточних і майбутніх незадоволених потреб у таких послугах і відмінностей у цих послугах як усередині країни, так і між країнами. Щоб розширити та зміцнити реабілітаційні послуги в рамках національних служб охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, необхідно досягти надійності ключових елементів систем охорони здоров'я, забезпечити стале стратегічне лідерство на національному та регіональному рівнях та забезпечити підготовку достатньої кількості кваліфікованого персоналу та наявність функціональних медичних інформаційних систем.

Тривалість життя людей у Європейському регіоні ВООЗ збільшується, і частка населення похилого віку зростає.

Прогнозується, що частка населення віком від 60 років зросте з 23,9% у 2025 р. до 34,2% у 2050 р., а частка населення віком від 80 років за вказаний період збільшиться з 4,7% до 10,1%.

Процес старіння неминуче супроводжується функціональними обмеженнями, включаючи хронічні захворювання, численні патології та погіршення здоров'я. Зростає кількість людей, які відчувають значні обмеження у повсякденній діяльності (наприклад, пересування по дому, купання чи душу, одягання), що матиме серйозні економічні наслідки в майбутньому.

Встановлено, що вищезгадане збільшення має досить істотний характер у віковій групі населення від 50 до 70 років у Греції, Іспанії та Італії, але, мабуть, відбувається пізніше (віком старше 70 років) у Нідерландах, Швеції та Швейцарії [21].

Реабілітація в Європі відіграє дуже важливу роль в оптимізації функціональних можливостей людей, чиї функції обмежені внаслідок травми чи хвороби, і допомагає їм продовжувати працювати.

Аналіз реабілітаційних заходів, спрямованих на повернення до роботи, підтверджує їх ефективність, незалежно від того, чи оцінювалася ефективність кількістю днів непрацездатності чи трудовим статусом.

Успішним прикладом є реабілітаційна програма, яка проводиться в Нідерландах для пацієнтів з синдромом болю в попереку. У рамках програми

було реалізовано покращення ергономіки робочого місця та поступове розширення діяльності на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії за активної участі працівників. Програма проводилася в рамках фізіотерапевтичної практики з урахуванням гігієни праці та лікарняної гігієни. У результаті час, який знадобився пацієнтам для повернення до роботи, скоротився більш ніж вдвічі, що призвело до підвищення показників функціонування через рік.

Дослідження, проведене у Фінляндії, оцінювало результати шеститижневої комплексної програми післягострої нейрореабілітації пацієнтів із черепно-мозковою травмою. Це показало, що 89% пацієнтів, які брали участь у програмі, були продуктивними (тобто працювали, навчалися або були волонтерами) порівняно з 55% пацієнтів у контрольній групі.

У 2017 році в Європі було проведено дослідження для оцінки повернення інвестицій у медичну та професійну реабілітацію, щоб допомогти працівникам повернутися до роботи після відсутності, пов'язаної з травмою. На основі даних із 5 європейських країн дослідження показало, що прибуток від кожного інвестованого євро склав 3,7 євро для роботодавців і 2,9 євро для систем соціального забезпечення. Розрахункове зростання продуктивності перевищує інвестиції в 2,8 раза. Європейський досвід показав, що інвестиції в ефективну реабілітацію приносять значні економічні вигоди, а отже забезпечують високу віддачу від інвестицій у медицину [21].

Європейська система розвитку реабілітації визначає 10 пріоритетних напрямів діяльності на національному рівні.

1. Мобілізація потужної підтримки реабілітації серед лідерів і політичних кіл на субнаціональному, національному та глобальному рівнях.

2. Удосконалити планування та надання реабілітаційних послуг на національному та регіональному рівнях.

3. Поглиблена інтеграція реабілітаційних послуг у державну структуру охорони здоров'я, зміцнення міжгалузевих зв'язків з метою швидкого та ефективного задоволення медичних потреб населення.

4. Включення комплексу реабілітаційних процедур в охорону здоров'я.



5. Створення та розвиток моделей надання комплексних реабілітаційних послуг, що забезпечують рівний доступ до якісної реабілітації не лише у великих містах, а й у сільській та віддаленій місцевості.

6. Створення мультидисциплінарного контингенту реабілітологів та експертів з урахуванням специфіки кожної європейської країни.

7. Пошук нових та розширення існуючих джерел фінансування реабілітаційних послуг шляхом залучення відповідних державних механізмів.

8. Збір відповідної інформації про реабілітацію для вдосконалення інформаційних систем охорони здоров'я, включаючи загальносистемні дані про реабілітацію та інформацію про функціональні можливості з використанням Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я.

9. Посилення дослідницького потенціалу та підвищення доступності достовірних даних з реабілітації.

10. Створення та зміцнення мереж і партнерства в наданні реабілітаційних послуг, особливо в країнах з низьким, середнім і високим рівнем доходу.

Психологічна реабілітація – комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини, спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил людини, яка перенесла психічне захворювання, до контрольного рівня, тобто здатності працювати.

Концепція психолого-соціальної реабілітації передбачає, що основою реабілітаційного процесу є психо-соціальна корекція поведінки індивідів і соціальних груп, тобто активна зміна соціального функціонування особистості через зміну внутрішньої структури «Я»-особистості. Основний акцент у рамках даної концепції робиться не на історії виникнення відхилень, а на причинах невміння використовувати соціальне середовище для досягнення соціально корисних цілей. Найчастіше використовують індивідуальні методи роботи, прийоми психотерапії, соціальної терапії.

Основне у реабілітаційному процесі – визначити, якої саме концепції дотримуватися та дібрати відповідні форми і методи роботи з клієнтом. Вибір

концепції реабілітаційного процесу залежить від соціальної ситуації клієнта, його індивідуальних особливостей, а також від індивідуального професійного стилю роботи соціального педагога.

## **1.2. Особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни**

Реабілітація – це комплекс державних і суспільних заходів, спрямованих на створення та забезпечення умов для соціальної інтеграції людини з обмеженими можливостями в суспільство, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної соціальної та сімейної діяльності шляхом орієнтації в соціальне середовище, адаптація, різні види роботодавців та соціальні служби.

Індивідуальна програма реабілітації громадянина-інваліда - це документ, який визначає види, форми та обсяги реабілітаційних заходів, оптимальні терміни їх проведення та конкретних виконавців.

Індивідуальні програми реабілітації розроблені МСЕК для дорослих та ЛКК для дітей-інвалідів. Таку програму розроблено на основі державної типової програми реабілітації людей з інвалідністю. Ці програми складаються протягом одного місяця з дня подання інвалідом або його законним представником заяви до органу медико-соціальної атестації [5].

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є рекомендаційною. Це означає, що інвалід (його законний представник) може відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів або взагалі від виконання індивідуальної програми.

Кабінет Міністрів України на засіданні 4 жовтня 2022 року вніс зміни до Порядку здійснення реабілітаційних заходів, спрямовані на розширення переліку категорій осіб, яким можуть надаватися реабілітаційні послуги. Це дозволить оперативно надати реабілітаційні послуги учасникам бойових дій та цивільним особам, які отримали поранення, каліцтва та інші захворювання в районах бойових дій, незалежно від наявності інвалідності. Прийняте рішення уряду спрямоване на підтримку як категорій мирних громадян, так і захисників,

які постраждали внаслідок повномасштабної агресії російських окупантів. Крім того, Порядком здійснення реабілітаційних заходів передбачено можливість подання необхідних документів за фактичним місцем перебування громадян, у тому числі у військовому госпіталі.

Ще однією проблемою є систематичний неправильний переклад і зловживання терміном «охорона здоров'я» як «медична допомога», починаючи з рівня законодавства, що призводить до неправильного розуміння охорони здоров'я багатьма поколіннями медичних працівників та широкої громадськості. Водночас Україна мала успадковану систему реабілітації, яка базувалася переважно на біомедичній моделі інвалідності.

Існуюче законодавство про реабілітацію в Україні досі охоплює лише осіб із підтвердженою інвалідністю (український термін «інвалідність») присвоюється після спеціальної експертизи медико-соціальних комісій (МСЕК)). Більшість реабілітаційних заходів спрямовані на компенсацію функціональних розладів і різного роду соціальну підтримку через так звані групи інвалідності.

Починаючи з 2014 року збройний конфлікт на сході України призвів до численних поранень серед військовослужбовців і цивільних осіб, що значно підвищило попит на реабілітаційні послуги.

З цих причин існуюча система «медичної реабілітації» зазнала краху, а необхідність розробки Національного плану інвалідності, здоров'я та реабілітації (НДПЗ) в Україні стала незаперечною. Уряд України (зокрема, Міністерство охорони здоров'я України; МОЗ) вирішив імплементувати принципи Глобального плану дій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо інвалідності на 2014–2021 роки (GDAP), ініціювавши технічну консультацію для підтримки розробки НДХРП в Україні. Це було проведено консультативною групою з реабілітації (RAT) Міжнародного товариства фізичної та реабілітаційної медицини (ISPRM) у 2015 році.

Місія ґрунтувалася на принципах Конвенції Організації Об'єднаних Націй (ООН) про права людей з інвалідністю та Всесвітньої доповіді про

інвалідність (WRD). Постановка цілей була взята з GDAP ВООЗ «Краще здоров'я для всіх людей з обмеженими можливостями», а місія використовувала спеціально розроблений інструмент оцінки реабілітаційних послуг (RSAT).

Основні висновки цієї місії включали відсутність основних фахівців з реабілітації в країні, біомедичний підхід до надання реабілітації, повну розбіжність у значеннях/перекладах і застосуванні міжнародної термінології, пов'язаної з реабілітацією, а також відсутність міжсекторальної координації міжоргані управління, відповідальні за надання реабілітаційних послуг.

Правова база. Назви основних реабілітаційних професій закріплено в Українському національному класифікаторі професій з метою легалізації існування таких професій в Україні. Це (з 2016 року) «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «Фізіотерапевт», «Ерготерапевт» (Зміни № 5 до Національного класифікатора, затверджені Міністерством розвитку України, наказ № 1328 від 10.08.2016); та (з 2017 р.) «Асистент фізичного терапевта» (ФФТ) та «Асистент ерготерапевта» (ЕТА) (Зміни № 6 до Національного класифікатора, затверджені Міністерством розвитку України, наказ № 1542 від 26 жовтня 2017 року). Наказом МОЗ № 2331 від 13 грудня 2018 року затверджено КХ (необхідні професійні компетенції, освітній рівень тощо) для всіх цих нових реабілітаційних професій. Наказ встановив вимоги до освітніх рівнів (інтернатура або вторинна спеціалізація (перепідготовка) для PRM, відповідні рівні магістра для РТ, ЕТ наступної спеціалізації; бакалавр або будь-які інші нижчі рівні освіти для будь-якого асистента) та компетенцій (знань і практичних навичок).

Наказом МОЗ № 446 від 22.02.2019 до Номенклатури спеціальностей лікарів (серед 124 інших спеціальностей лікарів-спеціалістів) додано назву «Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини». Це дало можливість «атестації» цього нового типу лікаря (процедура отримання офіційного визнання як певного сертифікованого лікаря-спеціаліста в Україні, який після кількох років практики може претендувати на отримання вищого статусу «лікарської

категорії»); і щоб вони були інтегровані в загальний процес безперервного професійного розвитку (НПР). У наказі також зазначено, що існуючі реабілітації «старого зразка» «Лікар лікувальної фізкультури» та «Лікар лікувальної гімнастики» забезпечать попередній персональний розрахунок стажу реабілітації (необхідний для подальших питань соціального страхування та нарахування пенсії).

Зміна до основного наказу МОЗ № 385 від 28 жовтня 2002 р. містить перелік назв робочих місць у закладах охорони здоров'я. Поправка створила окремі списки терапевтів і асистентів, а також додала PRM до списку лікарів. Це дозволило працевлаштувати PRM/PT/ET/PTA/ETA у лікарнях та інших закладах охорони здоров'я.

З 2017 року в Україні проводиться медична реформа «гроші ходять за пацієнтом», а в 2018 році була створена Національна служба здоров'я (НСЗУ) України. З 1 квітня 2020 року впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) призвело до реформування вторинного та третинного рівнів охорони здоров'я. ПМГ включає 3 пакети програм медичної реабілітації, в тому числі для дітей від 0 до 3 років, осіб із захворюваннями нервової системи та опорно-рухового апарату. На інформаційній панелі NHS також зазначено, що 211 закладів охорони здоров'я (207 муніципальних, 4 приватних) уклали контракти на нейрореабілітацію, 222 (218 муніципальних, 4 приватні) на реабілітацію опорно-рухового апарату та 63 (усі муніципальні) на реабілітацію у віці розвитку. Реабілітаційні пакети включали мінімальні вимоги до таких послуг, перелік необхідного персоналу (PRM, PT, ET, PTA, ETA тощо), базовий набір обладнання та заяву про необхідність мультидисциплінарної реабілітаційної команди, принципи постановки цілей та використання ICF.

До створення Національної служби охорони здоров'я та початку реформи охорони здоров'я кілька закладів охорони здоров'я почали надавати сучасні мультипрофесійні послуги з реабілітації у гострих та післягострих станах. Це було підтримано міжнародними сторонами: Київська обласна лікарня (Київ) – постгостра нейрореабілітація (Посольство Чехії в Україні, USAID, з 2017 р.),

Національна дитяча навчальна лікарня «ОХМАТДИТ» (Київ) – невідкладна реабілітація (Посольство Королівства Норвегії в Києві, з 2018 р.), Військово-медичний навчальний центр профпатології особового складу Збройних Сил України (м. Ірпінь, Київська область) – післягостра реабілітація (Посольство США в Україні, з 2015 р.), Військово-медичний навчальний центр Західного регіону (м. Львів)– постгостра нейрореабілітація (USAID, численні міжнародні та місцеві неурядові організації, з 2014 р.).

Протягом 10–19 грудня 2018 року офіційний представник дослідницького відділу ICF у Нотвілі, Швейцарія, провів 3 семінари ICF із підготовки тренерів та семінари для зацікавлених сторін, які формують політику, у Києві. У 3 семінарах взяли участь 77 осіб різного профілю (лікарі ФРМ, терапевти, ОТ, освітяни, співробітники ВООЗ, МОЗ та представники Української асоціації інвалідів «Група активної реабілітації»). Десять зацікавлених сторін, які займаються формуванням політики, з різних державних міністерств взяли участь у міні-семінарі ICF. Ці семінари відбулися за підтримки Швейцарської агенції з розвитку та співробітництва та Міжнародного благодійного фонду «Українська фундація громадського здоров'я».

Українські переклади матеріалів ICF та ICF-CY нещодавно увійшли до стандартних процедур ВООЗ. Усі вищезазначені досягнення спрямовані в першу чергу на те, щоб забезпечити надання цілеспрямованих реабілітаційних послуг у лікарнях, які базуються на багато професійній команді та на основі ICF, на якомога більш ранньому етапі одужання, під час гострої фази реабілітації. Інша мета полягає в тому, щоб забезпечити подальше надання післягострої інтенсивної реабілітації в стаціонарних умовах з подальшим продовженням реабілітаційних послуг, які надаються в амбулаторних закладах і з використанням реабілітаційних систем на рівні громади та вдома.

Незважаючи на значні досягнення, Україна все ще стикається з деякими проблемами в реалізації НДГРП. Типові виклики включають правові перешкоди для надання реабілітаційних послуг, потребу в подальшому навчанні фахівців з

реабілітації, впровадження МКФ та покращення життєвої ситуації людей з інвалідністю, як описано нижче.

Україна наразі стикається з двома основними законодавчими проблемами щодо надання ефективних та безпечних реабілітаційних послуг. По-перше, це зобов'язання застосовувати біомедичний підхід до всіх видів лікування в охороні здоров'я, відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», починаючи з визначення «медичної реабілітації» (стаття 355), як вид «медичної послуги включає медичні та інші заходи, спрямовані на відновлення порушених функцій організму, виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму для повернення людини до нормального життя, профілактику ускладнень і загострень захворювання», із зазначенням початкових точок медичної реабілітації: після закінчення гострого періоду захворювання, у разі вроджених вад та після визначення офіційного статусу «особиз недійсністю».

Принципи фінансування охорони здоров'я («на душу населення», «на випадок», «на одну медичну процедуру»), які зараз впроваджує Національна служба охорони здоров'я України і вносять значні зміни в існуючі «класичні» медичні послуги, абсолютно непридатні для реабілітаційної послуги з підходом «функціональна інвалідність» і принципом фінансування «за день реабілітації»/«за сеанс терапії». Другий виклик – це ліцензування. Існуюча система ліцензування в Україні включає виключно медичні професії, як-от лікарі та медичні сестри, за якими слідує вимоги до ліцензування на основі біомедицини. Тому терапевти не можуть мати ліцензії (ані офіційно працювати в закладах охорони здоров'я), а біо-психосоціальний підхід не може бути офіційно реалізований через ліцензійні вимоги (разом із заявою про необхідність надання його компонентів у PMGNHS з медичної реабілітації).

Основними принципами забезпечення якості підготовки фахівців з реабілітації є: правильна філософія реабілітаційної освіти, регулярне навчання в клінічних реабілітаційних установах, що дозволяє слухачам мати контакт з людьми з повним спектром захворювань. Усе це повинно бути уніфіковано

відповідно до стандартної навчальної програми та завершуватися практичним іспитом на випускному етапі. Перший принцип є одним з головних досягнень, тоді як інші ще будуються.

Пізнавальна активність дитини, як правило, згасає на тлі стресової реакції в ситуації нового оточення. Розвиток пізнавальної діяльності є однією з умов зниження стресу; соціальні навички дитини: під впливом нервово-психічної напруги згасають навички самообслуговування, підтримання і культивування яких допомагає подолати труднощі дитини в процесі адаптації до нових умов; мовна, рухова активність дитини знижується на тлі стресової ситуації.

Рухові реакції рідко залишаються в межах норми: або спостерігається млявість; розлади сну і апетиту супроводжують процес адаптації. Їх нормалізація свідчить про відновлення основних функціональних систем організму дитини. Починаючи з кінця першого року життя і протягом усього дошкільного віку соціальна адаптація проявляється насамперед у стосунках дитини з дорослими однолітками. Нормою рівня соціалізації малюка в кінці першого року є позитивне емоційне спілкування з усіма близькими людьми, які його оточують. На другому році життя цим рівнем є бажання дитини спілкуватися не тільки з рідними, а й з іншими дорослими. На третьому році у дітей поступово формується вміння спілкуватися як з дорослими, так і з однолітками.

Приймаючи першу соціально обов'язкову роль учня, дитина потрапляє в нові умови навчання, до яких поступово адаптується. У нашому випадку це процес шкільної адаптації. Деякі автори визначають його як активну адаптацію особистості до соціального середовища школи та школи в розрахунку на одного учня [1].

Розуміння окремих аспектів процесу шкільної адаптації та створення оптимальних умов усіма зацікавленими сторонами допоможе багатьом дітям полегшити її перебіг і усунути або полегшити виникаючі адаптаційні труднощі. Дуже важливо допомогти дітям впоратися з процесом адаптації,



оскільки невміння керувати цим процесом також може проявитися у вигляді погіршення здоров'я дитини [2].

Причини труднощів адаптації учнів до шкільного середовища можна поділити на внутрішні та зовнішні.

Внутрішні причини зумовлені переважно особистісними особливостями дитини, шкільною незрілістю (нерозвиненістю окремих структур головного мозку, нерозвиненістю нервово-психічних функцій), низьким рівнем комунікативних навичок, невмінням конструктивно працювати з учителями та однокласниками [6].

Деякі автори [7, 9] джерелом потенційних причин адаптаційних труднощів у дітей вважають нижчий рівень окремих сфер (соціально-емоційної сфери, інтелектуальної сфери, психомоторної сфери) готовності до школи. Поступова ідентифікація з роллю учня пов'язана зі збільшенням кількості нових соціальних контактів з новими однокласниками та вчителями, що потребує регуляції власного соціального простору. Цей процес є джерелом інших проблем внутрішньої адаптації. Серед учнів виявлено недостатню орієнтацію на вимоги вчителя та відсутність поваги до правил поведінки [35] невміння створити прийнятну позицію в класі непопулярність серед однокласників, невміння формувати задовільні стосунки та контакти зоднокласників і пошуку відповідної позиції в групі [43].

Зовнішні причини труднощів адаптації учня зумовлені різним характером навчального процесу; у початковій школі процес навчання має більш формальний характер порівняно з дошкільною освітою. На перший план виходять нові правила і вимоги, що визначають повсякденну діяльність вихованців. Плавне сприйняття та додання всіх змін впливає на якість процесу адаптації, що впливає на успішність дітей не лише на початку навчання в школі, а й у майбутньому.

Діти з кращою адаптивністю були здатні більш гнучко адаптуватися до нових життєвих ситуацій пізніше в житті, були більш задоволені та виявляли більшу соціальну прихильність порівняно з дітьми з нижчим рівнем

адаптації. Водночас успішність адаптації також впливає на здоровий розвиток особистості дитини [36].

Все ще існує потреба у пошуку ефективних стратегій для підтримки успішної адаптації дітей до шкільного середовища від дитячого садка та сім'ї до першого року початкової школи. Школа, яка вважається одним із критичних періодів у житті дитини [34].

Ефективність цього процесу залежатиме від рівня шкільної готовності дитини та її батьків, а також від готовності вчителя та школи. Здатність розуміти переживання та поведінку дітей вимагає певного рівня чутливості до труднощів дітей, уміння розпізнавати їх прояви та причини, а в цьому контексті й вибору відповідних стратегій підтримки дитини та її родини.

Ефективність процесу адаптації залежатиме від рівня шкільної готовності дитини та її батьків і, зрештою, від готовності вчителя та школи. За даними досліджень, вчителі з більшим стажем мають більший досвід у навчанні різних груп дітей, які вступають до першого класу початкової школи, тому можна припустити, що вони зможуть вчасно виявити сигнали труднощів адаптації учнів. Важливу роль у цьому відіграють і діагностичні компетенції вчителя. Результати деяких досліджень свідчать, що результати педагогічної діагностики вчителів у цьому напрямі співставні з висновками психіатрів і психологів, тобто вчителі можуть правильно діагностувати прояви та причини труднощів адаптації дітей.

Таким чином, можна припустити, що для вчителя-початківця відправною точкою роботи з учнями є переважно теоретичні знання, набуті під час навчання, а вчитель із більшим стажем переважно використовує набутий досвід.

Теоретичні підґрунтя та результати дослідження спонукали нас до проведення педагогічного дослідження, метою якого було з'ясувати та проаналізувати ставлення та думки вчителів початкової школи щодо причин адаптаційних труднощів нинішніх школярів та щодо можливостей їх попередження чи усунення.

«Діти є водночас нашою причиною усунути найгірші аспекти збройних конфліктів і нашою найкращою надією досягти успіху в цій справі» (Пані Граса Машел, правозахисник, колишня перша леді Мозамбіку та Південної Африки (1996). «Конвенція ООН про права дитини» (Конвенція ООН про права дитини), ратифікована майже всіма країнами світу, закріплює фундаментальні права дітей і особливо право на життя, здоров'я та розвиток, забороняє дискримінацію та закликає до мандатів захист інтересів дітей.

У пізнішій резолюції Рада Безпеки ООН прийняла Конвенцію ООН про права дитини з Факультативним протоколом до Конвенції про права дитини щодо участі дітей у збройних конфліктах і визначила, що насильство щодо дітей у збройних конфліктах становить загрозу для мир, безпека та розвиток [34]. Таким чином, розв'язання війни та військової агресії щодо дітей можна вважати порушенням основних прав дитини. З точки зору розвитку та психопатології, це може призвести до стійкого погіршення здоров'я, благополуччя та потенціалу розвитку.

Вплив на війну, життя в зонах конфлікту, втеча та вимушена міграція можуть створити або збільшити ризик широким наслідків прямих і непрямих ризиків для фізичного та психічного здоров'я, особливо для дітей та осіб, які піклуються про них, і позбавляє дітей можливостей розвитку та основних ресурси. Вплив на здоров'я дітей є наслідком фактичного насильства проти них самих та їхніх сімей, а також через неадекватне медичне обслуговування, недоїдання, інфекційні захворювання та страждання, заподіяні їхнім сім'ям [5].

Що стосується здоров'я матері та дитини, дослідження показують тенденцію до погіршення результатів, пов'язаних з вагітністю, наприклад, вищий рівень передчасних пологів серед матерів-біженок, вищий рівень мертвонароджень, дітей з низькою вагою при народженні, а також збільшення внутрішньоутробної та післяпологової смертності [5].

Глобальний тягар наслідків війни та міграції для психічного здоров'я є величезним із високим рівнем поширеності депресії та посттравматичного

стресового розладу (ПТСР) у постраждалих від війни країнах [3]. Втеча та вимушена міграція є додатковими факторами ризику для психічного здоров'я дітей, особливо для неповнолітніх без супроводу, розлучених з батьками [10].

Окрім наслідків для фізичного та психічного здоров'я, збройні конфлікти спричиняють великі витрати, оскільки базові соціальні послуги погіршуються, існуючі комунальні поділ збільшуються, місцеві економіки руйнуються, шкільне навчання порушується, а освітні можливості зменшуються [35].

У сукупності ризику, пов'язані з війною, життям у зонах конфлікту, втечею та вимушеною міграцією для дітей, є різноманітними та можуть мати вплив на фізичне, психічне, соціальне благополуччя та розвиток протягом усього життя.

У нещодавній доповіді ЮНІСЕФ «Стан дітей у світі 2021» нинішня пандемія COVID вважається вершиною айсберга психічного здоров'я, про що надто довго ігнорували.

Тягар психічного здоров'я, який лягає на дітей Європи внаслідок нещодавньої війни в Україні, є частиною айсберга, який може потопити корабель. Крім дітей, які безпосередньо постраждали від війни, всі інші діти в Європі також можуть постраждати опосередковано, оскільки ЗМІ переносять війну в кожну родину. Це додає ще один рівень незахищеності та тривоги для дітей, які вже обтяжені пандемією COVID, що супроводжується вищим рівнем тривоги та зниженням якості життя.

Таким чином, нинішня криза вимагає політичних дій і колективної участі, щоб запобігти та зменшити шкоду, завдану дітям, одночасно підтримуючи всіх, хто залучений до догляду за ними. Метою цієї редакційної статті є допомогти спрямувати підтримку психічного здоров'я молодих жертв війни через огляд прямого та непрямого тягара війни для психічного здоров'я дитини та багаторівневих, орієнтованих на потреби та травмованих підходів до відновлення та підтримкизовнішня та внутрішня безпека після травми війни.

«Не потрібно багато фантазії, щоб подумати про досвід, який мали діти, втікаючи зі своїх домівок під загрозою, спостерігаючи бойові дії та руйнування,

спостерігаючи насильницькі акти, спрямовані проти їхніх близьких, залишаючи своїх друзів і майно, маршируючи або перевозячись переповнені транспортні засоби, проведення місяців у транзитних таборах і, зрештою, знаходження тимчасового відпочинку в країні, де панує мир, поки влада вирішує, чи можна надати сім'ї дозвіл залишитися законно та на невизначений термін» - Юл [43].

Діти, які зазнали війни та втечі, демонструють широкий спектр можливих реакцій на страждання та стрес, напр. специфічні страхи, залежна поведінка, тривалий плач, відсутність інтересу до оточення та психосоматичні симптоми, а також агресивна поведінка.

Дитячі ігри також можуть постраждати, наприклад, через появу хворобливих тем, обмеження у фантазійних іграх і соціальну замкнутість [25]. Важливо розуміти, що важлива не просто «об'єктивна» природа конкретного досвіду, а те, як кожна дитина суб'єктивно сприймає, оцінює та інтерпретує цей досвід [38].

Таким чином, можуть бути величезні відмінності в реакціях дітей на стрес на те, що ззовні може здатися схожим досвідом. Крім того, важливо враховувати, що діти по-різному реагують на стрес, викликаний насильством, залежно від рівня їхнього розвитку, і що необхідно розуміти такі стресові реакції в контексті їхнього соціально-емоційного та когнітивного розвитку [25].

У сукупності стресові реакції дітей включають широкий спектр потенційних емоційних і поведінкових реакцій на різні тривожні переживання, які залежать не тільки від об'єктивного характеру досвіду, але й від суб'єктивного сприйняття дитиною.

Окрім миттєвих стресових реакцій у дітей, дослідження показують вищу поширеність певних психічних розладів серед дітей під час та після конфлікту порівняно із загальною популяцією [27]. Більшість досліджень зосереджено переважно на ПТСР як первинному результату, тоді як інші також оцінювали депресію та тривожні розлади.

Загалом численні мета-аналізи засвідчують високий тягар психічних розладів і психопатології на постраждалих від конфлікту, внутрішньо

переміщених осіб та біженців.

Мета-аналіз досліджень повідомив про 22,7% поширеності посттравматичних стресових розладів, 13,8% депресії та 15,8% тривожних розладів [34]. Ці дані викликають занепокоєння, оскільки дослідження оцінюють абсолютну кількість дітей, які постраждали від війни в період з 1989 по 2015 рік, приблизно в 400 мільйонів.

Велике психологічне навантаження на біженців підкреслює необхідність постійного догляду за психічним здоров'ям протягом і після початкового періоду переселення. Деякі дослідження показують, що поширеність психічних розладів у перші роки переселення явно збільшується лише для ПТСР, однак через 5 років після переселення показники депресивних і тривожних розладів також збільшуються.

Мета-аналіз факторів ризику посттравматичного стресового розладу у дітей показує, що передтравмові фактори та об'єктивні показники, пов'язані з самою подією, викликають лише невеликі та середні ефекти, тоді як для багатьох факторів, пов'язаних із суб'єктивним переживанням, було виявлено середні та великі розміри впливу. змінні події та посттравми, такі як низька соціальна підтримка, уявна загроза життю, соціальна самоізоляція, погане функціонування сім'ї та придушення думок [35].

Ці результати вказують на те, що перитравматичні фактори та фактори після події відіграють важливу роль у розвитку ПТСР у дітей.

У сукупності ці звіти вказують на нагальну потребу в підтримці під час і після ураження, пов'язаного з війною, а також у довгостроковій психіатричній допомозі для молодих людей і сімей, які тікають від війни та шукають притулку.

Широкі наслідки: розлука з батьками, втрата зовнішньої та внутрішньої безпеки Під час війни діти часто розлучаються з одним чи обома батьками, як видно на останніх фотографіях дітей, які тікають з матерями на українському кордоні та залишають своїх батьків. Дослідження прихильності показали згубні наслідки депривації та розлуки з батьками в різних контекстах і обставинах

[36].

Загалом дослідження виявили, що розлука батьків і дітей постійно негативно впливає на соціально-емоційний розвиток, благополуччя та психічне здоров'я дітей [38].

Іншою серйозною проблемою під час втечі від небезпеки є втрата безпечних місць для проживання з подальшим високим рівнем тривалого стресу. У рамках теорії соціальної безпеки вважається, що когнітивні схеми соціальної безпеки розвиваються в дитинстві та підлітковому віці у зв'язку з оцінкою дитиною себе, соціального світу та прогнозованого майбутнього [39].

Такі уявлення формуються реальними ситуаціями, з якими стикається дитина (наприклад, жорстоке поводження та насильство), а також наративами, які люди загалом і їхні батьки зокрема приписують таким подіям [39].

Таким чином, діти, які зазнали війни, позбавляються безпеки на багатьох рівнях, від індивідуального відчуття безпеки під час розлуки та втрати сімейного життя до перебування далеко від друзів, своїх домівок, міст, а часом навіть від своїх країн. Разом, війна має величезний вплив на дітей, починаючи від миттєвих реакцій на стрес і підвищеного ризику певних психічних розладів, депресії та тривоги – до широких наслідків розлуки з батьками та втрати безпеки.

Таким чином, досвід дітей під час і безпосередньо після війни помітно суперечить потребі та праву розвиватися в безпечному, безпечному та передбачуваному середовищі [8].

Воєнний стан в країні позначився на усіх сферах нашого життя, значних змін зазнала й освітня галузь. В складних умовах педагоги мають надавати якісні освітні послуги, організувати ефективну взаємодію між усіма учасниками освітнього процесу задля успішного виконання поставлених завдань.

В умовах воєнного стану наша країна докладася максимум зусиль для забезпечення сталості навчання та викладання, створення безпечних умов для учнів і студентів, вчителів і викладачів, підтримки тих, хто був змушений виїхати за кордон або до безпечніших регіонів України, для продовження

системних реформ на всіх рівнях освіти. Так, МОН України ухвалило ряд документів стосовно навчання в закладах загальної середньої освіти, зокрема таких: наказ МОН від 28.02.2022 № 232 щодо звільнення від проходження державної підсумкової атестації учнів, які завершували здобуття початкової та базової середньої освіти у 2021/2022 н. р., наказ МОН «Про деякі питання організації здобуття загальної середньої освіти та освітнього процесу в умовах воєнного стану в Україні» від 28.03.2022 № 274, спрямований на створення правових підстав для продовження навчання у безпечному середовищі дітей і працевлаштування педагогів, які вимушені змінити місце проживання/навчання через окупацію та активні бойові дії. Загальні питання організації освітнього процесу в закладах освіти регламентовано листом МОН «Про організацію освітнього процесу в умовах військових дій» від 06.03.2022 № 1/3371-22 та ін.

У закладах загальної середньої освіти для забезпечення безпекової ситуації на деякий час було призупинено освітній процес через загрозу життю та здоров'ю учасників освітнього процесу, масштабні руйнування освітньої інфраструктури (пошкодження приміщень закладів освіти, навчальної матеріально-технічної бази тощо), вимушене масштабне переміщення учасників освітнього процесу в межах України та за кордон, що призвело до значних втрат контингенту здобувачів освіти та педагогічного складу.

Відповідно до Закону України «Про освіту» статті 57<sup>1</sup> щодо державних гарантій в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану, зазначено, що здобувачам освіти, які в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану в Україні чи окремих її місцевостях, оголошених у встановленому порядку (особливий період) були вимушені змінити місце проживання (перебування), залишити робоче місце, місце навчання, незалежно від місця їх проживання (перебування) на час особливого періоду гарантується організація освітнього процесу в дистанційній формі або в будь-якій іншій формі, що є найбільш безпечною для його учасників [3]. Після вимушеної перерви освітній процес продовжився з використанням усіх доступних форм: онлайн (дистанційної форми навчання),



офлайн (традиційної очної форми освіти) або у змішаному режимі (поєднання традиційної очної форми освіти з дистанційною). Дистанційна форма освіти – це організація освітнього процесу із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій у зручний для здобувачів освіти спосіб і час [5].

Виклики сучасного суспільства, зокрема воєнний стан в Україні, вносять свої корективи в систему дистанційної освіти. Вона стає більш затребуваною, зростає актуальність проблем, пов'язаних з організацією навчання різних вікових груп здобувачів освіти, з вибором інтернет-платформ для організації освітньої діяльності учнів, поєднанням традиційних методів навчання зі специфічними для дистанційної освіти. Методика проведення дистанційних занять знаходиться у процесі становлення, а принципи дистанційного навчання та його особливості стали серйозними викликами для системи освіти в цілому.

В умовах воєнного часу особливістю дистанційного навчання, перш за все, є ймовірність під час онлайн-зустрічей ситуацій, коли вмикається сигнал «Увага всім! Повітряна тривога». У таких випадках слід під час онлайн уроку учителю зробити наступне:

- спокійно, без паніки повідомити учням, що оголошено сигнал повітряної тривоги;
- зазначити, що після сигналу «Відбій повітряної тривоги!» заняття продовжаться за розкладом і учням необхідно знову доєднатись до них;
- зацентувати увагу учнів фразою: «Зараз швидко йдіть в безпечне місце (укриття), яке встановлено вашою родиною»;
- запропонувати учням натиснути кнопку «вийти з конференції» та кнопку «вимкнення комп'ютера»;
- дочекатись, щоб усі учні вийшли з онлайн уроку.

При цьому викладачу необхідно зберігати спокій і бути переконливим.

В умовах воєнного часу для освітньої галузі виникло ряд серйозних проблем, зокрема:

- забезпечення повноцінного доступу до освіти українським школярам та студентам, порушення безперервності освітнього процесу;

- втрата управлінського освітнього контролю на територіях, що потрапили під тимчасову окупацію або перебувають у зоні активних військових дій,

- насильницька переорієнтація українських здобувачів освіти на російські навчальні програми, підручники, примусовий перехід на російську мову навчання тощо.

Навчальна діяльність через воєнний стан має об'єктивну складність, оскільки значна кількість школярів перебуває в нових умовах навчання, стикаючись при цьому з багатьма труднощами: новий режим життя, незнайомі люди, обстановка, нові речі, іноді відсутність нормальних побутових умов, стосунки з новими учителями та однолітками, (можливе перебування в інших країнах, нерозуміння іноземної мови), засвоєння великої кількості нової інформації, а також для частини дітей ще й перебування під час тривоги в укриттях, бомбосховищах.

Актуальною також є проблема адаптації молодших школярів до навчання.

Це питання є одним із найважливіших і складних питань, які мають розв'язати педагогічні працівники. Допомогти дитині інтегруватися в новий колектив, включити її в освітній процес, зменшити рівень стресу, не виділяти з-поміж інших учнів як «жертву», мотивувати вчитися – це лише частина роботи, яку учителі повинні виконати.

Під час будь-якого конфлікту найбільше страждає найуразливіша категорія населення – це діти, і вони зазнають значних труднощів соціального та психоемоційного характеру, пов'язаних зі зміною середовища проживання та звичного кола спілкування тощо, особливо якщо така міграція спричинена війною. Ці складні і незвичні обставини впливають на емоційну, соціальну і особистісну сфери дитини і на кожному рівні проявляються по-різному:

- на емоційному рівні дитина може відчувати підвищену тривожність, занепокоєння, страх, невпевненість, напругу, гнів чи агресію;

- на соціальному рівні – проблеми у спілкуванні з однолітками та дорослими в школі і в сім'ї, (а за кордоном – з іноземцями);

- на особистісному рівні можуть спостерігатися проблеми із самооцінкою, відсутність бажання вступати в контакт з оточуючими тощо.

Все це призводить до зниження навчальної діяльності, порушення психічного здоров'я, деформації міжособистісних відносин, розвитку невротичних станів, формування девіантних форм поведінки тощо.

Особлива увага педагогів має бути прикутою до учнів молодшого шкільного віку, які мають статус внутрішньо переміщених осіб. Встановлено, що особливі труднощі в процесі адаптації до навчання виникають у дітей, які, внаслідок активних бойових дій, стали вимушеними переселенцями, адже, окрім стресу, спричиненого війною, вони відчують складнощі через виникнення нового соціального становища. Травматичні події можуть викликати у дітей різні поведінкові особливості, почуття, які важливо відслідковувати та адекватно допомогти дитині пережити, проявити й пропрацювати їх. Це можуть бути почуття незахищеності, страх майбутнього, гнів, агресія, сором і відчуття провини, відчуженість та ізоляція від оточуючого середовища, сум. Діти молодшого шкільного віку після травми починають більше боятися, соромитися і проявляти підвищену тривожність.

Може виникнути регресивна поведінка (повернення до попередніх стадій розвитку), що включає енурез, смоктання пальця, дитячий лепет, бажання тримати постійно поряд із собою іграшку. У дітей цього віку може розвиватися втрата апетиту, скарги на болі в животі, головні болі, запаморочення. Під час напружених емоційних станів у дитини змінюється міміка, темп мовлення, з'являється метушливість, змінюється дихання, пульс, колір обличчя, можуть з'явитися сльози. Також поширені проблеми з навчанням, такі як нездатність зосередитися, відмова відвідувати школу, агресивна поведінка в школі тощо.

Отже, стикаючись із труднощами, що виникають у навчальній діяльності в умовах воєнного стану, не всі учні молодшої школи через свої особисті та інтелектуальні особливості здатні їх подолати, що і призводить до стресової ситуації. Стрес, напруга, тривожність, розлади психічного здоров'я в учнів молодшого шкільного віку заважають успішній соціалізації дітей, їх

гармонійному розвитку, перешкоджають подальшому навчанню та загальній соціально-психологічній адаптації молодших школярів.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I**

Таким чином, в даний час реабілітація розглядається як набір технологічних рішень («технологія» - це застосування організованих знань для вирішення практичних завдань), які спрямовані насамперед на відновлення працездатності індивіда та його активну інтеграцію в економічні відносини. Іншими словами, найважливішим елементом ефективності соціальної реабілітації як практичної організаційної діяльності є вартість корисного суспільного продукту, виробленого особами, які поступово пройшли весь технологічний комплекс реституційної діяльності.

Стикаючись із труднощами, що виникають у навчальній діяльності в умовах воєнного стану, не всі учні молодшої школи через свої особисті та інтелектуальні особливості здатні їх подолати, що і призводить до стресової ситуації. Стрес, напруга, тривожність, розлади психічного здоров'я в учнів молодшого шкільного віку заважають успішній соціалізації дітей, їх гармонійному розвитку, перешкоджають подальшому навчанню та загальній соціально-психологічній адаптації молодших школярів.

## РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

### 2.1. Організація та методи проведення дослідження

Війна внесла корективи в побут людей. Змінила акценти роботи практичного психолога в роботі з дитячим травматизмом. Збільшилася кількість клієнтів, які перенесли травму внаслідок війни. Запропоновану модель роботи з такими дітьми можна рекомендувати як один із варіантів надання психологічної допомоги дитині молодшого шкільного віку та членам її родини.

Більшість психологів-волонтерів, які працювали з травмованими внаслідок війни дітьми, стверджують, що вони вперше зіткнулися з післявоєнною стресовою реакцією, а розповіді дітей про реалії війни в Україні суттєво відрізняються від тих, описаних в книгах про військові події.

Існують певні труднощі у встановленні довірливого контакту фахівців з дітьми, які пережили травму внаслідок військових подій.

З метою оптимізації взаємодії лікаря, психолога, педагога, соціального працівника та дитини молодшого шкільного віку.

Важливість емпіричного виявлення факторів соціальної і психологічної адаптації дітей молодшого шкільного віку, які постраждали внаслідок воєнних подій в Україні вказується зростаюча кількість таких клієнтів для кожного практикуючого психолога. У таких умовах психологічну реабілітацію можна розглядати як складову частину медико-психологічної та загальнофізіологічної реабілітації дітей молодшого шкільного віку.

У ході роботи з дітьми, які отримали психологічну травму внаслідок війни, встановлено, що наслідки воєнних подій у дітей молодшого шкільного віку найчастіше проявляються у таких формах: втрата сенсу життя та відчуття нереальності свого існування; виникають відчуття наближення катастрофічних змін у житті; несподівана для дитини зміна сприйняття «образу Я», переживання нез'ясованого і не завжди виправданого почуття провини за свої

вчинки в пережитій психотравмуючій ситуації, в неадекватній ідеалізації цих вчинків; виникає почуття безпорадності або, навпаки, неадекватної суб'єктивної переоцінки своїх можливостей впливати на хід подій, що відбуваються в її житті; почуття відчуженості від себе, своїх близьких і свого минулого; постійне прагнення до переосмислення свого досвіду при побудові інших, оптимальних для дитини, сценаріїв подій, які мали місце, але не склалися в дійсності; бажання постійно пам'ятати те, що сталося в психотравматичній ситуації або, навпаки, небажання нагадувати про це; підвищена тривожність; підвищена психічна напруга і необґрунтована настороженість; підвищена емоційна чутливість, сентиментальність або, навпаки, знижена емоційна чутливість і уникнення тісних емоційних контактів з іншими; підвищена дратівливість, запальність і агресивність у поведінці, замкнутість; поява асоціальних тенденцій; потреба в нових гострих відчуттях, в тому числі небезпечних для життя.

Відзначимо також, що однією з основних ознак є нестійкість психіки, при якій навіть найменші негаразди чи ускладнення штовхають дитину до замкнутості чи агресії; прояв почуття провини за те, що залишився живим; ототожнення з убитим. У дітей також спостерігається ряд типових симптомів: підвищена збудливість і дратівливість; неконтрольована реакція на миттєвий подразник; фіксація на психотравмуючих обставинах; схильність до неконтрольованих спалахів реакцій на незначні подразники.

Для реалізації поставленої мети дослідження нами було обрано вибіркова сукупність та були підібрані наступні психодіагностичні та проєктивні методики.

Опис вибірки: 64 учнів перших класів, школа № 1 у місті Дніпро. З них 64% хлопців та 36% дівчат, 29% дітей шестирічного віку та 71% дітей семирічного віку.

Методика «Школа звірів». Метою проєктивної методики є виявлення наявних шкільних проблем по малюнкам учнів, що для дітей є звичним та не складним завданням. Аналізуючи малюнки можна зробити висновки щодо

труднощів, які виникли під час першого року навчання у школі.

Дану методику можна використовувати не лише під час початкового етапу адаптації дитини в навчальному закладі, але й в дещо старшому віці – під час виявлення труднощів у спілкуванні з однолітками та педагогами. Вона може проводитися як індивідуально так і у груповій формі.

Для проведення цієї методики необхідно мати лише аркуш паперу та кольорові олівці. Дитині потрібно зручно сісти, закрити очі та уявити, що вона відправилась у подорож до прекрасного лісу. У подумках вона має знаходитися на галявині, слухати шум листя та прогулюючись дійти до «Школи Звірів» [30].

Дитина має розповісти яких звірей-учнів вона бачить навколо, що вони роблять, який у них вчитель та ким вона бачить себе. Необхідно, щоб дитина розповіла які почуття вона проживає. Згодом дитина відкриває очі та малює усе те, що бачила у своїй уяві (Додаток А).

Психолог у свою чергу має звернути увагу на наступні особливості роботи учня:

- 1) Розташування зображеного малюнку на папері.
- 2) Окреслення фігур тварин, які зображені на малюнку.
- 3) Натиск олівців, штриховка, закреслення.
- 4) Присутність органів чуття у зображених тварин.
- 5) Взаємодія із іншими учнями класу.
- 6) Відносини між педагогом та учнями.
- 7) Безпосередньо сам процес навчання.
- 8) Кольорова гамма у малюнку.

Методика «Дерево Лампенів» отримала свою назву слідом за прізвищем автора Д. Лампена. У вітчизняній психології вона була адаптована Л.П. Пономаренко. Вона може використовуватися для оцінки успішності адаптації дитини на початку шкільного навчання і при переході до середньої школи. (Додаток Б).

Методика «Опитувальник для вивчення рівня адаптації дитини до школи», розроблений Л. Ковальновою та Н. Тарасенко. Метою опитувальника є

визначення коефіцієнта дезадаптації у дітей молодшого шкільного віку.

Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокича застосовувалась з метою вивчення ціннісно-мотиваційної сфери школярів, оскільки система ціннісних орієнтацій визначає основу світогляду, змістовну сторону спрямованості особистості і складає основу її ставлень до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду і ядро мотивації життєвої активності, і «філософії життя».

## **2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни**

Експериментальною роботою було охоплено 64 учнів перших класів, з них 64% хлопців та 36% дівчат, 29% дітей шестирічного віку та 71% дітей семирічного віку.

Робота з організації супроводу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни проводилася з суб'єктами виховного процесу – педагогами і батьками, дітьми, учнівським колективом.

З педагогами та батьками – шляхом підвищення рівня педагогічної та правової культури, підготовки та оволодіння технологією здійснення соціально-педагогічного супроводу. З окремими дітьми соціально-педагогічний супровід забезпечувався шляхом надання допомоги у формуванні ставлення до себе як до громадянина держави, у позитивній самореалізації в цій якості, сприянні самостійності та ініціативності у здійсненні соціально-значущої діяльності. З учнівським колективом – шляхом організації практичної соціально-значущої діяльності, сприяння вихованцям у прояві ініціативи, творчості у досягненні колективної мети, формування навичок конструктивної взаємодії мікрогруп колективу, набуття досвіду відповідального поводження у конкретних ситуаціях; засвоєння та реалізацію громадянських прав та обов'язків.

За допомогою проєктивної методики «Школа звірів» було визначено суб'єктивне переживання учнями першого класу власної адаптованості до школи. Досліджуваним було запропоновано намалювати малюнок на тему



«Школа звірів».

Загальні результати за загальною вибіркою учнів представлено на рисунку 2.1.

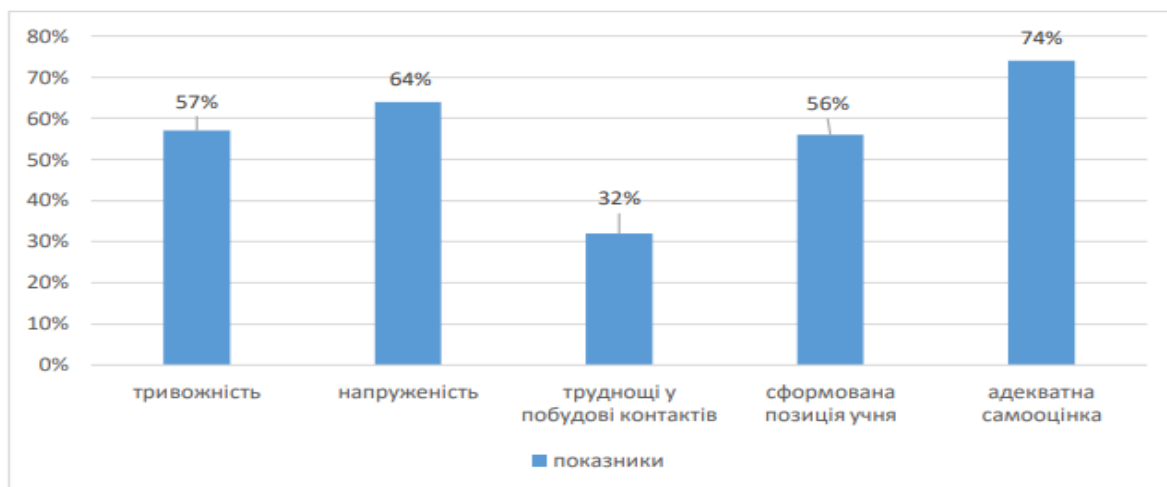


Рис. 2.1. Показники шкільної адаптації у першокласників за методикою «Школа звірів»

Отримані результати вважаємо закономірними та очікуваними для початку навчального процесу учнів першого класу. Відчуття тривоги (проявили 57%) та напруженості (64%). Це значний відсоток, на який варто звернути увагу вчителям та батькам учнів. Однак, вважаємо такі результати, здебільшого, природними, оскільки діти перебувають у нових для себе умовах. Відбувається активна відповідь організму на сукупність нових впливів, що пов'язані з систематичністю та організованістю навчання. Як раз закономірним результатом цього є тривожність та напруженість першокласників.

Труднощі у побудові контактів продемонстрували 32% дітей. Вважаємо, що у перші тижні навчання це є цілком допустимим. Успішність соціальних контактів є важливим аспектом адаптації до навчання першокласників у школі. Перші місяці навчання відбувається знайомство, і легкість встановлення контактів з іншими дітьми залежить від багатьох факторів: відкритість до спілкування, сором'язливість, замкнутість дитини, тощо.

Сформовану позицію учня продемонстрували більше половини досліджуваних (56%). Це вказує на те, що вони розуміють важливість навчального процесу, усвідомлюють правила поведінки у школі, проявляють

інтерес до навчальної діяльності. Адекватну самооцінку було визначено у 74% учнів, що вважаємо прогностично дуже хорошим показником для подальшого навчання учнів.

Аналіз результатів за методикою «Школа звірів» дозволив також простежити відмінності у рівнях адаптації учнів перших класів, в залежності від їхнього віку та статі. Кількісні дані подано у діаграмах (рис. 2.2 та 2.3)



Рис. 2.2. Показники шкільної адаптації у першокласників 6-ти річного віку за методикою «Школа звірів»

Як видно з рисунків, різниця між дітьми 6ти та 7ми років досить суттєва. Для перших особливо важко проходить соціальна адаптація. Було визначено 13% дітей із рівнем дезадаптованості та 52% із недостатньою адаптованістю. Лише 35% досліджуваних показали адаптованість за цією методикою. Такі результати вказують на наявність серйозні проблеми, яка потребує значної уваги зі сторони вчителів та батьків таких дітей.

Адже, вочевидь, дитина шестирічного віку не може з легкістю впоратись із шкільним режимом, визнати та зрозуміти шкільні правила поведінки, прийняти свої нові обов'язки. Це серйозне навантаження на дитячу психіку. Тому перші тижні та місяці у дітей можуть виникати головні білі, роздратованість, плаксивість, порушення сну, зниження апетиту.

Також часто у дітей виникають труднощі психологічного характеру: почуття страху, погане відношення до навчання, вчителя, невірне уявлення про

власні можливості.



Рис. 2.3. Показники шкільної адаптації у першокласників 7ми річного віку за методикою «Школа звірів»

Як видно з рисунку, 72% першокласників 7ми років виявили адаптованість та 28% - недостатню адаптованість. Відзначимо, що категорії дезадаптованих дітей за методикою «Школа звірів» у цих дітей виявлено не було. Отже, порівняно із шестирічними дітьми різниця значуща. Пояснюємо це тим, що вік від шести до семи років – кризовий, а кожен місяць в ньому грає важливу роль.

Також були проаналізовані показники за методикою «Школа звірів» в залежності від статі досліджуваних. Результати представлені на рисунках 2.4 та 2.5.



Рис. 2.4. Показники шкільної адаптації у хлопців першокласників за методикою «Школа звірів»

При порівнянні особливостей адаптованості першокласників хлопців та дівчат, можна констатувати, що дівчата проявили загально вищий рівень адаптованості порівняно з хлопцями. У них рівень адаптованості 80% порівняно з хлопцями, у яких – 70%, дезадаптованість проявили лиш 4% порівняно з 9% у хлопців. Недостатню адаптованість показали 16% дівчат та 21% хлопців.



Рис. 2.5. Показники шкільної адаптації у дівчат першокласниць за методикою «Школа звірів»

Підставою таких результатів можуть служити особистісні якості дівчат першокласниць, які спрямовані в більшій мірі на зовнішній світ та проявляються в гармонійних стосунках з середовищем школи.

Можна також припустити, що дівчата в більшій мірі ніж хлопці усвідомлюють свій новий статус – учня школи, вони швидше пристосовуються до багатоманітності життя у нових шкільних умовах, швидше налагоджують стосунки з вчителями та однокласниками, почувають себе більш впевнено та задоволено.

Тим не менше, хочемо відзначити, що загальний показник дезадаптованості учнів першокласників, нажаль, вищий ніж ми очікували, спираючись на проведений попередньо огляд літератури. Пояснюємо це сучасними політичними та економічними умовами, у яких опинилися сьогодні першокласники нашої країни.

Наступна методика, яка була нами використана у роботі з учнями – проєктивна методика «Дерево Лампенів». Вона дозволила нам перевірити, як

першокласники освоїлися в школі за перші місяці навчання. Методика також допомогла швидко визначити особливості перебігу адаптаційного процесу та виявити можливі проблеми дітей.

Нами були визначені деякі відмінності у результатах в залежності від вікового критерію (рис. 2.6).

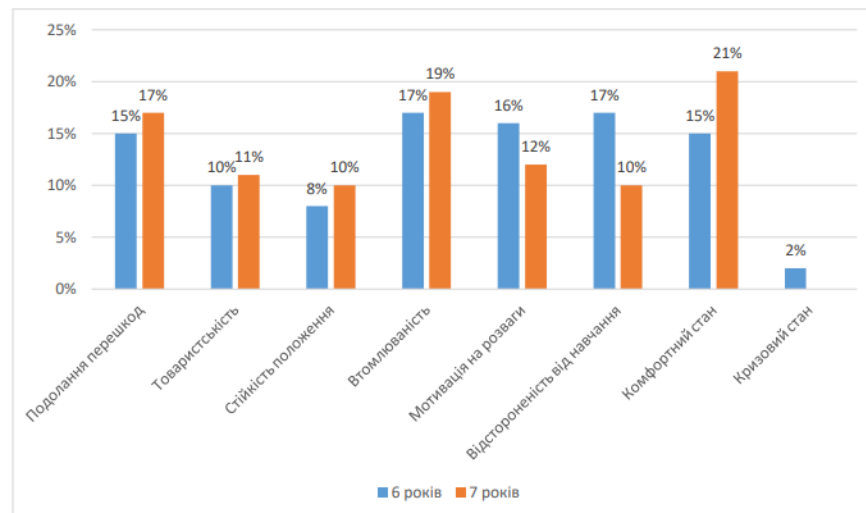


Рис. 2.6. Порівняння показників досліджуваних шести та семи років за методикою «Дерево Лампенів»

У першокласників шестирічного віку переважали такі шкали як «втомлюваність» (17%) та «відстороненість від навчання» (17%). Високий показник також отримала шкала «мотивація на розваги» (16%). Натомість, у дітей семирічного віку на перше місце виходить «комфортний стан» (21%). Щоправда, шкала «втомлюваність» також сильно виражена (19%).

«Мотивація до розваги» вища у дітей шести років порівняно з семирічними (16% та 12% відповідно), що може вказувати на те, що у старших школярів вже повністю відбувся перехід на нову провідну навчальну діяльність, в той час, як у молодших першокласників, частіше виникає бажання погратися. Для них навчальна діяльність ще не набула основного значення.

Окремо варто відзначити, що серед дітей шестирічного віку було виявлено 2% таких, яким характерний «кризовий стан». Такі діти, безумовно, потребують особливої уваги зі сторони вчителя, батьків, їм потрібна консультація психолога. Натомість серед дітей семирічного віку ця шкала

взагалі не представлена, отже, можливо їхня більш зріла психіка краще адаптувалася до нових умов шкільного середовища.

Загальна картина може вказувати на очевидну різницю в особливостях адаптації дітей шести та семирічного віку. Вважаємо, що це лиш підтверджує тезу про те наскільки важливий цей один рік для психологічної адаптації дітей до школи. При цьому старші діти, безумовно проходять весь процес адаптації набагато легше.

За методикою «Дерево Лампенів» було також визначено відмінності у різних показниках в залежності від статі учнів (рис. 2.7).

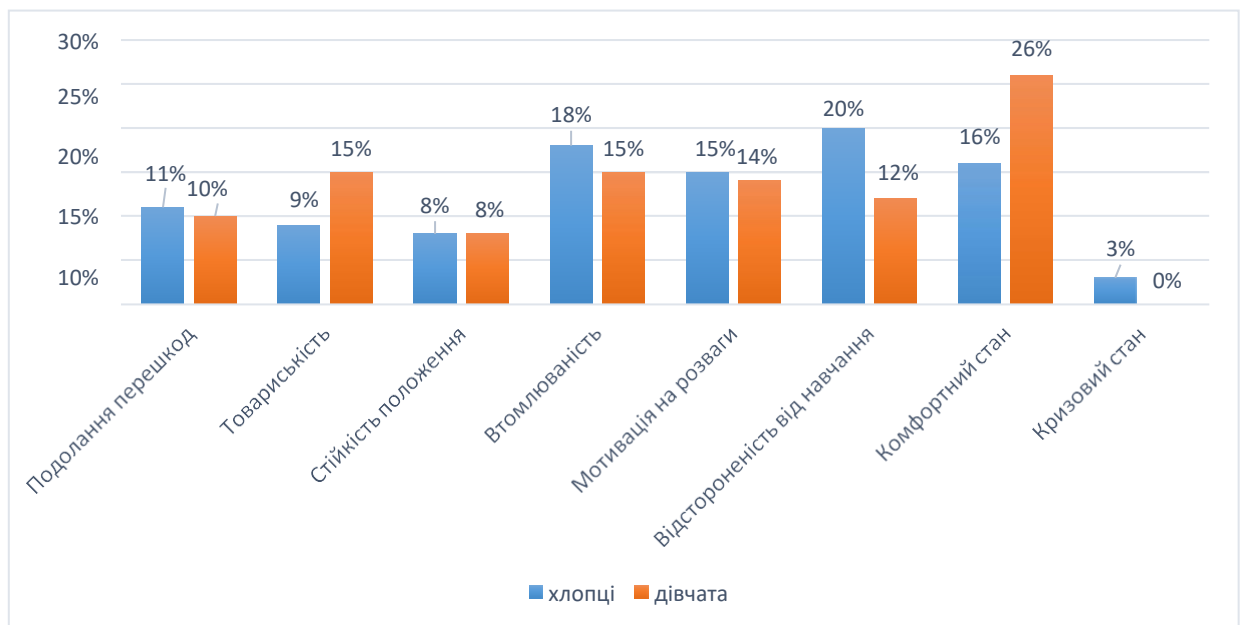


Рис. 2.7. Порівняння показників досліджуваних хлопців та дівчат за методикою «Дерево Лампенів»

Як видно з рисунку, найбільша різниця була визначена за шкалою «комфортний стан», за якою хлопці показали 16% виборів, а дівчата 26%. Дівчата також переважають хлопців за шкалою «товариськість» (15% та 9% відповідно). З нашого боку, це вказує на те, що дівчата легше проходять адаптацію до шкільного навчання. На це вказує ще й той факт, що у хлопців переважає «відстороненість від навчання» (20% у хлопців та 12% у дівчат).

Нажаль, шкала «втомлюваність» показала наявність значної кількості виборів в обох групах. Пояснюємо це переходом до нової діяльності, підвищеної дисципліни. Окрім того, першокласники часто задіяні на різних

гуртках, що посилює їхню втомлюваність.

Наступна методика є «Опитувальник для вивчення рівня адаптації дитини до школи», розроблений Л. Ковальновою та Н. Тарасенко.

Представлений опитувальник дозволив визначити коефіцієнт дезадаптації удосліджуваних дітей молодшого шкільного віку.

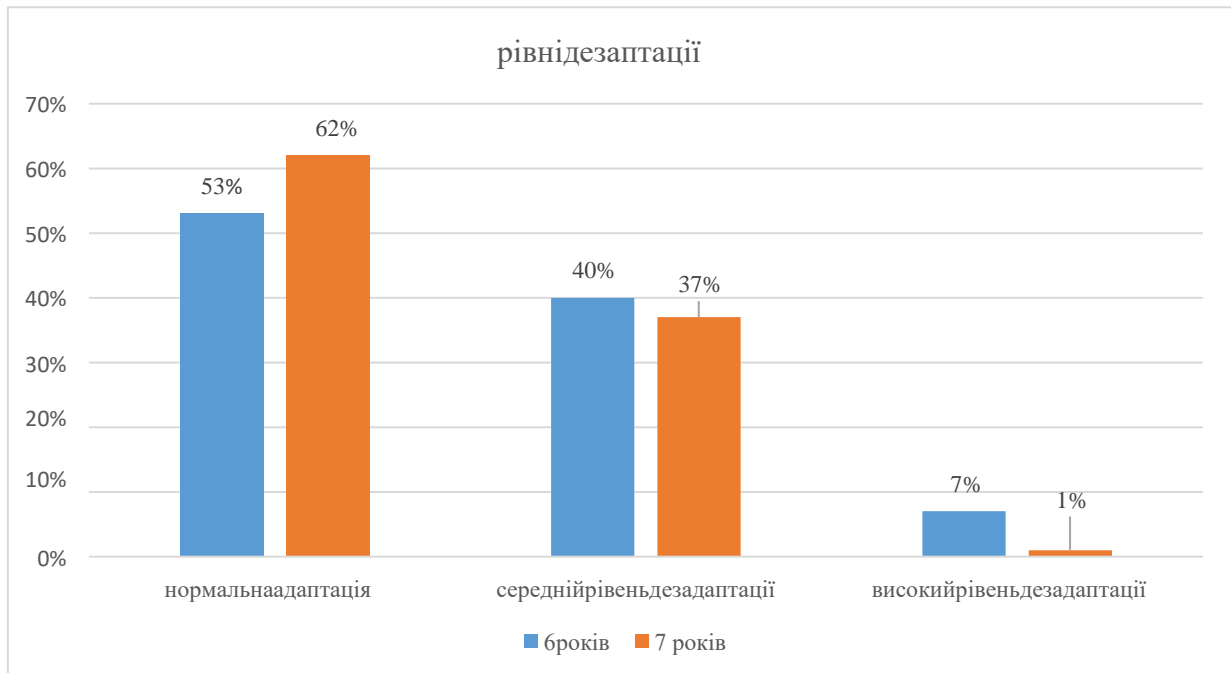


Рис. 2.8. Порівняння показників рівнів дезадаптації у першокласників шести та семи років

Як видно з рисунку 2.8, була визначена певна розбіжність у результатах між досліджуваними дітьми в залежності від віку, що узгоджується із результатами, які були отримані нами за допомогою попередніх методик. У більшості дітей обох груп був діагностований нормальний рівень адаптації (53% у шестирічних учнів та 62% у семирічних), середній рівень дезадаптації був виявлений у 40% шестирічних та 37% семирічних учнів.

Нажаль, нами також був визначений високий рівень дезадаптації у 7% шестирічних учнів та у 1% семирічних. Такі учні, зі слів вчителів, часто використовують неадекватні механізми пристосування до школи. Вони схильні до систематичного порушення поведінки на уроках та перервах, частих конфліктних відносини з однокласниками та проявляють високий рівень агресивності. У таких учнів також було зафіксовано пасивне та, здебільшого,

негативне відношення до школи, спостерігалось нервування перед початком занять. Достатньо часто батьки і вчителі відмічали у цих дітей пригнічений стан, відсутність мотивації до навчання, часті відволікання.

Був виявлений певний відсоток дітей, які продемонстрували високу дезадаптивність до шкільного навчання. Такі діти або уникають контакту із вчителем, або ж намагаються виконувати поставлені завдання лише формально, мають проблеми у комунікативній сфері з однокласниками та не сформовану учнівську позицію.

За методикою М. Рокича «Ціннісні орієнтації» переважаючими у системі термінальних та інструментальних цінностей виявились особистісні цінності: життєва мудрість, здоров'я, любов, наявність хороших та вірних друзів, розвиток, щасливе сімейне життя, впевненість у собі, охайність, вихованість, життєрадісність, відповідальність, сміливість, чесність, чуйність.

Учням було запропоновано обрати із запропонованих варіантів або дати своє визначення поняття «патріотизм» (кількість виборів не обмежувалася). За результатами, складниками патріотизму вважають «любов до рідного дому, міста, країни, вірність традиціям і національній культурі» 70,4%, «національну самосвідомість, гордість за приналежність до своєї нації, народу» 49,6%, «прагнення працювати для процвітання Батьківщини», «інтернаціоналізм, готовність до співпраці з представниками інших націй і народів в інтересах своєї Батьківщини» 37,6%. Патріотизм романтичним образом або літературною вигадкою назвали 4% опитаних, така ж кількість вважає патріотизм несучасним, «не для сьогоденної молоді» (4%). Непримиренність до представників інших націй і народів складає 1,6%. Один із учнів висловив своє ставлення до патріотизму таким чином: «я вважаю патріотизм способом керування людьми».

Враховуючи ситуацію, яка наразі склалася у нашій країні, ми вирішили окремо визначити особливості психологічної адаптації до шкільного навчання у категорії дітей першокласників, які є вимушеними переселенцями. У нашому дослідженні прийняло участь 78% місцевих дітей першокласників та 22% дітей



вимушених переселенців.

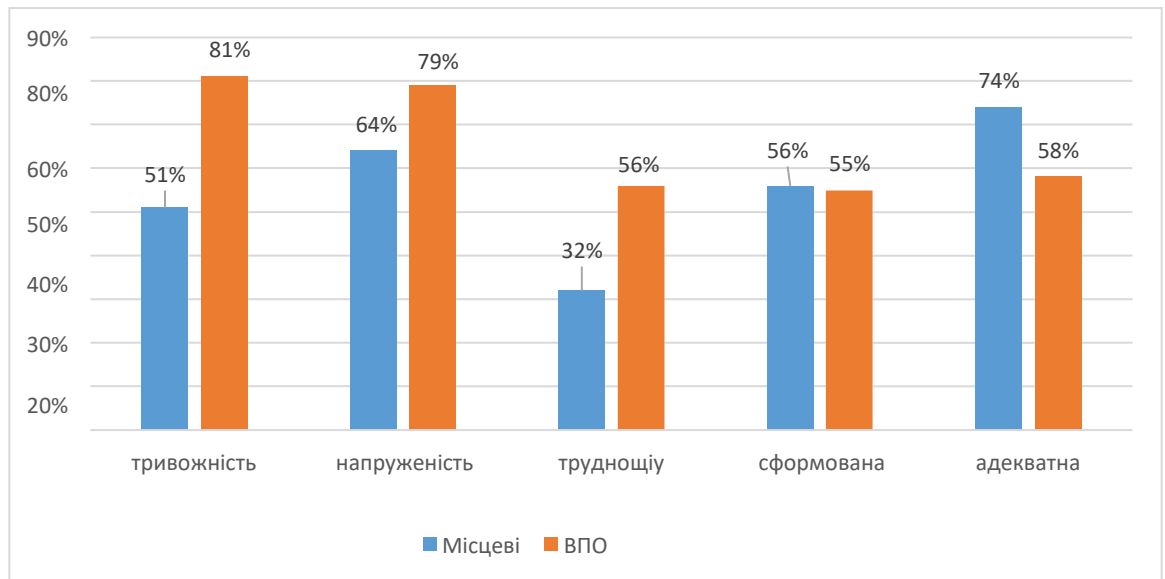


Рис. 2.9. Порівняння показників шкільної адаптації у місцевих мешканців і ВПО за методикою «Школа звірів»

Як видно з рисунку 2.9 показники шкільної адаптації значно відрізняються у місцевих мешканців та дітей-внутрішньо переміщених осіб. Так, у останніх рівень тривожності вищий на 30%, а рівень напруженості – на 25%. Вважаємо це дуже негативною ознакою, на яку обов'язково повинні звернути увагу як батьки цих учнів, так і вчителі. Хоча у місцевих школярів показники за цими шкалами також є дуже високими. Труднощі у побудові контактів продемонстрували 32% місцевих учнів та 56% дітей ВПО. Їм властива надмірна сором'язливість, невпевненість у собі, нервозність, плаксивість, образливість. Ці діти емоційно дуже чутливі та вразливі, часто недовірливі до оточуючих, як однокласників, так і вчителів.

Однак за показником сформованості учнівської позиції представлені групи учнів не показали значущої різниці (56% та 55% відповідно). Пояснюємо це тим, що діти все ж таки були налаштовані батьками на вступ до першого класу, відвідували садочок чи підготовчі групи. За рівнем самооцінки більше половини учнів в обох групах продемонстрували адекватну самооцінку, хоча результати мають значущу різницю: місцеві школярі – 74%, школярі – внутрішньо переміщені особи – 58%.

Нами були визначені деякі відмінності у результатах в залежності від місця проживання (рис. 2.10).

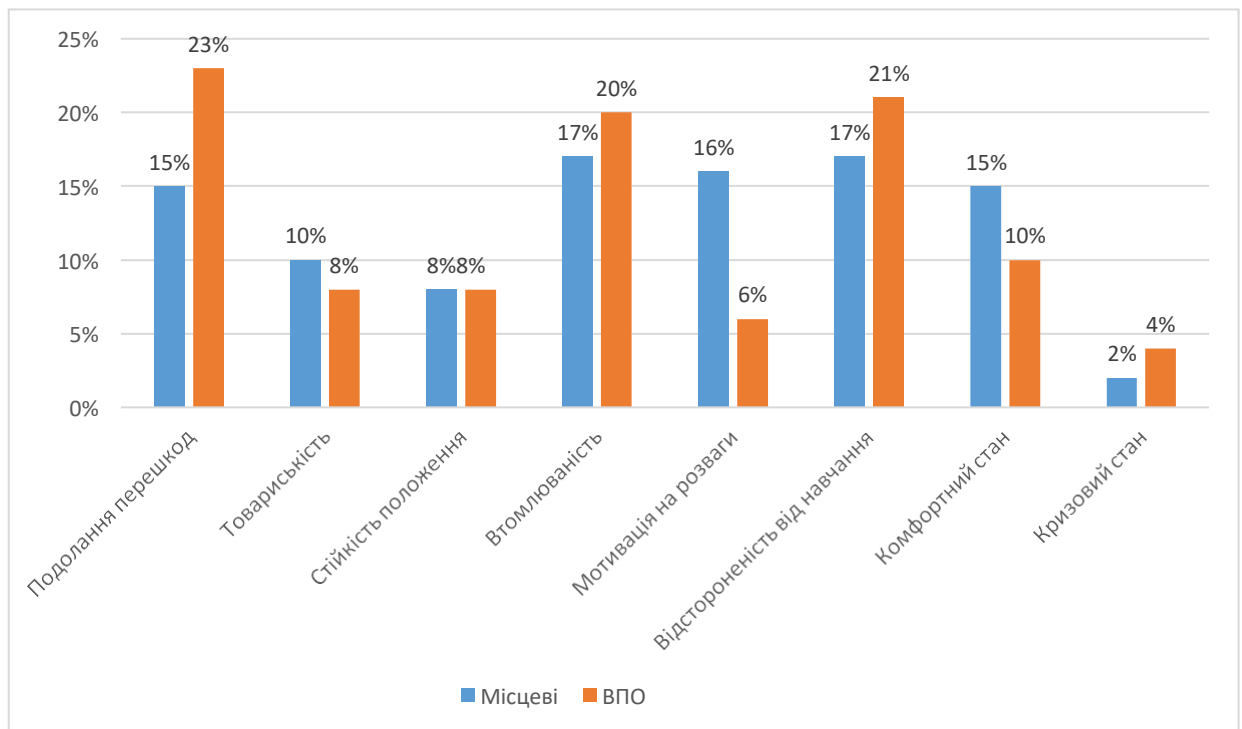


Рис. 2.10. Порівняння показників місцевих мешканців і ВПО за методикою «Дерево Лампенів»

Перший показник, який кидається в очі, це «подолання перешкод». Він виявився властивим для 23% дітей ВПО, але натомість лише для 15% місцевих учнів. Для групи дітей ВПО він посів перше місце серед інших показників. На другому місці «відстороненість від навчання» (21%) та «втомлюваність» (20%). Можемо констатувати, що процес навчання та взагалі перебування у шкільному просторі сприймається такими учнями як певна полоса перешкод, яку вони долають щодня. Вважаємо це суттєвим відображенням саме тої ситуації, у якій опинилися ці учні внаслідок ситуації в Україні. Це проявляється також у відстороненості від навчальної діяльності, коли дитина не уважна, не може та не хоче концентруватися на вказівках вчителя, і, навіть, самі навчальні предмети виступають недостатньою мотивацією для неї. Навіть, коли учень зосереджується на поставлених завданнях, це викликає у нього сильну втомлюваність.

Нами також був зафіксований низький рівень прояву за такими шкалами як «комфортний стан» - 10%, «товариськість» - 8%, «стійкість положення» - 8%. Як бачимо, ці учні виявляють низьку активність у спілкуванні з однолітками та вчителем, не почувають себе спокійно та захищено у шкільному просторі. Їх психологічний стан часто можна охарактеризувати як тривожний та дискомфортний. При цьому вони рідко демонструють «мотивацію на розваги» (6%) на відміну від місцевих першокласників (16%). А відтак, рольова гра як провідний вид діяльності вже завершився, але на його зміну ще не прийшла навчальна діяльність. Це, безумовно, ускладнює дітям і без того стресовий період адаптації до шкільного навчання.

Окремо варто наголосити на тому, що 4% дітей вимушених переселенців виявили такий показник як «кризовий стан», що виступає серйозною вказівкою для вчителів щодо уважного ставлення до таких дітей, їхньої всілякої підтримки і створення комфортних умов для адаптації у шкільних умовах. Можливо, із залученням шкільного психолога та безумовного сприяння батьків та родичів.

Враховуючи усе вищезазначене, можемо констатувати, що процес адаптації дітей вимушених переселенців відбувається із значними ускладненнями. Їм притаманний значно нижчий рівень психологічної адаптації до школи, у деяких випадках навіть дезадаптація, порівняно з місцевими першокласниками. Адже вони змушені адаптуватися не тільки до нових умов освітнього простору, але й до всього нового життя навколо них.

Досвід розроблення й упровадження технології психологічного супроводу у дітей можемо представити шляхом моделювання. Його методологічною основою визначаються наступні теоретичні підходи:

- особистісно-орієнтований підхід, який передбачає створення умов для повноцінного прояву, розвитку і саморозвитку особистісних якостей особистості на основі загальнолюдських цінностей, розкриття її можливостей, формування впевненості у собі, розвиток особистісно значущих і суспільно прийнятних способів самореалізації;

- ціннісний підхід, який ґрунтується на вивченні механізмів внутрішньої регуляції соціальної поведінки особистості, засвоєнні учнями суспільно значущих цінностей, формуванні адекватних способів поведінки;
- суб'єктний підхід, що реалізується через самодетермінацію, самовизначення, саморозвиток особистості;
- системно-діяльнісний підхід, що виявлять у практичній реалізації засвоєних знань умінь і навичок.

Системоутворюючим компонентом цієї моделі є мета психологічного супроводу: формування процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни. Навколо мети вибудовуються наступні компоненти: структурний, функціональний, діагностичний і методичний. Кожен компонент спрямований на вирішення конкретних завдань супроводу.

### **2.3. Обґрунтування використання програми психологічного супроводу, спрямованого на зниження рівня дезадаптованості дітей та розроблення практичних рекомендації батькам для психологічного супроводу дітей.**

Програма психологічного супроводу для дітей під час війни є надзвичайно важливою, оскільки війна може викликати серйозний стрес та травму у дітей, що може призвести до дезадаптованості. Психологічна підтримка може допомогти дітям краще розуміти та впоратися зі своїми емоціями, страхами та тривогами, що виникають у зв'язку з війною. Розроблення практичних рекомендацій для батьків також є важливим аспектом, оскільки батьки грають ключову роль у психологічному супроводі своїх дітей. Інформування батьків про те, як краще реагувати на емоційні потреби своїх дітей, як створити безпечне та підтримуюче середовище для них, може допомогти зменшити негативні наслідки війни на психічне здоров'я дітей. Така програма може сприяти зниженню рівня дезадаптованості дітей, покращенню їх психічного стану та забезпеченню їхнього психологічного благополуччя під час війни.

З огляду на результати дослідження встановлено, що діти які мають є дезадаптованими, або знаходяться на межі проблем з адаптацією. Такі діти тривожні, невпевнені у собі, агресивні, боязкі, нетовариські, їх визначено 43%, що є високим показником. Опитування батьків дозволило встановити, що такі діти були віддані до школи попри зауваження психолога відносно їх готовності до навчання. Батьки керувалися соціальними чинниками як то: кількість років навчання, зручність, військовий час тощо.

Впевнена у собі дитина вірить у те, що вона буде діяти успішно і правильно, досягне позитивного результату при вирішенні важких завдань. Невпевнені у собі діти не можуть гармонійно взаємодіяти самі із собою та оточуючим світом. Отже актуальним є створення програми «Підвищуємо самооцінку дитини», що сприяло б якісним змінам життя дитини її, адаптованості до оточуючого світу. Згідно з вимогами «Базового компонента дошкільної освіти» створена програма «Формуємо впевнену особистість дошкільника».

Психокорекційна програма розрахована на два тижні роботи у позаурочний час. Кожне заняття тривалістю до 45 хв під час якого застосовуються ігрові, арт-терапевтичні методи. Діти поділяються на групи по 10-15 осіб.

**Мета програми.** Створення емоційно-сприятливої атмосфери для розкриття особистості дитини та формування адекватної самооцінки. Атмосфера емоційної відкритості, прийняття, підтримки, розуміння дитини сприятиме розкриттю її особистості формуванню довіри та впевненості у позитивному відношенні до неї.

*Стимулювання бажання дитини до пізнання оточуючих, встановлення позитивного, доброзичливого контакту, бажання приймати участь у груповій роботі, відкривати власні інтереси, шляхом залучення дітей до групових занять.*

*Розвиток особистості дитини, через розуміння нею власних емоцій, відношення до оточуючих та самої себе, уміння оцінити власні почуття та*

відкрито їх висловлювати, визначати власні переваги та недоліки, заявляти про свої інтереси, прийняття себе таким яким є, відсутність агресивності тощо.

*Засвоєння дітьми нових умінь та навиків як то:* уміння конструктивно виявляти власні почуття, впевненості, рішучості, ініціативності наполегливості, спонтанності, вміння йти на компроміс, висловлювати та приймати вимоги, похвалу, критику, встановлювати контакти та ін.

### **Завдання програми:**

1. Формування у дітей умінь і навичок практичного володіння засобами людського спілкування (мімікою, жестами, пантоміма);
2. Виховання інтересу до оточуючих людей, розвиток почуття розуміння, співпереживання, цікавості до навчання;
3. Розвиток у дітей навичок спілкування в різних життєвих ситуаціях, вміння звільнитися від соціального страху в спілкуванні з оточуючими;
4. Навчання способам внутрішнього самоконтролю і стримування, зняття негативних імпульсів, виявлення власних емоцій;
5. Розвиток ініціативності, самостійності, організованості в процесі комунікативної діяльності.

### **Можна застосовувати:**

- бесіди за сюжетними картинками які риси впевненості на невпевненості.
- розповіді казок, демонстрація мультфільмів із персонажами, що несуть упевненість у собі
- пояснення чому треба говорити про свої почуття виявляти ініціативність;
- розігрування сценок із життя дітей за допомогою ляльок;
- розмови по душам;
- сюжетно–рольові ігри: “Я чарівник», “Добро та зло”;
- створення атмосфери прийняття та позитивного відношення до дитини

- сюжетно–рольові ігри та театральні вистави на тему «Птичка», «Коряга»
- спостереження за поведінкою дорослих та виокремлення з неї компонентів впевненості
- придумування дитиною розповіді про впевнену у собі людину;
- розповіді казок, демонстрація мультфільмів із персонажами, що несуть упевненість у собі
- штучне створення проблемних ситуацій задля формування ініціативності, долання остраху нерозуміння, неприйняття, творчість;
- малюнкові методи, що поєднуються із ігровою діяльністю чи бесідою на тему впевненості, ініціативності

Програма передбачає формування у дітей впевненості у собі засобами гуманістичної психології, використанням принципів демократизації, інтеграції позитивності тощо. Реалізація програми передбачає цілісний підхід до формування адекватної самооцінки та адаптації дитини до шкільного колективу. Програма передбачає активне залучення батьків їх підтримку та створення у домашніх умовах простору для самореалізації дитини. Співпраця психолога з батьками та проведення просвітницької роботи. Програма проводиться в продовж двох тижнів та передбачає застосування новітніх форм діяльності як то: застосування методів зображувального мистецтва та ігрової діяльності, що передбачає використання творчих засобів.

Практичні рекомендації батькам для психологічного супроводу та зниження рівня дезадаптованості дітей.

1. Пам'ятайте, що дитина – це найбільша цінність, любите і приймайте її такою, якою вона є.
2. Поважайте у своїй дитині особистість, виховуючи в ній почуття гідності, хваліть, заохочуйте, схвалюйте дитину, створюючи позитивну емоційну атмосферу навколо неї.
3. Відзначайте навіть незначні успіхи своєї дитини.
4. Створюйте ситуації успіху.

5. Дайте можливість виговоритися дитині і тим самим перетворити невдоволення в душі в слова.
6. Чітко позначте словами негативні почуття. Після такого пильного спостереження вони зазвичай зникають.
7. Змодельуйте вихід із ситуації.
8. Чи не оберігайте свою дитину від повсякденних справ, не прагніть вирішувати за нього всі проблеми але і не перевантажуйте його тим, що йому непосильно. Нехай дитина виконує доступні йому завдання й одержує задоволення від зробленого;
9. Чи не перехвалюйте дитини, але й не забувайте заохотити її, коли вона цього заслуговує. Пам'ятайте, що похвала так само, як і покарання, повинна бути порівнянна з вчинком;
10. Заохочуйте в дитині ініціативу. Нехай буде лідером усіх починань, але також покажіть, що інші можуть бути в чомусь кращі;
11. Не забувайте заохочувати і інших у присутності дитини. Підкресліть гідності іншої і покажіть, що ваша дитина може також досягти цього;
12. Показуйте своїм прикладом адекватність ставлення до успіхів і невдач . Оцінюйте вголос свої можливості і результати справи;
13. Не порівнюйте дитину з іншими дітьми. Порівнюйте його з самим собою ( тим, яким він був учора і, можливо, буде завтра).
14. Почуття дитини неминуче приводять їх до дій. До яких ? Це багато в чому залежить від їх батьків. Позаду неприйнятних дій стоять негативні почуття, причому вчинок може бути здійснений в підлітковому віці, а почуття, що спровокували його, можуть бути закладено в ранньому, мало не дитячому віці .
15. Допомогти дитині уникнути небезпечної поведінки і підвищити його самооцінку можна двома способами: задовольняти ті інтереси дитини, які прийнятні, і допомагати йому пояснювати, називати свої негативні почуття.



Крім того, підлітки повинні чітко знати, що є три моменти, що обмежують їх діяльність:

- цього вимагає безпека і є загроза здоров'ю;
- це загрожує їх чи батьківській власності;
- цього вимагає закон і порядок соціальної прийнятності.

**Діти мають право:**

- іноді ставити себе на перше місце;
- просити про допомогу і емоційну підтримку;
- протестувати проти несправедливого поводження чи критики;
- на свою власну думку і переконання;
- робити помилки, поки не знайдете правильний шлях;
- надавати людям вирішувати свої власні проблеми;
- говорити : "Ні, дякую", "вибачте, немає";
- не звертати уваги на поради оточуючих і слідувати власним

переконанням

- побути одному, навіть якщо іншим хочеться вашого товариства;
- мати свої власні почуття незалежно від того, чи розуміють їх оточуючі;
- змінювати свої рішення або обирати інший образ дії;
- домагатися зміни домовленості, яка вас не влаштовує.

**Діти не зобов'язані:**

- бути бездоганим на всі 100 %;
- слідувати за натовпом;
- любити людей, що приносять вам шкоду;
- робити приємне неприємним людям;
- вибачатися за те, що були самим собою;
- вибиватися з сил заради інших;
- відчувати себе винуватим за свої бажання;
- миритися з неприємною ситуацією;
- жертвувати своїм внутрішнім світом заради кого б то не було;

- зберігати відносини, які стали образливими;
- робити більше, ніж вам дозволяє час;
- робити щось, що насправді не можете зробити;
- виконувати нерозумні вимоги;
- віддавати щось, що насправді не хочеться віддавати;
- нести на собі тягар чиеїсь неправильної поведінки;
- відмовлятися від свого «Я» заради кого б то не було.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II**

Враховуючи усе вищезазначене, можемо констатувати, що процес супроводу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни відбувається із значними ускладненнями. Їм притаманний значно нижчий рівень психологічної адаптації до школи, у деяких випадках навіть дезадаптація, порівняно з місцевими першокласниками. Адже вони змушені адаптуватися не тільки до нових умов освітнього простору, але й до всього нового життя навколо них.

## ВИСНОВКИ

У процесі дослідження проведено теоретичний аналіз наукової літератури з проблематики дослідження проблеми супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни. Встановлено, що суспільство впливає на психологію індивіда, пропонуючи ряд правил, очікувань і законів. Акцент робиться на боротьбі зі стигмою та упередженнями, щоб забезпечити соціальну інтеграцію, на спільній роботі, щоб розширити можливості клієнтів, а іноді на меті повного одужання. Останній зараз широко відомий як підхід або модель відновлення. Проте новим у цих галузях є особистісно орієнтований підхід до одужання терапія, орієнтована на клієнта. Таким чином, в даний час реабілітація розглядається як набір технологічних рішень, які спрямовані насамперед на відновлення працездатності індивіда та його активну інтеграцію в економічні відносини. Іншими словами, найважливішим елементом ефективності соціальної реабілітації як практичної організаційної діяльності є вартість корисного суспільного продукту, виробленого особами, які поступово пройшли весь технологічний комплекс реституційної діяльності.

Визначено особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни. Стикаючись із труднощами, що виникають у навчальній діяльності в умовах воєнного стану, не всі учні молодшої школи через свої особисті та інтелектуальні особливості здатні їх подолати, що і призводить до стресової ситуації. Стрес, напруга, тривожність, розлади психічного здоров'я в учнів молодшого шкільного віку заважають успішній соціалізації дітей, їх гармонійному розвитку, перешкоджають подальшому навчанню та загальній соціально-психологічній адаптації молодших школярів.

Вивчено детермінанти та показники соціально-психологічної адаптації. Важливість емпіричного виявлення факторів соціальної і психологічної адаптації дітей молодшого шкільного віку, які постраждалих внаслідок воєнних подій в Україні вказується зростаюча кількість таких клієнтів для кожного практикуючого психолога. У таких умовах психологічну реабілітацію можна розглядати як складову частину медико-психологічної та загальнофізіологічної

реабілітації дітей молодшого шкільного віку.

Досліджено вплив соціально-психологічної адаптації на навчальну діяльність, самооцінку, цінності.

У ході роботи з дітьми, які отримали психологічну травму внаслідок війни, встановлено, що наслідки воєнних подій у дітей молодшого шкільного віку найчастіше проявляються у таких формах втрати сенсу життя та відчуття нереальності свого існування; відчутті наближення катастрофічних змін, зміни сприйняття «образу Я», переживання нез'ясованого і не завжди виправданого почуття провини за свої вчинки в пережитій психотравмуючій ситуації, в неадекватній ідеалізації цих вчинків; виникненні почуття безпорадності або, навпаки, неадекватної суб'єктивної переоцінки своїх можливостей впливати на хід подій; прагненні до переосмислення свого досвіду при побудові сценаріїв подій, які мали місце, але не склалися в дійсності; бажанні постійно пам'ятати те, що сталося в психотравматичній ситуації або, навпаки, небажання нагадувати про це; підвищеній тривожності, напрузі, емоційній чутливості, сентиментальності або, навпаки, знижені емоційної чутливості і уникненні тісних емоційних контактів з іншими; підвищені дратівливості, запальності і агресивності у поведінці, замкнутість; поява асоціальних тенденцій;

Відзначено, що однією з основних ознак є нестійкість психіки, при якій навіть найменші негаразди чи ускладнення штовхають дитину до замкнутості чи агресії; прояв почуття провини за те, що залишився живим; ототожнення з убитим.

Ґрунтуючись на теоретичних засадах навчання в процесі експериментальної роботи було розкрито особливості супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни, в тому числі з сімей ВПО, здійснено розроблення науково-методичного забезпечення цього процесу.

Узагальнюючи результати дослідження можна говорити про те, що основна увага у практичній виховній роботі приділяється колективним методам роботи з учнями, а соціально-педагогічний супровід вчителями не

здійснюється.

Обґрунтовано використання програму психологічного супроводу, спрямованого на зниження рівня дезадаптованості дітей та розроблені практичні рекомендації батькам для психологічного супроводу дітей.

Подальша робота повинна спрямовуватись на розроблення програми соціально-педагогічного супроводу, її апробацію та впровадження у практику роботи закладів середньої освіти.

Структурний компонент має передбачати взаємодію всіх учасників процесу в формах роботи з педагогами, батьками, молодшими школярами.

Функціональний компонент забезпечує взаємодію структур і блоків моделі з урахуванням механізмів, чинників і умов формування супроводу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.

Діагностичний компонент моделі передбачає відбір діагностичних методик і організацію моніторингу процесу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.

Методичний компонент забезпечує розробку програм, в тому числі й індивідуальних, соціально-педагогічного супроводу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеєнко Т. Ф., Жданович Ю. М., Малиношевський Р. В., Куниця Т.Ю., Сергєєва, Н. В. Соціально-педагогічна підтримка дітей та учнівської молоді: монографія / за заг. ред. Т. Ф. Алексеєнко. Київ: ТОВ «Задруга», 2017. 168 с.
2. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / О. В. Безпалько. К.: Центр учбової літератури, 2009. 208 с.
3. Бочелюк В.Й. Педагогічна психологія: Навч. посіб./ В.Й.Бочелюк, В.В.Зарицька. К.: Центр навч. літ., 2006. 248с.
4. Веретенко Т. Г., Зверєва І. Д., Шевченко Н. Ю. Основи батьківської компетентності : навч. посіб. Київ : Науковий світ, 2006. 156 с.
5. Віцукаєва К. М. Соціальний супровід клієнта: навчальний посібник. Одеса: видавництво Букаєв Вадим Вікторович, 2017. 322 с.
6. Георгадзе Т.О. Виховний потенціал сім'ї. Особистість, сім'я і суспільство: питання педагогіки та психології: матеріали міжнар.наук.-практ.конф. (м.Львів, Україна, 23-24 листоп. 2018р.).Київ, 2018.С. 45–47.
7. Гнатюк О.В. Проблема навчання та адаптації молодших школярів в умовах воєнного стану. URL: <https://lib.iitta.gov.ua>
8. Гончар Л. В. Формування гуманних взаємин батьків з дітьми молодшого шкільного і підліткового віку: монографія. Київ: ТОВ «Задруга», 2017. 360 с.
9. Горбунова-Рубан С. О., Вітковська І. М. Система надання соціальних послуг: сучасний стан. *SOCIOПРОСТІР*. 2017. № 9. С. 17–22.
10. Гордуз О. А. Нормативно-правові аспекти забезпечення захисту прав дітей в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Юриспруденція*. 2013. Вип. 61 (1). С. 20–22.
11. Гринчишин І. М. Спроможність територіальних громад: теоретичний дискурс. *Socio-economic problems the period of Ukraine*. 2018. № 6 (124). С.

- 51–56.
12. Дем'яненко, М. (2018). Внутрішньо переміщені особи в Україні: актуальні проблеми та шляхи їх розв'язання. *Україна: події, факти, коментарі*. (3), 33–34.
  13. Діагностика соціальної роботи як умова успішного її функціонування. Соціальна робота: технологічний аспект: навчальний посібник / за редакцією А. Й. Капської. К.: ДЦСССМ, 2004. С. 73–82.
  14. Жданович Ю.М. Особливості адаптації дітей вимушених переселенців. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 2017. Випуск 21(1). С. 204-214. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tmpvd\\_2017\\_21%281%29\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tmpvd_2017_21%281%29_19)
  15. Журавель Т.В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. Соціальна педагогіка/за загальною редакцією О. В. Безпалько: навчальний посібник. К.: Академвидав, 2013. С. 85–101.
  16. Закон України «Про освіту» № 2457-IX (2022, 27 липня). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
  17. Зверева І. Д., Кияниця З. П., Кузьмінський В. О., Ніколаєнко Л. О., Соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах: запитання та відповіді: методичний посібник. Київ: ЦСССДМ, 2006. 93 с.
  18. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: навчально-методичний комплекс / загальна редакція І. Д. Зверєвої, Ж. В. Петрочко. К.: Фенікс, 2007. 528 с.
  19. Капська А. Й. Соціальний супровід різних категорій сімей та дітей: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2012. 232 с.
  20. Капська А. Й., Пеша І. В., Міхеєва О. Ю., Соляник М. Г. Технології соціально-педагогічної роботи з сім'ями: навчально-методичний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 328 с.
  21. Колобова Я. В., Комарова М. Н., Лоріашвілі Л. С., Пеша І. В. Практики надання соціальних послуг сім'ям, які перебувають у складних життєвих

- обставинах: науково-методичний збірник / за ред. Н. М. Комарової. Київ: Державний інститут сімейної та молодіжної політики, 2016. 112 с.
22. Конституція України: офіційний текст. Київ: КМ, 2022. 96 с.
23. Коробко С.Л., Коробко О.І. Робота психолога з молодшими школярами: методичний посібник. Київ: Літера ЛТД., 2006. С. 249-253.
24. Кучер Г. М. Інновації соціальної роботи із сім'ями, що опинилися в складних життєвих обставинах. *Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Педагогічні науки*. 2018. № 2 (82). С. 207 – 212.
25. Лакуста Т. Д. Причини появи неповних сімей в сучасному суспільстві. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. 2011. Випуск 22. С. 88–90.
26. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи: навчальний посібник. К.: МАУП, 2003. 382 с.
27. Любецька М. М. Аналіз діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо здійснення соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах. *Інвестиції. Практика та досвід*. 2018. № 17. С. 102–108.
28. Любецька М. М. Актуальні питання здійснення соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 16. С. 133–136.
29. Максимова Н.Ю. Типологія сімей, які потребують соціально-психологічної допомоги. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота*. 2017. № 1. С. 45–51.
30. Мещан І. В. Соціальне обслуговування як складова соціального захисту населення: соціолого-управлінський аспект. *Соціологія*. 2015. № 8 (124). С. 71–76.
31. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.



- 32.Оцінка потреб дитини та її сім'ї / за загальною редакцією І. Д. Зверевої.  
Автори: І. Д. Зверева, З. П. Кияниця, В. О. Кузькинський, Ж. В. Петрочко,  
І. Саммон. К.: Держсоцслужба, 2007. 144 с.
- 33.Пауль В.С. Психолого-педагогічна підтримка дітей, які пережили  
психотравматичні події: рекомендації для педагогів. Педагогічний  
словник / За ред. Ярмаченка М.Д. Київ, 2001. 514 с.
- 34.Посібник із визначення потреб населення об'єднаної територіальної  
громади у соціальних послугах: практичні рекомендації. Київ: Радник,  
2019. 72 с.
- 35.Психологічна енциклопедія. Автор-упор. О.М. Степанов. К. Академвидав,  
2006. 424 с.
- 36.Слюсар Л. І. Сім'я в сучасній Україні; інституційна криза чи  
постіндустріальна трансформація. Демографічні процеси та тенденції.  
Демографія та соціальна економіка. 2007. С. 28–38.
- 37.Соціальна робота в Україні: навчальний посібник / І. Д. Зверева, О. В.  
Безпалько, С. Я. Харченко та ін.; за загальною редакцією І. Д. Зверевої, Г.  
М. Лактіонової. К.: КЦССД, 2004. 256 с.
- 38.Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посібник у 2-х  
частинах. Частина 1. Сучасні орієнтири та ключові технології / З. П.  
Кияниця, Ж. В. Петрочко. К.: Обнова Компані, 2017. 256 с.
- 39.Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посібник у 2-х  
частинах. Частина 2. Соціальна робота з вразливими сім'ями / А. В.  
Аносова, О. В. Безпалько, Т. П. Цюман; за загальною редакцією Т. В.  
Журавель, З. П. Кияниці. К.: Обнова Компані, 2017. 352 с.
- 40.Соціально-педагогічна діагностика дітей та родин, які опинились в  
складних життєвих: обставинах методичні рекомендації /автори-  
упорядники В. Г. Панок, З. О. Гаркавенко, О. Г. Карогодіна, А. С.  
Шапошнікова. К.: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи,  
2017. 76 с.
- 41.Шахрай В. М., Алексеєнко Т. Ф., Гончар Л. В., Канішевська Л. В.,

- Малиношевський Р. В. Цінність життя підлітка: світоглядні орієнтири: монографія / за ред. В. М. Шахрай. Кропивницький: ТОВ «Імекс-ЛТД», 2019. 136 с.
- 42.Шумейко О. В. Дихотомія концептів інституту сучасної сім'ї як реакція на кризу ідей епохи модерну. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2017. № 1. (13). С. 129–137.
- 43.Adaptation Difficulties of Children at the Beginning of School Attendance Based on the Optics of Primary School Teachers. URL: <https://www.mdpi.com/2227-9067/10/2/410>
- 44.Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-022-01974-z>
- 45.Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen>
- 46.Japanese Association of Rehabilitation Medicine (JARM). Available from: <http://www.jarm.or.jp/civic/specialist.html>

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### Проективна методика «Школа звірів»

Дана методика може проводитися як у груповій, так і в індивідуальній формі.

Устаткування: Папір, кольорові олівці. Попередня підготовка

Ведучий. Зараз ми з вами зробимо дивовижну подорож в чарівний ліс. Сядьте зручно, розслабтеся, закрийте очі. Уявіть, що ми виявилися на сонячній лісовій галявині. Послухайте, як шумлять листя над головою, м'яка трава торкається ваших ніг. На галявині ви бачите «Школу звірів». Подивіться навколо. Які звірі вчать в цій школі? А який звір у ній вчитель? Чим займаються учні? А якою твариною ви бачите себе? Що ви при цьому відчуваєте? Проживіть ці почуття в собі. Ви можете перебувати ще деякий час у «Школі звірів», поки я буду вважати до 10, а потім відкрийте очі.

#### Інструкція

Ведучий. Ви побували в «Школі звірів». А тепер візьміть олівці і папір і спробуйте намалювати те, що бачили.

Діти виконують завдання.

Подивіться уважно на свій малюнок і знайдіть те тварина, якою могли б бути ви. Поруч з ним поставте «х» або букву «я».

#### Інтерпретація

##### 1. Положення малюнка на аркуші.

Положення малюнка ближче до верхнього краю аркуша трактується як висока самооцінка, як невдоволення своїм становищем в колективі, недостатність визнання з боку оточуючих.

Положення малюнка в нижній частині - невпевненість у собі, низька самооцінка.

Якщо малюнок розташований на середній лінії, то у дитини все в нормі.

##### 2. Контури фігур.

Контури фігур аналізуються за наявності або відсутності виступів (типу щитів, панцирів, голок), промальовування впливати механічні фактори та затемнення ліній - все це захист від оточуючих. Агресивна - якщо виконана в гострих кутів; зі страхом або тривогою - якщо має місце затемнення контурної лінії; з побоюванням, підозрілістю - якщо поставлені щити, заслони.

### 3. Натиск.

При оцінці ліній необхідно звернути увагу на натиск. Стабільність натиску говорить про стійкості, слабкий натиск - про виявлення тривожності, дуже сильний - про напруженості. Про тривожності може свідчити розірваність ліній, наявність обводів, сліди стирання.

### 4. Наявність деталей, відповідних органів почуттів, - очі, вуха, рот.

Відсутність очей свідчить про неприйняття інформації, зображення вух (тим більше великих і детально промальованих) говорить про зацікавленість в інформації, особливо стосовно думки оточуючих про себе. Відкритий, штрихований рот - про легкості виникнення страхів. Зуби - ознака вербальної агресії.

5. Аналіз якості та взаємодії персонажів показує особливості комунікативних відносин.

Велика кількість вступаючих в різні відносини один з одним (грають, зображені в навчальній діяльності й т.д.) і відсутність розділових ліній між ними говорить про сприятливих взаєминах з однокласниками. В іншому випадку можна говорити про труднощі в побудові контактів з іншими учнями.

6. Характер відносин між твариною-вчителем і тварин, що зображають дитини.

Необхідно простежити, чи немає протиставлення між ними? Як розташовані фігури вчителя та учня по відношенню один до одного?

### 7. Зображення навчальної діяльності.

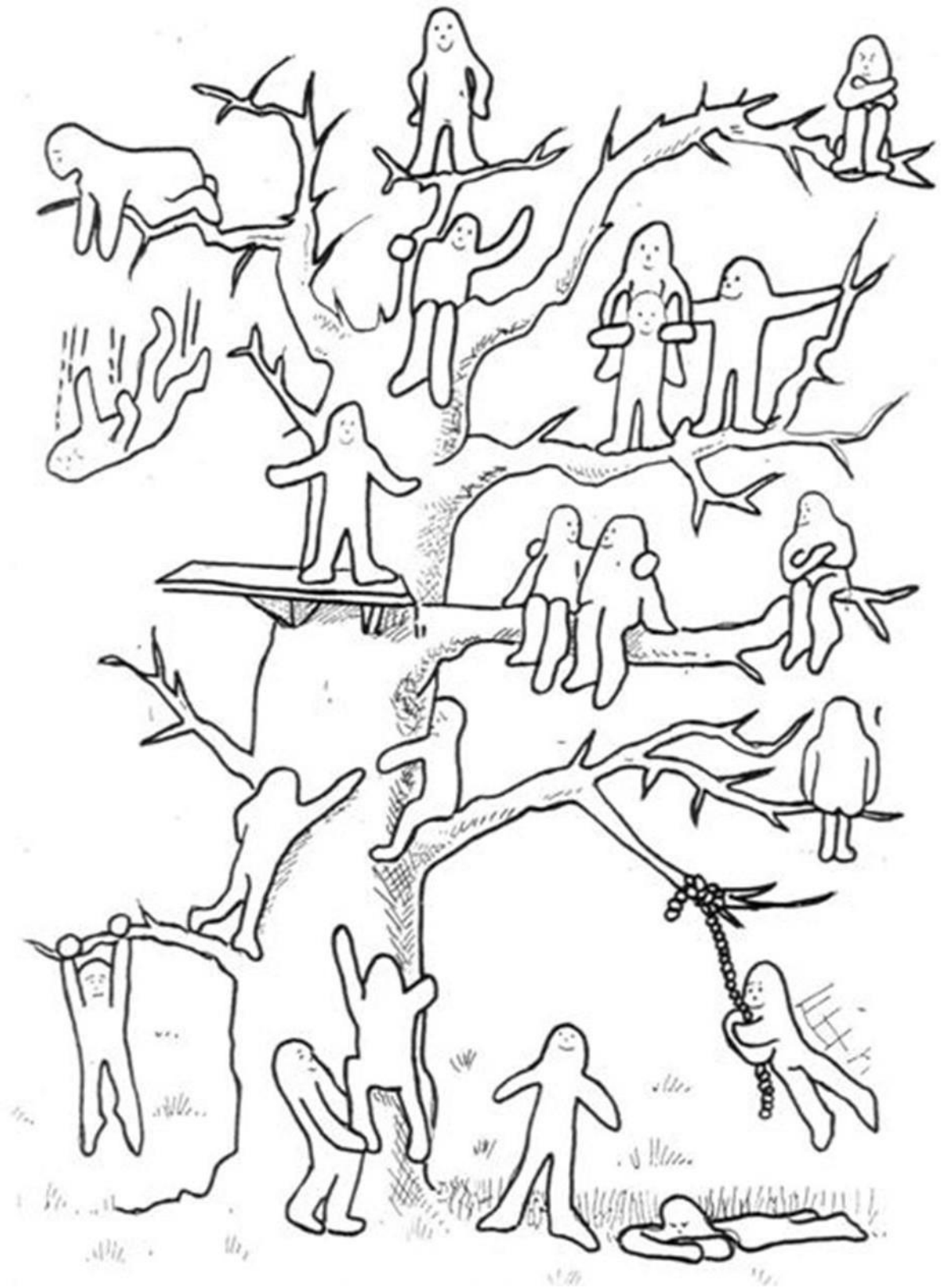
У разі відсутності зображення навчальної діяльності можна припустити, що школа приваблює дитини внеучебними сторонами. Якщо ж немає учнів, вчителі, навчальної або ігрової діяльності, малюнок не зображує школу звірів

або людей, то можна зробити припущення, що у дитини не сформувалася позиція учня, він не усвідомлює своїх завдань як школяра.

#### 8. Колірна гамма.

Яскраві, життєрадісні тону говорять про благополучне емоційному стані дитини в школі. Похмурі кольори можуть свідчити про неблагополуччя та пригніченому стані.

## Проективна методика «Дерево» (Джон і Дайан Лампен)



Методика спрямована на дослідження шкільної мотивації та адаптації.

Вона була створена для школярів з метою перевірити, як вони освоїлися в школі за перші три роки. Проте пізніше з'ясувалося, що тест актуальний і для дорослих.

Методика була запропонована на семінарі шкільних психологів в Одесі англійськими психологами Джоном і Дайаной Лампен (1997 р.) для забезпечення можливості більш повного вивчення особистості учня. Даний тест дітям дуже подобається.

Форма проведення: групова. Час проведення: 10-15 хвилин.

Обладнання: бланк, червоний і синій олівці.

Інструкція для дітей: Учням пропонуються аркуші з готовим зображенням сюжету: дерево, на якому розташовуються чоловічки. Кожен учень одержує лист із таким зображенням (але без нумерації фігурок). Завдання дається в наступній формі: “Розглянете це дерево. Ви бачите на ньому і поряд з ним безліч чоловічків. У кожного з них – різний настрій і вони займають різне положення. Візьміть червоний фломастер і обведіть того чоловічка, що нагадує вам себе, схожий на вас, має такий же настрій як у вас. Ми перевіримо, наскільки ви уважні. Тепер візьміть зелений фломастер і обведіть того чоловічка, яким ви хотіли б бути і на чиєму місці ви хотіли б знаходитися”.

Інтерпретація результатів: Позиції, які вибирає учень є ототожненням свого реального і ідеального положення, чи є між ними розходження?

Вибір позицій № 1, 3, 6, 7 характеризує установку на подолання перешкод;

№ 2, 19, 18, 11, 12 – товариськість, дружню підтримку;

№ 4 – стійкість положення (бажання домагатися успіхів, не переборюючи труднощі);

№ 5 – стомлюваність, загальна слабкість, невеликий запас сил, сором'язливість;

№ 9 – мотивація на розваги,

№ 13, 21 – відстороненість, замкнутість, тривожність;

№ 8 – характеризує відстороненість від навчального процесу, відхід у

себе;

№ 10, 15 – комфортний стан, нормальна адаптація;

№ 14 – кризовий стан, “падіння в прірву”.

Позицію № 20 часто вибирають як перспективу учні з завищеною самооцінкою й установкою на лідерство.



Опитувальник для визначення рівня адаптації дитини до школи (Л.М. Ковальова, Н.Н. Тарасенко)

1. Батьки зовсім не займаються вихованням, майже не бувають в школі.
2. Під час вступу до школи дитина не володіла елементарними навчальними навичками (не вміла рахувати, не знала букви тощо).
3. Учень не знає багато чого з того, що відоме більшості дітей її віку, наприклад, дні тижня, пори року, казки тощо.
4. У першокласника погано розвинені дрібні м'язи рук: він відчуває труднощі з письмом, у нього виходять нерівномірні букви тощо.
5. Учень пише правою рукою, але зі слів батьків є відученою лівшею.
6. Першокласник пише лівою рукою.
7. Учень часто безцільно рухає руками.
8. Першокласник часто кліпає.
9. Дитина смочче палець або ручку.
10. Учень інколи заїкається.
11. Першокласник гризе нігті.
12. У дитини тендітна статура, маленький зріст.
13. Дитина явно «домашня», вона потребує доброзичливої атмосфери, любить, коли її пестять, обіймають.
14. Учень дуже любить грати, грає навіть на уроках.
15. Таке враження, що дитина молодша за інших дітей, хоча за віком – ровесники.
16. Мова першокласника інфантильна, нагадує мову 4-5-річної дитини.
17. Учень надміру неспокійний на уроках.
18. Дитина легко сприймає невдачі.
19. Першокласник любить галасливі, рухливі ігри на перервах.
20. Учень не може довго зосередитися на одному завданні, завжди прагне зробити роботу швидше, не дбаючи про її якість.

21. Після цікавої гри, фізкультурної паузи дитину неможливо налаштувати на серйозну роботу.
22. Учень довго переживає невдачі.
23. При несподіваному питанні вчителя дитина часто губиться. Якщо ж дати час на обмірковування, може відповісти добре.
24. Першокласник дуже довго виконує будь-яке завдання.
25. Домашні завдання дитина виконує набагато краще класних (різниця дуже суттєва, більша, ніж у інших дітей).
26. Учень дуже довго перелаштовується з одного виду діяльності на іншій.
27. Дитина часто не може повторити за вчителем найпростіший матеріал, але при цьому демонструє відмінну пам'ять, коли йдеться про речі, що її цікавлять (наприклад, знає марки машин, але не може повторити просте правило).
28. Першокласник вимагає до себе постійної уваги з боку вчителя. Майже все робить лише після персонального звернення «Пиши!» тощо.
29. Учень допускає багато помилок при списуванні.
30. Щоб відволікти дитину від завдання, досить найменшої причини: скрипнули двері, щось впало тощо.
31. Першокласник приносить в школу іграшки і грає на уроках.
32. Учень ніколи нічого не зробить понад покладений мінімум: не прагне взнати щось, розповісти.
33. Батьки скаржаться, що насилу усаджують дитину за уроки.
34. Таке враження, що на уроках учневі погано, він оживає лише на перервах.
35. До виконання завдань учень не любить докладати жодних зусиль; якщо у нього щось не виходить, кидає, шукає якісь виправдань, наприклад, «болить рука, живіт, голова».
36. У дитини не зовсім здоровий вигляд (худенька, бліда).
37. До кінця уроку першокласник працює гірше, часто відволікається,

сидить з відсутнім виглядом.

38. Якщо щось не виходить, дитина дратується, плаче.

39. Учень погано працює в умовах обмеженого часу. Якщо його квапити, може зовсім «відключитися» або кинути роботу.

40. Першокласник часто скаржиться на втому, головний біль.

41. Дитина майже ніколи не відповідає правильно, якщо питання поставлене нестандартно і вимагає кмітливості.

42. Відповіді учня кращі, якщо у нього є можливість опори на якісь зовнішні об'єкти (лічить пальці тощо).

43. Після пояснення вчителя не може виконати аналогічне завдання.

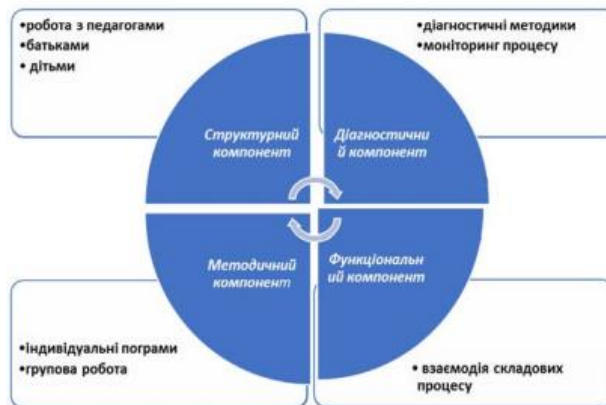
44. Дитині важко застосовувати раніше засвоєні поняття, навички при поясненні вчителем нового матеріалу.

45. Першокласник часто відповідає не по суті, не може виділити головне.

46. Таке враження, що учневі важко зрозуміти пояснення, оскільки основні навички і поняття у нього не сформовані.



Модель супроводу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни



Концептуальна модель соціально-педагогічного супроводу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни



Склад фахівців команди для роботи з супроводу психологічної реабілітації молодших школярів в умовах війни