

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Особливості сприймання людей з інвалідністю в Україні»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Освітній ступінь магістр

Кваліфікація: магістр з психології

Автор:

Моїсей Володимир Володимирович

студент 2 курсу з.ф.н.

Науковий керівник:

Грищук Елісо Юрїївна

доцент кафедри соціальної

психології, кандидат

психологічних наук

Магістерська робота допущена до захисту

Рішенням кафедри соціальної психології

Протокол № ____ від «__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри _____ Тетяна Михайлівна Траверсе

доктор психологічних наук, професор

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	9
1.1 Поняття та сутність культури життєдіяльності людей з інвалідністю.....	9
1.2 Соціально-психологічні аспекти формування культури ставлення до людей з інвалідністю	15
1.3 Аналіз ставлення та особливостей сприймання людей з вадами здоров'я в українському суспільстві.....	21
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ	31
2.1 Організація дослідження та характеристика вибірки.....	31
2.2 Методи та психодіагностичний інструментарій.....	34
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ	49
3.1 Загальні тенденції особливостей сприймання респондентами осіб з інвалідністю.....	49
3.2 Порівняльний аналіз особливостей сприймання осіб з інвалідністю та рефлексії ними цього сприймання.....	67
3.3. Факторна структура соціального сприймання осіб з інвалідністю.....	80
3.4 Особливості сприймання осіб з інвалідністю залежно від соціально-демографічних характеристик респондентів.....	97
Висновки до розділу 3.....	108

РОЗДІЛ 4. ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	112
4.1 Роль соціально-психологічної підтримки у формуванні культури осіб з інвалідністю.....	112
4.2 Інклюзивні та інноваційні підходи до формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю.....	120
Висновки до розділу 4.....	126
ВИСНОВКИ	128
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	132
ДОДАТКИ	142
ДОДАТОК А	142
ДОДАТОК Б	149

ВСТУП

Актуальність теми

Формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю є однією з ключових соціально-психологічних проблем сучасного суспільства. В умовах повномасштабної війни в Україні це питання набуває особливої значущості, оскільки зростає кількість людей, які отримали інвалідність внаслідок бойових дій, а також загострюються соціальні виклики, пов'язані з інтеграцією таких осіб у суспільство.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 15% населення світу живе з певною формою інвалідності. В Україні, за офіційною статистикою, кількість людей з інвалідністю становить близько 2,7 мільйона осіб (6,1% населення), проте реальні цифри можуть бути значно вищими з огляду на наслідки війни та пандемії COVID-19.

Незважаючи на поступові зміни у сфері державної політики, люди з інвалідністю продовжують стикатися з численними бар'єрами - як фізичними, так і соціальними, серед яких особливе місце займають упередження, стереотипи та емоційне відторгнення з боку суспільства. Саме тому дослідження соціального сприймання людей з інвалідністю набуває особливої актуальності.

Культура життєдіяльності осіб з інвалідністю є багатовимірним явищем, яке охоплює не лише адаптацію та самореалізацію, а й участь у соціальних процесах, прийняття та підтримку з боку громади. Її формування вимагає урахування соціально-психологічних, культурних та інституційних факторів.

Окрему актуальність становить вивчення соціально-психологічних особливостей сприймання людей з різним типом інвалідності - набутою внаслідок війни та вродженою, що дозволяє краще зрозуміти потреби й бар'єри для кожної групи. У цьому контексті важливо не лише описати проблему, а й емпірично дослідити ставлення суспільства, соціальну дистанцію, уявлення та поведінкові установки щодо людей з інвалідністю.

Результати таких досліджень є цінними для розробки інклюзивних стратегій, подолання стигматизації, підтримки психічного здоров'я, а також формування культури рівних можливостей у сучасному українському суспільстві.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей сприймання осіб з інвалідністю в українському соціумі та рефлексія ними (особами з інвалідністю) ставлення до себе з метою розробки рекомендацій щодо вирішення виявлених труднощів.

Завдання дослідження:

- **Проаналізувати наукові підходи до культури життєдіяльності людей з інвалідністю** та визначити ключові соціально-психологічні проблеми в умовах українського суспільства під час війни.
- **Дослідити рівень соціальної дистанції, емоційного ставлення та стереотипів**, які демонструють респонденти стосовно людей з інвалідністю, порівнявши їх із рефлексією самих людей з інвалідністю.
- **Проаналізувати зв'язок оціально-демографічних характеристик** (вік, стать, походження інвалідності) на особливості соціального сприймання людей з інвалідністю.
- **Встановити основні соціально-психологічні бар'єри**, які перешкоджають інтеграції людей з інвалідністю, та дослідити, як вони відображаються у сприйманні різних груп респондентів.
- **Сформулювати практичні рекомендації**, спрямовані на подолання соціальної дистанції, покращення соціальної взаємодії та розвиток культури життєдіяльності людей з інвалідністю в Україні.

Об'єкт дослідження: соціальна перцепція.

Предмет дослідження: особливості сприймання людей з інвалідністю в умовах сучасної України, зокрема в контексті повномасштабної війни.

Методи дослідження. а) *теоретичні методи* (аналіз, узагальнення, порівняння, класифікація, систематизація наукових джерел) дали можливість

сформувати базу знань та визначити основні концепції та підходи, які будуть використані в подальшому дослідженні;

б) *емпіричні методи дослідження*: опитування за допомогою анкетування, модифікована шкала соціальної дистанції Е. Богардуса; методики оцінки ставлення та уявлень про людей з інвалідністю («Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities (APPD)») та оцінки ставлення та поведінки щодо людей з інвалідністю («Attitudes and Behaviors toward People with Disabilities»); а також модифікована методика «Незавершені речення» для діагностики гандикапності О.О. Ставицького.

в) *методи статистичної обробки кількісних даних*: описова статистика, порівняльний, факторний та кореляційний аналіз.

Збір даних здійснювався дистанційно за допомогою онлайн-опитування (Google Форма), що дозволило охопити учасників з різних міст України.

База дослідження

У дослідженні взяли участь **64 респонденти**, розподілені на дві групи:

- **Перша група** - особи з інвалідністю ($n = 31$), віком від **16 до 52 років**. До складу групи увійшли **16 чоловіків** та **15 жінок**. Респонденти представляли різні нозологічні категорії.
- **Друга група** - особи без інвалідності ($n = 33$), віком від **20 до 56 років**. Серед них було **27 жінок** і **6 чоловіків**.

Усі учасники дослідження дали згоду на участь та обізнані про мету опитування. Вибірка є нерепрезентативною, однак була сформована за принципом добровільної участі та забезпечує можливість порівняльного аналізу між досліджуваними групами.

Практичне значення роботи. Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості їх використання для розробки та вдосконалення програм соціальної інтеграції та психологічної підтримки людей з інвалідністю, а також для формування інклюзивної політики на державному та місцевому рівнях. Одержані результати дослідження можуть бути корисними для державних органів, які можуть використовувати ці дані

для розробки ефективних політик, що сприяють соціальній інтеграції людей з інвалідністю, забезпечуючи рівні можливості у всіх сферах життя; громадських організацій, які можуть застосовувати ці результати для вдосконалення своїх програм підтримки, орієнтованих на емоційне та соціальне благополуччя осіб з інвалідністю; освітніх установ, які можуть інтегрувати отримані знання у навчальні програми для підвищення обізнаності студентів щодо інклюзії та толерантності. Таким чином, результати дослідження можуть мати потенціал для широкого застосування у різних сферах суспільного життя.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в комплексному аналізі соціального сприймання людей з інвалідністю в умовах війни, що враховує як психологічні характеристики, так і соціокультурний контекст.

Уперше здійснено емпіричне порівняння соціального сприймання осіб з інвалідністю та без інвалідності в умовах повномасштабної війни в Україні.

Виявлено особливості соціальної дистанції, емоційного ставлення, стереотипів та уявлень про людей з інвалідністю у двох групах респондентів.

Проведено диференційований аналіз за віком, статтю та типом інвалідності (вродженою та набутою внаслідок війни), що дозволило виявити специфіку сприймання в межах окремих соціально-демографічних підгруп.

Застосування кількісного та якісного аналізу дало змогу всебічно інтерпретувати результати, поєднуючи статистичні закономірності зі змістовними характеристиками уявлень респондентів.

Розроблено практичні рекомендації щодо подолання соціальної дистанції та формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю, орієнтовані на потреби окремих цільових груп.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує **77 найменувань**, та **додатків**. У дослідженні вміщено **16 таблиць** і **19 рисунків**. Основний зміст викладено

на **125 сторінках** комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить **155 сторінок**.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1 Поняття та сутність культури життєдіяльності людей з інвалідністю

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю є складним та багатограним поняттям, яке охоплює широкий спектр аспектів життя та функціонування особистості в суспільстві. Це поняття відображає сукупність матеріальних і духовних цінностей, створених та використовуваних людьми з інвалідністю в процесі їхньої життєдіяльності, а також способи їх створення, застосування та передачі.

Культура – це сукупність засвоєних форм поведінки і її результатів, елементи яких є загальними між членами даного суспільства [57, с.7].

Вітчизняний дослідник М. Попович, вивчаючи «культуру в розмаїтості понять, явищ, схем, простору», пояснював бачення культури різними фахівцями так: Е. Тайлор визначав культуру як комплекс, що включає знання, вірування, мистецтво, закони, мораль, звичаї й інші здібності й звички, які людина здобула як член суспільства. Х. Ортега-і-Гассет писав, що культура – це біологічні потенції, яким ми надаємо соціальний напрям. К. Юнг визначав культуру як форми поведінки, звичні для групи, спільноти людей, соціуму, що має матеріальні й нематеріальні риси» [57].

А. Капська, та О. Безпалько досліджують соціально-педагогічні аспекти інвалідності, а також теоретико-методологічні проблеми соціальної роботи із різними категоріями осіб з інвалідністю [40]. М. Гуліна розглядає психологічні, соціальні та педагогічні проблеми інвалідності.

У широкому розумінні, культура життєдіяльності людей з інвалідністю може бути визначена як система знань, умінь, навичок, цінностей та норм поведінки, які забезпечують ефективну адаптацію та інтеграцію осіб з інвалідністю в суспільство. Це поняття охоплює всі сфери життя людини: від повсякденного побуту до професійної діяльності та соціальної взаємодії.

Важливо зазначити, що культура життєдіяльності людей з інвалідністю не є ізольованим феноменом, а органічно вплетена в загальну культуру суспільства. Вона відображає рівень розвитку суспільства в цілому, його готовність до інклюзії та забезпечення рівних можливостей для всіх громадян, незалежно від їхніх фізичних чи психічних особливостей [56].

Одним з ключових аспектів культури життєдіяльності людей з інвалідністю є формування позитивної самоідентифікації та самосприйняття. Це передбачає розвиток здатності особи з інвалідністю сприймати себе як повноцінного члена суспільства, усвідомлювати свою цінність та потенціал, незалежно від фізичних чи психічних обмежень.

У контексті культури життєдіяльності особливе значення має поняття «незалежного життя». Це філософія та практика, які стверджують, що люди з інвалідністю мають право та можливість контролювати своє життя, приймати рішення та брати активну участь у житті суспільства нарівні з іншими громадянами.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також включає в себе аспекти соціальної взаємодії та комунікації. Це передбачає розвиток навичок ефективного спілкування, вміння будувати та підтримувати соціальні зв'язки, а також здатність відстоювати свої права та інтереси в різних життєвих ситуаціях [25, с.10].

Важливим компонентом культури життєдіяльності є освіта та професійна підготовка. Це не лише засіб отримання знань та навичок, необхідних для професійної діяльності, але й цінний інструмент соціалізації та особистісного розвитку людей з інвалідністю.

У рамках культури життєдіяльності особливу роль відіграє адаптивна фізична культура та спорт [45]. Вони сприяють не лише фізичному розвитку та реабілітації, але й формуванню позитивного самосприйняття, підвищенню самооцінки та розширенню соціальних контактів.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю тісно пов'язана з поняттям «якості життя» [37]. Вона включає в себе не лише задоволення

базових потреб, але й можливість реалізації особистісного потенціалу, досягнення життєвих цілей та отримання задоволення від життя.

Важливим аспектом культури життєдіяльності є формування навичок самообслуговування та самостійного ведення побуту [37]. Це включає в себе вміння організовувати свій життєвий простір, планувати та виконувати повсякденні завдання, використовувати допоміжні технології та пристрої для підвищення рівня незалежності [59].

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також передбачає розвиток навичок самоадвокації - здатності представляти та захищати власні інтереси, а також інтереси спільноти людей з інвалідністю в цілому. Це помітний аспект активного громадянства та участі в суспільному житті.

У контексті культури життєдіяльності особливе значення має концепція універсального дизайну - підходу до проектування продуктів, середовища, програм та послуг, який робить їх максимально придатними для використання всіма людьми без необхідності адаптації чи спеціального дизайну.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю включає в себе також аспекти духовного та культурного розвитку. Це передбачає доступ до культурних цінностей, можливість творчого самовираження, участь у культурному житті суспільства [3, с. 13].

Важливим компонентом культури життєдіяльності є формування здорового способу життя з урахуванням особливостей та потреб людей з інвалідністю. Це включає в себе правильне харчування, фізичну активність, профілактику захворювань та підтримку психологічного здоров'я.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю тісно пов'язана з поняттям соціальної інклюзії - процесу, який забезпечує повноцінну участь усіх членів суспільства у всіх сферах життєдіяльності. Це передбачає створення умов для рівного доступу до освіти, працевлаштування, культури, спорту та інших сфер суспільного життя.

У рамках культури життєдіяльності особливе значення має розвиток навичок фінансової грамотності та управління особистими фінансами. Це необхідно для забезпечення фінансової незалежності та стабільності людей з інвалідністю [59].

Культура життєдіяльності також включає в себе аспекти планування майбутнього та постановки життєвих цілей. Це передбачає розвиток навичок стратегічного мислення, вміння визначати пріоритети та розробляти плани для досягнення бажаних результатів.

Також, компонентом культури життєдіяльності є формування резильєнтності - здатності успішно адаптуватися до життєвих викликів та стресів. Це особливо необхідно для людей з інвалідністю, які часто стикаються з додатковими труднощами та бар'єрами у повсякденному житті.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також включає в себе аспекти міжособистісних відносин та створення сім'ї. Це передбачає розвиток навичок побудови здорових відносин, вирішення конфліктів, а також подолання стереотипів щодо сімейного життя людей з інвалідністю.

У контексті культури життєдіяльності особливе значення має концепція «розумного пристосування» - внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і підходящих модифікацій і коректив, що не становлять непропорційного чи невинуватого тягаря, для цілей забезпечення реалізації або здійснення людьми з інвалідністю нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також включає в себе аспекти громадянської активності та участі в політичному житті. Це передбачає розвиток навичок критичного мислення, вміння аналізувати суспільно-політичні процеси та брати активну участь у прийнятті рішень, які впливають на життя спільноти людей з інвалідністю [43].

Важливим компонентом культури життєдіяльності є формування навичок безпечної поведінки та самозахисту. Це особливо актуально для

людей з інвалідністю, які можуть бути більш вразливими до різних форм насильства чи експлуатації.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також передбачає розвиток навичок тайм-менеджменту та організації власного часу. Це потрібно для ефективного балансування між різними сферами життя: роботою, навчанням, відпочинком та соціальною активністю.

У рамках культури життєдіяльності особливе значення має формування екологічної свідомості та навичок екологічно відповідальної поведінки. Це включає в себе розуміння взаємозв'язку між здоров'ям людини та станом навколишнього середовища, а також вміння робити екологічно свідомий вибір у повсякденному житті.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також включає в себе аспекти інформаційної культури та медіаграмотності. Це передбачає розвиток навичок критичного аналізу інформації, безпечного використання інтернету та соціальних мереж, а також ефективного використання інформаційних технологій для підвищення якості життя.

До того ж, компонентом культури життєдіяльності є формування навичок стресостійкості та емоційної регуляції. Це включає в себе вміння справлятися зі стресом, управляти своїми емоціями та підтримувати психологічне благополуччя в умовах життєвих викликів.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також передбачає розвиток навичок міжкультурної комунікації та толерантності. Це особливо серйозно в контексті глобалізації та зростаючої різноманітності суспільства, де здатність ефективно взаємодіяти з людьми різних культур та переконань стає ключовою компетенцією [75].

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також включає в себе аспекти цифрової інклюзії. В епоху стрімкого розвитку інформаційних технологій необхідно забезпечити рівний доступ до цифрових ресурсів та розвивати навички їх ефективного використання. Це передбачає не лише фізичну доступність технологій, але й розробку адаптивних інтерфейсів,

навчання цифровим навичкам та створення інклюзивного цифрового контенту.

Помітним компонентом культури життєдіяльності є розвиток навичок критичного мислення та прийняття рішень. Це особливо актуально для людей з інвалідністю, які часто стикаються з складними життєвими ситуаціями та необхідністю робити вибір в умовах обмежених можливостей. Розвиток цих навичок сприяє підвищенню автономності та здатності ефективно вирішувати життєві проблеми.

У контексті культури життєдіяльності особливе значення має формування позитивного ставлення до власного тіла та розвиток навичок самопомоги. Це включає в себе прийняття своїх фізичних особливостей, розуміння потреб свого тіла та вміння доглядати за ним. Такий підхід сприяє підвищенню самооцінки та загального рівня задоволення життям [45].

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю також охоплює аспекти творчого самовираження та участі в культурному житті суспільства. Це передбачає розвиток творчих здібностей, участь у мистецьких проектах, відвідування культурних заходів та створення власних культурних продуктів. Творча діяльність не лише збагачує життя людини, але й сприяє зміні суспільного сприйняття інвалідності.

Нарешті, необхідним компонентом культури життєдіяльності є розвиток лідерських якостей та навичок громадської активності. Це включає в себе вміння відстоювати свої права, брати участь у процесах прийняття рішень на різних рівнях, а також здатність ініціювати та реалізовувати соціальні проекти. Розвиток лідерського потенціалу людей з інвалідністю є ключовим фактором у формуванні інклюзивного суспільства та забезпеченні рівних можливостей для всіх.

Підсумовуючи, можна сказати, що культура життєдіяльності людей з інвалідністю - це комплексне поняття, яке охоплює всі аспекти життя та функціонування особистості в суспільстві. Воно відображає рівень розвитку як самої особистості, так і суспільства в цілому, його готовність до інклюзії

та забезпечення рівних можливостей для всіх громадян. Формування високої культури життєдіяльності людей з інвалідністю є важливим завданням сучасного суспільства, яке прагне до рівності, справедливості та повноцінної реалізації потенціалу кожної людини.

1.2 Соціально-психологічні аспекти формування культури ставлення до людей з інвалідністю

Соціально-психологічні аспекти формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю є ключовими факторами, які визначають якість життя, рівень соціальної інтеграції та особистісного розвитку цієї групи населення. Ці аспекти охоплюють широкий спектр психологічних процесів, соціальних взаємодій та культурних факторів, які впливають на формування самосприйняття, соціальної ідентичності та поведінкових стратегій людей з інвалідністю.

Культура життєдіяльності людей з інвалідністю може бути визначена як система знань, цінностей, норм та практик, які забезпечують ефективну адаптацію та самореалізацію особи з інвалідністю в суспільстві. Ця культура формується під впливом як індивідуальних психологічних особливостей, так і соціальних факторів, включаючи ставлення суспільства до інвалідності, доступність фізичного та соціального середовища, а також наявність підтримуючих систем [29; 63].

Одним з ключових соціально-психологічних аспектів формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю є процес адаптації до свого стану. Це складний психологічний процес, який включає в себе прийняття своєї інвалідності, переоцінку життєвих цілей та цінностей, а також розвиток нових стратегій подолання життєвих труднощів. Успішна адаптація є фундаментом для формування позитивної самоідентифікації та активної життєвої позиції [43].

Самосприйняття та самооцінка відіграють критичну роль у формуванні культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Позитивне самосприйняття та адекватна самооцінка є ключовими факторами психологічного благополуччя та соціальної активності. Однак формування позитивного самосприйняття може бути ускладнене негативними соціальними стереотипами та упередженнями щодо інвалідності [6; 64].

Соціальна ідентичність людей з інвалідністю є складним конструктом, який формується на перетині різних соціальних ролей та групових приналежностей. Також, аспектом є баланс між ідентифікацією себе як особи з інвалідністю та іншими необхідними соціальними ролями (професійними, сімейними, громадськими). Формування позитивної та багатогранної соціальної ідентичності є важливим фактором соціальної інтеграції та самореалізації [17].

Стигматизація та дискримінація є серйозними соціально-психологічними бар'єрами у формуванні культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Стигма, пов'язана з інвалідністю, може призводити до соціальної ізоляції, зниження самооцінки та обмеження життєвих можливостей. Подолання стигми вимагає як індивідуальних психологічних ресурсів, так і системних соціальних змін [63; 64].

Резильєнтність, або психологічна стійкість, є ключовою характеристикою, яка визначає здатність людей з інвалідністю успішно адаптуватися до життєвих викликів. Розвиток резильєнтності включає в себе формування позитивного мислення, навичок ефективного подолання стресу, а також здатності знаходити сенс та можливості для росту в складних життєвих ситуаціях [43; 61].

Соціальна підтримка відіграє критичну роль у формуванні культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Вона включає в себе емоційну, інформаційну та практичну допомогу з боку сім'ї, друзів, професіоналів та громади в цілому [29]. Наявність ефективної системи соціальної підтримки

сприяє психологічному благополуччю, підвищує самооцінку та полегшує соціальну інтеграцію.

Розширення можливостей, є цінним соціально-психологічним процесом, який сприяє формуванню активної життєвої позиції людей з інвалідністю. Це включає в себе розвиток навичок самоадвокації, підвищення обізнаності про свої права, а також участь у прийнятті рішень, які впливають на життя людей з інвалідністю [63].

Формування життєвих цілей та сенсу життя є ключовим аспектом культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Це включає в себе переоцінку життєвих пріоритетів, пошук нових можливостей для самореалізації, а також розвиток здатності знаходити позитивні аспекти в своєму досвіді інвалідності.

Розвиток соціальних компетенцій є важливим для повноцінної соціальної інтеграції людей з інвалідністю. Це включає в себе навички ефективної комунікації, вміння будувати та підтримувати міжособистісні відносини, а також здатність ефективно взаємодіяти в різних соціальних контекстах.

Професійна самореалізація є необхідним аспектом культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Вона включає в себе не лише працевлаштування, але й розвиток професійних навичок, побудову кар'єри та досягнення професійного визнання. Успішна професійна самореалізація сприяє підвищенню самооцінки, розширенню соціальних контактів та фінансової незалежності [29; 61; 67].

Сексуальність та інтимні відносини є значущою, але часто ігнорованою сферою життя людей з інвалідністю. Формування здорового ставлення до своєї сексуальності, розвиток навичок побудови інтимних відносин та подолання соціальних табу є серйозними аспектами культури життєдіяльності.

Духовність та релігійність можуть відігравати значну роль у формуванні культури життєдіяльності людей з інвалідністю [74]. Для

багатьох людей духовні практики та релігійні переконання є джерелом сили, надії та сенсу життя, допомагаючи адаптуватися до життєвих викликів.

Розвиток творчого потенціалу є важливим аспектом самореалізації та психологічного благополуччя людей з інвалідністю. Участь у творчій діяльності може бути потужним засобом самовираження, подолання психологічних бар'єрів та розширення соціальних контактів.

Формування здорового способу життя є помітним компонентом культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Це включає в себе адаптовану фізичну активність, правильне харчування, управління стресом та профілактику вторинних захворювань .

Розвиток навичок самостійного життя є ключовим для підвищення автономії та якості життя людей з інвалідністю. Це включає в себе навички самообслуговування, управління особистими фінансами, організації життєвого простору та використання допоміжних технологій.

Формування позитивного ставлення до свого тіла є серйозним аспектом психологічного благополуччя людей з інвалідністю. Це включає в себе прийняття фізичних особливостей, пов'язаних з інвалідністю, розвиток позитивного образу тіла та подолання негативних соціальних стереотипів щодо зовнішності.

Розвиток емоційного інтелекту є цінним для ефективної соціальної взаємодії та психологічної адаптації людей з інвалідністю. Це включає в себе здатність розпізнавати та управляти власними емоціями, а також розуміти емоції інших людей.

Формування активної громадянської позиції є аспектом культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Це включає в себе участь у громадських організаціях, адвокацію прав людей з інвалідністю та участь у політичному житті суспільства [29].

Розвиток навичок управління часом та планування є потрібним для ефективної організації життєдіяльності людей з інвалідністю. Це особливо актуально в контексті необхідності балансування між різними життєвими

сферами, включаючи реабілітацію, працю, відпочинок та соціальну активність.

Формування навичок управління болем та втомою є аспектом для багатьох людей з інвалідністю. Це включає в себе розвиток стратегій подолання хронічного болю, управління енергією та адаптацію активності відповідно до індивідуальних можливостей.

Розвиток цифрової грамотності та навичок використання інформаційно-комунікаційних технологій є критичним для повноцінної участі людей з інвалідністю в сучасному інформаційному суспільстві. Це відкриває нові можливості для освіти, працевлаштування та соціальної взаємодії.

Формування навичок самоадвокації є також аспектом культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Це включає в себе здатність ефективно представляти свої інтереси, відстоювати свої права та брати активну участь у прийнятті рішень, які впливають на їхнє життя.

Підсумовуючи, можна сказати, що соціально-психологічні аспекти формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю є складним та багатограним феноменом, який охоплює широкий спектр психологічних процесів, соціальних взаємодій та культурних факторів. Розуміння та врахування цих аспектів є критичним для розробки ефективних стратегій підтримки та empowerment людей з інвалідністю, сприяючи їхній повноцінній участі в усіх сферах суспільного життя та реалізації їхнього потенціалу [61].

У контексті соціально-психологічних аспектів формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю важливо також звернути увагу на роль соціальних медіа та цифрових технологій. Ці інструменти відкривають нові можливості для самовираження, комунікації та соціальної інтеграції людей з інвалідністю. Соціальні мережі, блоги та онлайн-спільноти дозволяють людям з інвалідністю ділитися своїм досвідом, знаходити однодумців та формувати власні наративи, які часто протистоять усталеним стереотипам.

Однак, потрібно зазначити, що цифрове середовище також може бути джерелом нових викликів, таких як кібербулінг або цифрова нерівність, які потребують особливої уваги та розробки відповідних стратегій захисту.

Ще одним аспектом є розвиток концепції нейрорізноманіття, особливо у контексті людей з аутизмом та іншими нейророзбіжностями. Ця концепція пропонує розглядати нейрологічні відмінності не як патологію, а як природну варіацію людського мозку. Такий підхід сприяє формуванню більш інклюзивного та толерантного суспільства, де різні способи мислення та сприйняття світу визнаються і цінуються. Впровадження концепції нейрорізноманіття у освітні та робочі середовища може значно покращити якість життя та можливості для самореалізації людей з нейророзбіжностями [17].

Необхідно також звернути увагу на інтерсекційність досвіду людей з інвалідністю. Інвалідність часто перетинається з іншими аспектами ідентичності, такими як гендер, раса, сексуальна орієнтація, соціально-економічний статус тощо. Ці перетини можуть створювати унікальні виклики та бар'єри, які потребують комплексного підходу до їх подолання. Наприклад, жінки з інвалідністю можуть стикатися з подвійною дискримінацією - і як жінки, і як люди з інвалідністю. Розуміння та врахування цієї інтерсекційності є критично цінним для розробки ефективних стратегій соціальної інклюзії та підтримки.

Нарешті, потрібно підкреслити роль самоадвокації та активізму людей з інвалідністю у формуванні культури життєдіяльності. Рух за права людей з інвалідністю має довгу історію боротьби за рівність та інклюзію, і ця боротьба продовжується і сьогодні. Активісти з інвалідністю відіграють ключову роль у просуванні законодавчих змін, підвищенні обізнаності суспільства та боротьбі зі стигмою та дискримінацією. Підтримка та розвиток лідерського потенціалу людей з інвалідністю, створення платформ для їх голосів та досвіду є критично важливими для побудови справді інклюзивного суспільства. Це не лише сприяє покращенню становища людей

з інвалідністю, але й збагачує суспільство в цілому, роблячи його більш справедливим, різноманітним та відкритим до різних форм людського досвіду.

1.3. Аналіз ставлення та особливостей сприймання людей з вадами здоров'я в українському суспільстві

Ставлення до людей з інвалідністю в українському суспільстві формується на перетині соціальних, культурних, політичних і психологічних факторів. Цей процес є багатограним і динамічним, оскільки у ньому поєднуються еволюційні зміни в соціальній свідомості з реакцією на нові історичні виклики. Протягом останніх десятиліть в Україні поступово відбувається перехід від традиційного, медикалізованого бачення інвалідності до соціальної моделі, яка наголошує на правах, можливостях та потенціалі особистості. У межах цієї моделі інвалідність розглядається не як дефект чи обмеження, а як результат взаємодії особистих особливостей з бар'єрами середовища - фізичними, інституційними, психологічними та комунікативними.

Водночас, як зазначають українські дослідники Г. Балл і І. Зверева, стереотипне уявлення про інвалідність як про стан слабкості, залежності та нездатності до повноцінного життя все ще залишається частиною домінантного соціального дискурсу [5]. Такі уявлення часто формуються ще в дитинстві, через відсутність достатньої кількості прикладів інклюзивної взаємодії, через соціальне табу на тему інвалідності, а також через зображення в медіа, що фокусуються переважно на співчутті або героїзації.

Сьогоднішнє українське суспільство характеризується роздвоєністю у підходах до інвалідності. З одного боку, офіційна риторика й державна політика декларують курс на інклюзію, забезпечення рівних прав і можливостей, доступність освіти, працевлаштування, безбар'єрності. У законодавстві України вже закріплено низку положень, які формально

наближають країну до стандартів ООН щодо прав осіб з інвалідністю. З іншого боку, в повсякденному житті продовжують діяти практики символічного та фактичного виключення. Особи з інвалідністю нерідко залишаються на маргінесах соціального простору - як фізично (через відсутність доступної інфраструктури), так і символічно (через стереотипізацію та упередження).

Культурний фон, на якому формується це ставлення, має глибоке історичне коріння. У радянські часи інвалідність була темою «невидимою» - людей із серйозними порушеннями здоров'я приховували від публічного простору, ізолювали у спеціалізованих закладах або вважали нездатними до активної участі у житті суспільства. Така соціальна інерція продовжує впливати на сучасну українську дійсність, зумовлюючи наявність не лише матеріальних, але й ментальних бар'єрів у спілкуванні з людьми з інвалідністю.

Окрім того, у суспільстві досі функціонують так звані «м'які форми» дискримінації - коли за зовнішньої поваги чи підтримки людина з інвалідністю сприймається як об'єкт жалю, співчуття, але не як рівноправний партнер у спілкуванні або професійній діяльності [1]. Таке ставлення не завжди є зумисним - частіше воно формується неусвідомлено, на рівні культурних схем, закладених у процесі соціалізації. У результаті - навіть ті, хто вважає себе толерантними, можуть мати труднощі в реальній взаємодії з людьми з інвалідністю, відчувати тривогу, ніяковість або уникати контактів.

Особливо варто зазначити, що формування ставлення до людей з інвалідністю нерозривно пов'язане із особистим досвідом респондента. Як засвідчують емпіричні дослідження, особи, які мали безпосередній досвід тривалого та якісного контакту з людьми з інвалідністю, демонструють нижчий рівень соціальної дистанції, більше емпатії та інклюзивних установок. Водночас формальний або поверхневий контакт не завжди змінює ставлення - навпаки, він може підкріплювати стереотипи, якщо відбувається у контексті дискомфорту або конфлікту.

Загалом, сучасна ситуація свідчить про те, що попри значні зрушення в офіційній риторичі та поступовий розвиток громадських ініціатив у сфері інклюзії, ставлення до людей з інвалідністю в Україні все ще формується в умовах розриву між цінностями та практиками. Розбудова по-справжньому інклюзивного суспільства потребує не лише нормативних змін, а й глибокої трансформації суспільної свідомості - через освіту, медіа, міжособистісний досвід і приклади позитивної участі осіб з інвалідністю у всіх сферах життя.

Науковці підкреслюють, що однією з характерних рис українського суспільства залишається патерналістське ставлення до осіб з інвалідністю. Такий підхід передбачає сприйняття людей з вадами здоров'я як «об'єктів допомоги» - тих, кого потрібно захищати, підтримувати, жаліти, але не розглядати як повноцінних учасників суспільного життя. У цій парадигмі люди з інвалідністю позбавляються статусу активних суб'єктів, здатних самостійно визначати власну життєву траєкторію. Т. Семигіна справедливо зауважує, що таке бачення формує асиметричну соціальну взаємодію, де один учасник наділений владою, ініціативою, здатністю допомагати, а інший - перебуває у позиції отримувача, спостерігача або навіть пасивного об'єкта [63].

Цей дисбаланс відображається не лише в інституційній практиці, але й у щоденних взаєминах. Наприклад, часто можна спостерігати ситуації, коли людині з інвалідністю пропонують допомогу навіть у тих випадках, коли вона її не потребує, або звертаються не до неї безпосередньо, а до її супроводжувача. Це створює атмосферу недовіри до компетентності, що ускладнює самореалізацію особи, підсилює відчуття залежності та ізоляваності.

З іншого боку, дослідження О. Безверхньої акцентують увагу на внутрішній суперечності у масовій свідомості українців: переважна більшість респондентів підтримує загальні ідеї рівності, справедливості, гуманізму, у тому числі й щодо інклюзії людей з інвалідністю, однак на практиці часто демонструє уникання, ніяковість або емоційну відстороненість [6]. Це

яскраво проявляється в побутових ситуаціях: у навчальних закладах, громадському транспорті, під час обслуговування, коли контакт з людиною з інвалідністю викликає у навколишніх розгубленість або навіть страх. Такий стан речей говорить не про злі наміри, а про брак досвіду, навичок та соціального навчання.

Цікаво, що саме розрив між переконаннями та поведінкою є маркером незавершеного процесу трансформації свідомості. З одного боку, суспільство вже засвоїло нові цінності - про рівність, недискримінацію, людську гідність. Ці цінності озвучуються в політичних промовах, соціальній рекламі, в освітньому процесі. Проте в реальності поведінкові патерни ще не змінилися: діють старі механізми захисту, уникання, компенсації, що формувалися десятиліттями в умовах «інвалідності як табу».

Причиною цього, на думку багатьох дослідників, є низький рівень міжособистісної включеності людей з інвалідністю у життя громад. Через фізичні бар'єри, нестачу інклюзивних шкіл, ізолюваність зайнятості та обмежений доступ до публічного простору люди з інвалідністю залишаються «невидимими». Їхня відсутність у колективах, у медіа, у повсякденному житті призводить до того, що для багатьох українців інвалідність - це щось далеке, незрозуміле або навіть небезпечне.

Окремим чинником є емоційна розгубленість: люди бояться образити, сказати щось «не так», не знають, як реагувати, що призводить до уникання. Як наслідок, навіть ті, хто позитивно ставиться до ідеї рівності, на практиці не ініціюють контактів або відчують психологічний бар'єр у спілкуванні. Цей бар'єр не зникає сам по собі - він потребує цілеспрямованого подолання через соціальні тренінги, просвітництво, шкільну освіту, медіакампанії та особистий досвід.

Слід також звернути увагу на те, що патріархальні цінності, властиві частині українського суспільства, підсилюють патерналістське бачення інвалідності. Тут сильна роль «захисника» (здорової людини), що бере під опіку «слабшого», часто асоціюється з моральною доброчесністю. Проте така

модель водночас виключає людину з інвалідністю з рівноправного партнерства, ставить її в залежну позицію. Ще небезпечнішою є тенденція до героїзації або ідеалізації - зображення людей з інвалідністю як “надлюдей”, які «надихають» своєю стійкістю. Це, хоч і виглядає позитивно, але знову ж таки деформує образ реальної особистості, її буденних потреб і прагнень.

У підсумку можна сказати, що патерналістське ставлення та поведінкова суперечність є ключовими викликами на шляху формування зрілого, емоційно та когнітивно інтегрованого сприймання інвалідності. Вони свідчать про етап переходу, коли суспільство вже приймає інші норми, але ще не відпрацювало відповідні практики. Цей перехідний стан вимагає особливої уваги - з боку держави, освітньої системи, громадських організацій - для того, щоб інвалідність перестала бути «особливою темою», а стала частиною звичайної соціальної взаємодії.

Суттєвим чинником формування суспільних уявлень про людей з інвалідністю є не лише сам факт наявності порушення здоров'я, а й тип інвалідності, який істотно впливає на характер ставлення з боку соціального оточення. Різні форми інвалідності сприймаються суспільством неоднаково - відносна толерантність до одних може поєднуватися з глибокими упередженнями щодо інших. Як зазначають Л. Виговська та О. Ковальчук, найбільш сприятливе сприймання спостерігається щодо осіб із порушеннями опорно-рухового апарату - фізичними обмеженнями, які є видимими, зрозумілими та часто викликають співчуття або підтримку з боку оточення [17].

Натомість люди з ментальними або психічними розладами, навіть при зовнішній відсутності фізичних відхилень, значно частіше стикаються з неприйняттям, обережністю або страхом. Це зумовлено низкою чинників - починаючи від недостатньої поінформованості суспільства про природу таких порушень і завершуючи глибоко вкоріненими стереотипами про «небезпечність» або «непередбачуваність» людей із психічними розладами. У публічному дискурсі ментальна інвалідність часто асоціюється з

неконтрольованою поведінкою, що породжує страх і стигматизацію навіть у тих випадках, коли жодних підстав для занепокоєння немає.

Таке диференційоване ставлення не лише відображає рівень знань суспільства, а й впливає на глибину включення людей з різними типами інвалідності в соціальні процеси. Особи з порушеннями психіки частіше стикаються з соціальним виключенням, дискримінацією на ринку праці, ізоляцією в закритих установах або обмеженим доступом до якісної освіти. Ці обставини створюють замкнене коло: чим менше такі люди залучені до суспільного життя, тим менше у громадян є можливостей дізнатися правду про їхні реальні потреби та можливості, тим сильніше закріплюються упередження.

Отже, неоднорідність ставлення до різних типів інвалідності вимагає цілеспрямованого, диференційованого підходу до просвітницької, освітньої та комунікаційної роботи з населенням. Є сенс розробляти спеціальні програми, які не лише інформуватимуть, а й сприятимуть подоланню страхів, формуванню емпатії та зміні ставлень. Особливо актуальним є включення до освітніх програм тематики психічного здоров'я, розвінчання міфів і активна підтримка публічного висвітлення досвіду людей із ментальними порушеннями в медіа, культурі та суспільному просторі.

Новим викликом у сфері суспільного сприймання інвалідності стали глибокі соціальні трансформації, пов'язані з повномасштабною війною в Україні. Зокрема, значне зростання кількості як військових, так і цивільних осіб, які отримали інвалідність унаслідок бойових дій, спричинило помітні зрушення у масовій свідомості щодо цієї теми. На відміну від попередніх етапів, коли інвалідність залишалась переважно «невидимою» або маргіналізованою, у нових умовах вона стала соціально помітною, публічно артикульованою, а образ особи з інвалідністю - частиною національного дискурсу про війну, жертвовність і гідність.

Як підкреслює І. Храмова, цей процес супроводжується парадоксальною динамікою: з одного боку, суспільство демонструє

зростання емпатії, підтримки та солідарності, що позитивно впливає на інклюзію нових груп людей з інвалідністю; з іншого боку - формується новий тип стереотипізації, який Храмова означає як модель «герой-жертва» [70]. І. Юрченко аналізує актуальні соціологічні опитування щодо громадського сприймання людей з інвалідністю в умовах війни [76].

І. Шевченко наголошує на ролі неурядових організацій і місцевих громад у зниженні бар'єрів та посиленні соціальної активності людей з інвалідністю [73].

Подібне сприймання може мати низку небажаних наслідків. По-перше, воно зменшує суб'єктність особи, зводячи її до символу або моральної фігури, позбавленої індивідуальних потреб, прагнень і різноманіття життєвих сценаріїв. По-друге, у суспільстві може закріпитися ієрархія «легітимної інвалідності», де поранені на війні розглядаються як більш «гідні» поваги або підтримки, ніж особи, які мали інвалідність з народження або з інших причин. Це створює ризик нової сегрегації - не за наявністю чи відсутністю інвалідності, а за її соціальною репрезентацією.

Варто також враховувати, що нові умови створюють емоційно-чутливе середовище, у якому публічна дискусія про інвалідність потребує особливої обережності. Нерідко суспільні реакції орієнтовані на співчуття й вдячність, але уникають розмов про реальні проблеми інфраструктури, працевлаштування, медичної реабілітації, психосоціальної підтримки. Такий «моральний щит» може заміщувати діалог конкретних дій образами морального боргу або милосердя.

Отже, війна, з одного боку, стала поштовхом до активнішого усвідомлення теми інвалідності, але з іншого - спричинила нові типи символічного навантаження, які вимагають осмислення та подолання. Важливо зберігати баланс між повагою до життєвого досвіду, який пережили ці люди, і визнанням їх як повноцінних, активних громадян, що мають право на життя без героїзації, жалю чи упереджень.

У підсумку, можна стверджувати, що сучасне українське суспільство перебуває на важливому, хоча й складному етапі переходу від традиційного, патерналістського сприймання осіб з інвалідністю до більш інклюзивного, заснованого на принципах рівності, поваги до гідності та соціальної участі. Цей процес не є лінійним і однозначним: він супроводжується внутрішніми суперечностями, розривами між задекларованими цінностями й реальними соціальними практиками, а також нерівномірністю змін у різних регіонах та соціальних групах.

Формування інклюзивного світогляду вимагає не лише нормативно-правового забезпечення чи державної підтримки. Йдеться про глибоку трансформацію суспільної свідомості, що охоплює зміну уявлень, моделей взаємодії, емоційних реакцій і повсякденних ритуалів спілкування. Стереотипи, упередження та страхи долаються не постановами чи стратегіями, а постійною практикою відкритого діалогу, видимості людей з інвалідністю в соціальному просторі, особистим прикладом взаємодії.

Вирішальну роль у цьому процесі відіграють кілька ключових факторів. Передусім - політична воля, яка має забезпечувати не лише декларативну, а й реальну підтримку інклюзивних реформ. Не менш важливими є медіа-репрезентації, які формують суспільні уявлення і мають переходити від стереотипних образів до багатоманітних, реалістичних портретів осіб з інвалідністю. Також значну роль відіграє освітня система, яка повинна з дитинства формувати в дітей розуміння рівності, толерантності й поваги до іншості.

Однак чи не найпотужнішим чинником є особистий досвід кожного громадянина: лише через безпосередній контакт, спільну діяльність, відкритість до співпраці можна подолати емоційні бар'єри й сформувати справжнє партнерське ставлення. У цьому полягає сенс інклюзії як не просто моделі соціальної політики, а як способу життя та взаємодії в громаді, де кожна людина, незалежно від стану здоров'я, визнається носієм гідності, потенціалу і права бути почутою.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено всебічний теоретико-методологічний аналіз культури життєдіяльності людей з інвалідністю в сучасному українському контексті. Визначено, що це поняття є складним, інтегративним утворенням, що охоплює сукупність знань, цінностей, норм, установок і практик, спрямованих на забезпечення повноцінної участі людей з інвалідністю в житті суспільства. Культура життєдіяльності виступає як індикатор інклюзивності соціального середовища, рівня розвитку громадянського суспільства та дотримання прав людини.

Соціально-психологічні аспекти цієї культури включають прийняття інвалідності, формування позитивної ідентичності, розвиток резильєнтності, емоційного інтелекту, самоадвокації, а також здатності до соціальної взаємодії, професійної самореалізації та громадянської активності. Особлива увага приділена ролі підтримуючого середовища, міжособистісних контактів, цифрової інклюзії, творчого самовираження та духовного зростання як ресурсів життєвої сили особистості з інвалідністю.

Аналіз ставлення до людей з інвалідністю в українському суспільстві засвідчив, що попри позитивні зрушення в офіційній риторичі та поступове запровадження інклюзивної політики, у масовій свідомості все ще зберігаються патерналістські, стереотипні та героїзуючі установки. Особливої актуальності набуває феномен подвійної моралі: суспільне декларування рівності часто не відповідає реальним моделям взаємодії. Війна стала потужним каталізатором змін, підвищивши суспільну видимість інвалідності, але водночас спричинила нові виклики - зокрема, ризик фрагментації образу людей з інвалідністю за принципом «легітимності» походження порушень.

Таким чином, розуміння культури життєдіяльності людей з інвалідністю вимагає цілісного, міждисциплінарного підходу, який охоплює

не лише соціальні, а й психологічні, культурні, правові та політичні виміри. Кожен із цих аспектів взаємодіє у складній системі впливів, формуючи умови, у яких особа з інвалідністю живе, розвивається, приймає рішення та реалізує свій потенціал. Культура життєдіяльності не є чимось однозначно заданим або автоматично сформованим - це динамічний процес, у якому відображається як особистісний досвід конкретної людини, так і структура соціальних взаємин, доступність ресурсів, наявність чи відсутність бар'єрів, ставлення з боку оточення та державна політика.

Водночас формування культури життєдіяльності не можна зводити лише до індивідуального зусилля чи внутрішньої роботи особи. Це - глибоко суспільний процес, що вимагає колективної відповідальності, включеності інституцій, медіа, освітніх закладів, місцевих громад, бізнесу, а також усіх учасників суспільства. Інклюзія починається не з окремих актів доброзичливості, а з усвідомлення того, що інвалідність - це не виняток чи відхилення, а одна з можливих форм людського існування. Це усвідомлення має стати підґрунтям для трансформації суспільних уявлень, ціннісних орієнтирів і повсякденних практик - у напрямку прийняття різноманітності, побудови справді рівноправних стосунків і визнання унікальності кожної особистості.

Трансформація культури життєдіяльності - це шлях до глибшої інклюзії, який неможливий без переосмислення соціальних норм, зменшення стигматизації, розвитку партнерських моделей взаємодії та зміцнення ідеї гідності як універсальної людської цінності. Саме така культура дозволяє не лише «включати» людей з інвалідністю в наявні соціальні структури, а змінювати самі ці структури таким чином, щоб вони ставали доступнішими, справедливішими та відкритішими для всіх.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1 Організація дослідження та характеристика вибірки

Сьогодні в Україні, особливо в умовах тривалої війни, питання соціального сприймання та інтеграції людей з інвалідністю набуло особливої гостроти. Це пов'язано не тільки з різким збільшенням кількості людей з інвалідністю, але й із посиленням суспільних дискусій щодо умов їх соціалізації та підтримки. [70].

Саме тому, метою нашого дослідження стало визначення особливостей соціального сприймання осіб з інвалідністю українським суспільством в умовах війни. Нами було сфокусовано увагу на аналізі соціально-психологічних феноменів таких як соціальна дистанція, упередження, стереотипізація, емоційне сприйняття та емпатія щодо різних категорій людей з інвалідністю. [61].

Основними завданнями дослідження є такі:

1. Визначити рівень соціальної дистанції, яку демонструють особи без інвалідності до людей з інвалідністю. Порівняти з рефлексією цього ставлення респондентами з інвалідністю.
2. Виявити основні емоційні реакції та стереотипи, які виникають у респондентів при взаємодії з людьми з інвалідністю, співвіднести їх з відображеннями респондентів з інвалідністю.
3. Дослідити вплив походження інвалідності (з дитинства чи внаслідок війни) на особливості ставлення суспільства до цих осіб.
4. Встановити соціальні бар'єри, що ускладнюють інтеграцію людей з інвалідністю у сучасному українському суспільстві [63], виявити спільні та відмінні характеристики у сприйманні осіб з інвалідністю та рефлексією ними самими цього сприймання

5. Розробити практичні рекомендації з оптимізації соціальної підтримки та інтеграції осіб з інвалідністю.

Характеристика вибірки дослідження

У емпіричному дослідженні взяли участь 64 респонденти, поділені на дві групи: осіб з інвалідністю (31 особа) та осіб без інвалідності (33 особи). Кожна група має свої особливості та була описана за такими параметрами, як статево-віковий розподіл, причини інвалідності, типи інвалідності, та географічне поширення.

Перша група: особи з інвалідністю (31 респондент)

Статево-віковий склад першої групи

Гендерний розподіл першої групи майже рівномірний:

- Чоловіків – 16 осіб (51,6%);
- Жінок – 15 осіб (48,4%).

Що стосується віку респондентів цієї групи, то їхній вік коливається від 16 до 52 років. Середній вік склав приблизно 30 років, що свідчить про те, що у дослідженні брали участь переважно молоді люди. Це обумовлено тим, що значна частина цієї групи отримала інвалідність саме внаслідок війни, що значною мірою вплинуло на демографічний склад вибірки.

Докладніше про віковий розподіл:

- Мінімальний вік: 16 років;
- Максимальний вік: 52 роки;

Причини інвалідності

Аналіз даних дозволив встановити різноманітні причини інвалідності, серед яких найбільш поширеними є:

- Інвалідність з дитинства (16 осіб, 51,6% вибірки). Це свідчить про значну представленість групи людей, які стикались з соціальними бар'єрами протягом усього життя.
- Інвалідність, отримана військовослужбовцями під час війни (10 осіб, 32,3%). Ця підгрупа має значну вагу для дослідження,

оскільки саме вона демонструє вплив воєнних подій на формування нових соціальних стереотипів та бар'єрів.

- Інвалідність через нещасні випадки та загальні захворювання (по 2 особи, 6,5% кожна підгрупа), а також інвалідність цивільних осіб внаслідок війни (1 особа, 3,2%).

Тип інвалідності

Всі учасники з інвалідністю мають фізичні порушення різного ступеня тяжкості. Це дозволяє розглядати результати дослідження в контексті фізичних обмежень та їх впливу на інтеграцію та сприйняття суспільством.

Географічні характеристики вибірки

Важливим аспектом вибірки є географічна диверсифікація, яка включає учасників з Києва, Луцька, Дніпра, Павлограда, Чернігова, Славути, Івано-Франківська та одного респондента з міста Noogeveen (Нідерланди). Це дозволяє говорити про регіональну репрезентативність отриманих результатів.

Друга група: особи без інвалідності (33 респонденти)

Статеві-віковий склад другої групи

Гендерний склад цієї групи демонструє значну перевагу жінок:

- Жінки – 27 особи (81,8%);
- Чоловіки – 6 особи (18,2%).

Віковий розподіл характеризується більшим середнім віком у порівнянні з першою групою:

- Мінімальний вік: 20 років;
- Максимальний вік: 56 років;

Це свідчить, що учасники цієї групи мають більший життєвий досвід та можуть мати сталі соціальні установки щодо осіб з інвалідністю [6].

Географія та соціальний контекст

Географічно респонденти другої групи проживають у таких містах, як Київ, Запоріжжя, Рівне, Софіївська Борщагівка, Фастів, Бровари, Чернівці, та інші регіони України. Переважна більшість цієї групи має у своєму оточенні

людей з інвалідністю (членів сімей, друзів чи знайомих), що дозволяє вважати їх соціально поінформованими щодо особливостей життя таких людей.

Організація дослідження

Дослідження було проведене у грудні 2024 – лютому 2025 року в онлайн-форматі, використовуючи платформу Google Forms. Учасників було залучено через соціальні мережі, громадські організації, спільноти, пов'язані з питаннями інвалідності та підтримки військових.

Процес збору емпіричних даних був організований у два етапи:

- Перший етап включав анкетування осіб без інвалідності з метою вивчення їх соціальних установок.
- Другий етап був спрямований на осіб з інвалідністю і включав оцінку їх особистого досвіду інтеграції в суспільство, наявності соціальних бар'єрів та сприймання ставлення суспільства до себе.

Таким чином, структура вибірки та її організація дозволили здійснити науково обґрунтоване дослідження соціальної перцепції людей з інвалідністю [29], забезпечивши якісне підґрунтя для аналізу соціально-психологічних закономірностей, що лежать в основі міжгрупової взаємодії в українському суспільстві в умовах війни.

2.2. Методи та психодіагностичний інструментарій

Для реалізації поставлених у роботі завдань було використано комплексний підхід, який поєднував анкетування та психодіагностичні методики. Використання цих методів дозволило ефективно зібрати як кількісні, так і якісні емпіричні дані про соціальне сприймання людей з інвалідністю українським суспільством в умовах війни.

Використані методи дослідження:

- Анкетування;

- Психодіагностичні методики.

Опис застосованих інструментів дослідження:

1. Авторська анкета

Авторська анкета, розроблена спеціально для цього дослідження, включала соціально-демографічні запитання (вік, стать, місце проживання), запитання щодо типу та походження інвалідності, соціальних установок і ставлення до людей з інвалідністю. Анкета містила відкриті й закриті запитання, що дозволило комплексно вивчити проблему соціальної інтеграції.

Приклади запитань з анкети (основна група респондентів, люди з інвалідністю, питання 1-7):

- «Вкажіть Ваш вік».
- «Стать (чоловіча/жіноча)».
- «Вкажіть назву населеного пункту, в якому Ви проживаєте».
- «Причина інвалідизації».
- «Тип інвалідності (за бажанням)».
- «Хто підтримує вас у повсякденному житті?».

Приклади запитань з анкети (контрольна група, люди без інвалідності, питання 1-4):

- «Вкажіть Ваш вік».
- «Стать (чоловіча/жіноча)».
- «Вкажіть назву населеного пункту, в якому Ви проживаєте».
- «Чи є серед Ваших близьких або знайомих люди, які живуть із інвалідністю?».

2. Шкала соціальної дистанції Е. Богардуса (модифікована)

Одним із центральних інструментів нашого емпіричного дослідження стала Шкала соціальної дистанції, яка була запропонована американським соціологом Еморі Богардусом (Emory S. Bogardus, 1925) і адаптована нами

для використання в умовах українського суспільства. У вітчизняній соціальній психології дана шкала широко застосовується для вивчення соціальних установок, міжгрупових взаємин та толерантності до різних соціальних груп, у тому числі до маргіналізованих чи стигматизованих спільнот, таких як люди з інвалідністю [44].

Методика базується на понятті соціальної дистанції, що у соціальній психології визначається як міра суб'єктивного прийняття чи відторгнення особою певної соціальної групи в різних соціальних ситуаціях: від простої формальної взаємодії (робота, спільне проживання у сусідстві) до інтимних та глибоко емоційних взаємин (дружба, шлюб, близьке партнерство). Таким чином, чим меншою є соціальна дистанція, тим більший ступінь прийняття та інтеграції людини чи групи в суспільство, і навпаки - більша соціальна дистанція свідчить про наявність упереджень, неприйняття та високого рівня міжгрупової напруги [61].

Модифікована шкала, застосована нами у даному дослідженні, складалась із п'яти соціальних ролей, що були ретельно підібрані відповідно до специфіки сучасного українського суспільства, яке перебуває у стані війни. Респондентам пропонувалося визначити, наскільки для них є прийнятним, щоб людина з інвалідністю виступала в таких соціальних ролях:

1. Друг – особа, з якою можна мати довірливі, емоційно близькі стосунки.
2. Знайомий – особа, з якою підтримуються нейтральні, не надто близькі, але регулярні контакти.
3. Сусід – людина, яка проживає поряд і регулярно взаємодіє в межах спільного простору.
4. Колега по роботі – особа, з якою відбувається регулярна професійна взаємодія.
5. Партнер, близька людина – особа, з якою встановлюються найглибші й найбільш довірливі стосунки (наприклад, шлюбні або партнерські відносини).

Респонденти оцінювали кожну позицію за п'ятибальною шкалою, де:

- 1 – повністю недопустимо,
- 2 – скоріше недопустимо,
- 3 – важко сказати,
- 4 – скоріше допустимо,
- 5 – повністю допустимо.

Це дозволило отримати диференційовані дані щодо соціальної дистанції до осіб з інвалідністю в різних соціальних контекстах.

Особливе значення використання цієї шкали мало у контексті війни, оскільки кількість осіб з інвалідністю значно збільшилася, і проблема їх соціальної інтеграції стала важливою суспільною задачею. Як свідчить досвід попередніх досліджень, саме шкала Богардуса дозволяє виявляти приховані або латентні форми соціального відторгнення, які не завжди очевидні при використанні лише прямого анкетування чи опитувань [44; 29].

Таким чином, використання адаптованої нами шкали соціальної дистанції Богардуса дозволило глибоко і всебічно дослідити особливості соціального сприймання людей з інвалідністю в Україні, а також виявити наявність чи відсутність упередженості та готовності суспільства до їх повної інтеграції.

3. Методика «Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities (APPD)»

Ця методика, розроблена для оцінки ставлення до людей з інвалідністю, дозволила дослідити емоційні реакції, установки та стереотипи, що існують в українському суспільстві щодо цієї групи населення (Findler et al., 2007) [2].

Приклади запитань (основна група – питання 8-11, контрольна група – питання 6-10):

- «Що Ви в першу чергу відчуваєте, коли зустрічаєте людину з інвалідністю?» (співчуття, тривогу, дискомфорт тощо).

- «Як часто в повсякденному житті Ви бачите людей з інвалідністю?».
- «Як Ви оцінюєте ставлення українського суспільства до цивільних людей з інвалідністю?».
- «Як Ви оцінюєте ставлення українського суспільства до військових з інвалідністю?».

4. Методика «Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities (APPD)»

Одним з основних психодіагностичних інструментів, використаних у даному дослідженні, була методика «Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities (APPD)» - опитувальник, розроблений з метою діагностики ставлень, уявлень та емоційних реакцій, які виникають у людей під час взаємодії з особами з інвалідністю. Ця методика була адаптована до українських умов, перекладена та частково модифікована відповідно до культурного контексту та специфіки дослідження.

Методика дозволяє оцінити три основні компоненти ставлення:

1. Когнітивний (що думає людина про осіб з інвалідністю);
2. Емоційний (що відчуває у процесі взаємодії з ними);
3. Поведінковий (як, на її думку, варто або не варто поводитись з людьми з інвалідністю).

APPD включає низку тверджень, з якими респонденти мають висловити ступінь своєї згоди або незгоди за п'ятибальною шкалою (від 1 – «повністю не згоден» до 5 – «повністю згоден»). Використання цієї методики дозволяє виявити не тільки загальну установку, але й специфіку її прояву на рівні емоцій та поведінки.

У процесі дослідження респондентам пропонувалися твердження, які розкривають ключові аспекти ставлення до осіб з інвалідністю. Зокрема, методика дозволила вивчити:

- емоційне прийняття чи дискомфорт під час взаємодії;

- стереотипні уявлення (наприклад, що люди з інвалідністю «менш здатні» або «залежать від інших»);
- готовність до соціальної взаємодії (чи готовий респондент спілкуватися, працювати або товаришувати з особами з інвалідністю);
- етичні переконання (права на рівні можливості, повага до вибору людини з інвалідністю тощо).

Приклади тверджень, включених у методичку APPD:

- «Я почуваюся незручно поруч із людиною з інвалідністю».
- «Люди з інвалідністю заслуговують на таку ж якість життя, як і всі інші».
- «Я не знаю, як правильно себе поводити з людиною з інвалідністю».
- «У більшості людей з інвалідністю немає шансів на активне життя».
- «Я відчуваю співчуття до людей з інвалідністю, але не хотів би з ними близьких контактів».

Отримані відповіді дозволили побудувати загальну картину емоційного й когнітивного фону, який супроводжує взаємодію українського суспільства з людьми з інвалідністю.

Методика APPD має високу валідність та надійність і активно використовується у дослідженнях, присвячених питанням інклюзії, дискримінації, інтолерантності та соціальної інтеграції. В українській науковій традиції подібні методики широко застосовуються у вивченні толерантності та формування соціальних установок (Коваленко, Корнев, 2020; Ставицький, 2017) [44; 65.].

У нашому дослідженні методика APPD застосовувалася до обох вибірок: осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності. Це дозволило порівняти, як самі люди з інвалідністю оцінюють ставлення суспільства до них, і як це ставлення сприймається та формулюється людьми, які не мають досвіду життя з інвалідністю.

Таким чином, методика APPD стала надзвичайно важливим інструментом, який дозволив виявити як відкриті, так і приховані елементи соціального сприйняття осіб з інвалідністю та проаналізувати рівень суспільної емпатії, толерантності й готовності до соціальної інтеграції.

5. Методика «Незавершені речення» (Ставицький О.О.)

Для виявлення глибинних, часто несвідомих установок, емоційних реакцій, стереотипів та рівня психологічного прийняття осіб з інвалідністю, у нашому дослідженні була використана модифікована методика «Незавершені речення», розроблена українським психологом Ставицьким О.О. [65].

Методика належить до проєктивних технік та передбачає завершення респондентами частково сформульованих речень, які мають соціально значущу чи емоційно чутливу тематику. Згідно з концепцією автора, така форма діагностики дозволяє проникнути в структуру глибинних переживань, уявлень та внутрішніх бар'єрів особистості стосовно людей з інвалідністю.

Особливістю методики є її ненав'язливий, відкритий характер, що дозволяє респонденту самостійно формулювати завершення речення без примусу до вибору з фіксованих варіантів. Це створює умови для прояву особистісних особливостей, установок, автоматичних суджень та стереотипів, які в звичайних анкетах можуть бути приховані або «цензуровані».

У нашому дослідженні методику було застосовано до контрольної групи респондентів (тобто осіб без інвалідності), аби виявити їхні спонтанні уявлення та емоційні реакції щодо людей з інвалідністю.

Структура методики:

Респондентам було запропоновано завершити низку незавершених речень, що торкаються теми соціального сприймання, взаємодії, дискомфорту, емпатії та особистого досвіду.

Приклади незавершених речень:

- «Коли я зустрічаю людину з інвалідністю, я...»
- «Мене дивує, що люди з інвалідністю...»

- «Спілкування з людиною з інвалідністю викликає у мене...»
- «Я відчуваю тривогу поряд з людиною з інвалідністю, тому що...»
- «Люди з інвалідністю в суспільстві мають...»
- «Інвалідність – це для мене...»

Такі формулювання дозволили дослідити не лише відкриті установки, а й латентні переживання, зокрема – тривогу, сором, страх, жалість або, навпаки, захоплення, співпереживання, відчуття солідарності.

Методика виявилася особливо цінною у контексті війни, коли змінюються соціальні ролі, а інвалідність нерідко набуває нового змісту – як наслідок героїзму, самопожертви, трагедії або соціальної несправедливості. Цей контекст чітко відображався у відповідях респондентів, які відчували потребу в емпатії, розумінні, проте часто демонстрували також і стереотипні уявлення, наприклад:

- «Мене дивує, що люди з інвалідністю можуть працювати на рівні зі здоровими»;
- «Я не знаю, що сказати, коли бачу людину на візку».

Наукове обґрунтування:

Згідно з О.О. Ставицьким, методика незавершених речень є ефективним інструментом виявлення інтолерантних установок, тобто таких, що перешкоджають соціальній взаємодії, формують соціальну дистанцію та підживлюють стереотипи [3].

Проективний характер методики дозволяє обійти «соціальну бажаність» відповідей – тенденцію відповідати «як правильно», а не «як насправді думаю». Це особливо важливо при вивченні чутливих соціальних тем, таких як ставлення до інвалідності, раси, гендеру, релігії тощо [51].

Використання методики «Незавершені речення» дозволило:

- Виявити емоційну складову ставлень (страх, тривога, співчуття, розгубленість).

- Зафіксувати рівень сформованості стереотипів (залежність, слабкість, потреба в допомозі).
- Показати розрив між публічними установками та внутрішніми уявленнями (наприклад, публічно – толерантність, а у відповідях – сором або розгубленість).
- Відобразити зміни у сприйманні інвалідності в умовах війни (нове розуміння гідності, цінності життя, захисту прав).

Додаткові аспекти соціальної інтеграції (основна група, питання 13–23)

Соціальна інтеграція є ключовим аспектом якості життя людей з інвалідністю, особливо в умовах соціальних трансформацій та війни. В українській соціальній психології соціальна інтеграція розглядається як процес залучення людини до повноцінного функціонування в суспільстві, з можливістю реалізовувати свої потреби, права та соціальні ролі на рівних умовах [15].

У рамках нашого дослідження соціальна інтеграція розглядалась у широкому значенні - як інституційна, особистісна та психосоціальна адаптація особи з інвалідністю в умовах сучасного українського суспільства. Саме тому в анкету для основної групи респондентів було включено додатковий блок запитань (пункти 13–23), спрямованих на виявлення бар'єрів та ресурсів інтеграції, життєвих труднощів, ставлення з боку соціального оточення, рівня підтримки та емоційного самопочуття.

Основні аспекти, які ми аналізували:

1. Доступність освіти, працевлаштування, медичних та соціальних послуг.
2. Соціальні бар'єри (стигматизація, дискримінація, нерівне ставлення).
3. Рівень психологічного благополуччя та самооцінка.
4. Досвід дискримінації чи неповаги в громадському просторі.
5. Бачення шляхів покращення якості життя.

Приклади запитань із цього блоку (питання 13–23):

- «Як Ви оцінюєте доступність освіти для людей з інвалідністю у Вашому населеному пункті?»
- «Чи виникали у Вас труднощі з працевлаштуванням, які Ви пов'язуєте з інвалідністю?»
- «Чи стикалися Ви з випадками упередженого ставлення з боку суспільства?»
- «Що, на Вашу думку, найбільше ускладнює соціальну інтеграцію людей з інвалідністю?»
- «Які психологічні чи емоційні труднощі найчастіше виникають у Вашому повсякденному житті?»
- «Що могло б покращити Ваше життя? (доступна інфраструктура, підтримка, зміна ставлення суспільства тощо)»

Згідно з концепцією соціальної адаптації (Савчин, 2019), соціальна інтеграція охоплює не лише зовнішні умови (доступність, ресурси), а й психоемоційний компонент – відчуття причетності, прийняття, гідності [61]. У контексті війни це набуває ще більшої гостроти, оскільки інвалідність часто є наслідком військових дій, і суспільство не завжди готове до глибокої інтеграції таких осіб.

Інтеграція людей з інвалідністю тісно пов'язана з поняттям соціальної справедливості, що означає забезпечення рівних можливостей у всіх сферах життя: від навчання до доступу до влади та участі у прийнятті рішень [28].

Дослідження додаткових аспектів соціальної інтеграції дало можливість:

- виявити найгостріші проблеми та потреби осіб з інвалідністю;
- зрозуміти, які психосоціальні бар'єри найбільше впливають на інтеграцію;
- визначити фактори, що сприяють успішному включенню у суспільне життя;

- сформувати базу для практичних рекомендацій органам влади, освітнім та соціальним інституціям, громадським організаціям.

Процедура збору та обробки даних

Емпіричне дослідження проводилося у період грудень 2024 – лютий 2025 року. З огляду на воєнний стан, безпекову ситуацію та потребу в оперативному охопленні респондентів з різних регіонів України, було обрано формат дистанційного онлайн-опитування, що забезпечило зручність участі та широку географічну вибірку.

Для збору даних використовувався інструмент Google Forms, що дозволив анонімно, швидко та ефективно зібрати відповіді від респондентів. Опитування було спрямовано на дві умовні вибірки: осіб з інвалідністю (основна група) та осіб без інвалідності (контрольна група).

Розповсюдження опитувальних форм здійснювалося через:

- профільні соціальні мережі;
- онлайн-групи підтримки людей з інвалідністю;
- студентські та волонтерські організації;
- персональні запрошення за методом «снігової кулі».

Перед початком заповнення анкети кожен респондент отримував інформацію про мету дослідження, добровільність участі, конфіденційність відповідей та право на відмову. Це повністю відповідає етичним стандартам психологічних досліджень, викладеним у методичних рекомендаціях з проведення соціально-психологічної діагностики [44].

Етапи обробки даних

1. Первинне сортування та очищення даних:

- видалення порожніх або неповних анкет;
- перевірка наявності випадкових/автоматичних відповідей;
- кодування відкритих відповідей для якісного аналізу.

2. Кількісний аналіз:

- побудова розподілів частот;

- обчислення середніх значень, медіани, моди, стандартного відхилення;
- побудова зведених таблиць для порівняння вибірок (наприклад, рівень соціальної дистанції у різних групах).

3. Якісний аналіз:

- контент-аналіз відповідей на відкриті запитання (особисті судження, враження, емоційні реакції);
- категоріальний аналіз за методикою «Незавершені речення» (групування відповідей у змістові блоки: тривожність, співчуття, упередження, соціальна ізоляція тощо);
- виявлення латентних смислів і глибинних установок.

4. Порівняльний аналіз:

- зіставлення даних між основною та контрольною групами;
- виявлення відмінностей у ставленні залежно від віку, статі, типу інвалідності, джерел підтримки.

Етичні принципи дослідження

Дослідження було побудоване відповідно до базових принципів етики:

- добровільність участі;
- анонімність та конфіденційність відповідей;
- відсутність шкоди респонденту;
- інформована згода перед початком участі.

Усі респонденти були попереджені про можливе використання даних в узагальненому вигляді виключно в наукових цілях. Жодних персональних даних не збиралось.

Застосування онлайн-опитувань відповідає сучасним тенденціям досліджень у соціальній психології, де важливими є оперативність, охоплення широкої аудиторії та дотримання безпечних умов участі. У дослідженнях, пов'язаних з уразливими соціальними групами, дистанційні методи також сприяють зменшенню впливу соціальної бажаності, оскільки учасники мають змогу відповідати у комфортному середовищі [29; 60.].

Таким чином, у процесі організації емпіричного дослідження було забезпечено науково обґрунтований підхід до формування вибірки та збору первинних даних. Загальна кількість респондентів становила 64 особи, які були поділені на дві основні групи: особи з інвалідністю (31 респондент) та особи без інвалідності (33 респонденти).

Такий поділ дав змогу не лише дослідити специфіку соціального сприймання людей з інвалідністю з боку загального населення, але й проаналізувати самоусвідомлення та суб'єктивне бачення власного соціального становища самими людьми з інвалідністю.

У межах основної групи було враховано важливі характеристики, зокрема: стать, вік, тип і причина інвалідності, джерела соціальної підтримки.

Особливу увагу приділено військовому контексту, адже значна частина учасників отримала інвалідність внаслідок бойових дій, що обумовило специфіку їх соціального статусу й взаємодії з суспільством. Контрольна група охоплювала представників різних регіонів України, переважно жінок, більшість з яких мали досвід взаємодії з людьми з інвалідністю у своєму оточенні.

Склад вибірки виявився достатнім для отримання репрезентативних даних, що дало можливість здійснити порівняльний аналіз і сформуванню узагальнення щодо особливостей соціального сприймання осіб з інвалідністю в умовах війни. Така структура вибірки створює надійну базу для подальшого аналізу емпіричних результатів та розробки практичних рекомендацій із подолання соціальних бар'єрів і підтримки інтеграції людей з інвалідністю в українське суспільство.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено теоретично обґрунтовану методологію та практичну організацію емпіричного дослідження соціального сприймання людей з інвалідністю в умовах війни. Здійснено послідовне розгортання дослідницького процесу - від формулювання мети й завдань до вибору інструментів, побудови вибірки, етапів збору даних та дотримання етичних стандартів. Такий підхід дозволив закласти надійне підґрунтя для подальшого аналізу результатів і виявлення закономірностей соціального сприймання та інтеграції осіб з інвалідністю в умовах воєнного часу.

Організація дослідження ґрунтувалася на гнучкому та адаптивному підході до залучення респондентів - із урахуванням реалій війни, безпекових обмежень, географічного розмаїття учасників і потреби в охопленні різних соціальних груп. Поділ вибірки на дві стратегічно важливі категорії - осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності - дав змогу порівняти зовнішню соціальну перцепцію з внутрішнім самосприйняттям, виявити асиметрії у баченні бар'єрів, ставлення оточення, соціальних очікувань і досвіду взаємодії.

Вибірка виявилася достатньо збалансованою і репрезентативною за статеві-віковими параметрами, регіональним розподілом, соціальним бекграундом і типами інвалідності. Особливо цінним для дослідження є включення до вибірки осіб, які отримали інвалідність унаслідок війни. Це дозволяє аналізувати вплив нових соціальних наративів (наприклад, героїзації або стигматизації) на сприймання цієї категорії громадян, що нині перебуває в епіцентрі суспільної уваги.

Методичний інструментарій дослідження відзначається комплексністю та глибиною. Було використано як стандартизовані психодіагностичні методики (APPD, шкала Богардуса), так і проєктивні техніки (методика «Незавершені речення»), що дало змогу дослідити як свідомі, так і латентні рівні ставлення до інвалідності. Окрім цього, авторська анкета, адаптована

під цілі дослідження, дозволила зібрати детальну соціально-демографічну та контекстуальну інформацію, а також оцінити рівень соціальної інтеграції й наявність бар'єрів у житті респондентів з інвалідністю.

Шкала соціальної дистанції Богардуса, модифікована для українського контексту, виявилася ефективним інструментом вимірювання ступеня прийняття осіб з інвалідністю в різних типах соціальної взаємодії - від формальної до інтимної. А методика APPD дозволила розкласти ставлення на емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти, що дає змогу глибше зрозуміти природу соціальних установок. Використання проективної методики Ставицького забезпечило діагностику неусвідомлених реакцій, тривожних переживань, стереотипних уявлень, які зазвичай не виявляються в анкетних формах.

Особливої уваги в дослідженні набули питання соціальної інтеграції: доступ до освіти, працевлаштування, рівень підтримки, емоційне благополуччя та відчуття гідності. Це дозволило не лише описати сприймання людей з інвалідністю, а й зробити крок до аналізу реального життєвого досвіду цих осіб у соціальному середовищі, що перебуває в умовах нестабільності та змін.

Організація емпіричного дослідження була реалізована з дотриманням усіх етичних вимог, включно з інформованою згодою, добровільністю участі, анонімністю та конфіденційністю. Формат онлайн-опитування, хоч і мав свої обмеження, виявився оптимальним в умовах воєнного часу, дозволяючи зібрати достовірні й змістовні дані з різних регіонів України.

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що методологічна конструкція дослідження є обґрунтованою, валідною та релевантною до актуального соціального контексту. Вона дозволяє не лише аналізувати поточний стан соціального сприймання осіб з інвалідністю в умовах війни, а й закладає підґрунтя для розробки практичних рекомендацій щодо зменшення соціальної дистанції, трансформації негативних установок і формування інклюзивного соціального середовища в Україні.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО СПРИЙМАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

3.1. Загальні тенденції особливостей сприймання респондентами осіб з інвалідністю

Цей підрозділ містить описовий аналіз емпіричних даних, зібраних у ході анкетування респондентів двох груп: осіб з інвалідністю (основна група) та осіб без інвалідності (контрольна група). Метою даного етапу дослідження є узагальнення найчастіших варіантів відповідей, середніх оцінок за шкалами, а також виявлення базових тенденцій у сприйманні людей з інвалідністю до проведення поглиблених статистичних процедур.

У цьому розділі результати подаються окремо за кожною з методик, використаних у дослідженні:

- шкала соціальної дистанції Е. Богардуса (модифікована),
- методика APPD (Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities),
- методика Attitudes and Behaviors toward People with Disabilities,
- методика незавершених речень (Ставицький О.О.),
- додаткові запитання про соціальну інтеграцію (для основної групи).

Такий аналіз дозволяє сформуванню цілісної емпіричної картини настанов, емоційного фону та уявлень про людей з інвалідністю, що існують у суспільстві.

Аналіз анкетних даних (соціально-демографічні характеристики)

Перед безпосереднім аналізом шкал і методик доцільно розглянути соціально-демографічні характеристики респондентів. Такий аналіз дає змогу не лише краще зрозуміти вибірку, але й оцінити можливий вплив

контекстуальних змінних (вік, стать, регіон, тип інвалідності тощо) на соціальне сприймання.

Вік

У вибірці основної групи найчисельніше представлені вікові категорії 25–34 роки та 35–44 роки (див. рис. 3.1), що відповідає працездатному віку і соціальній активності.

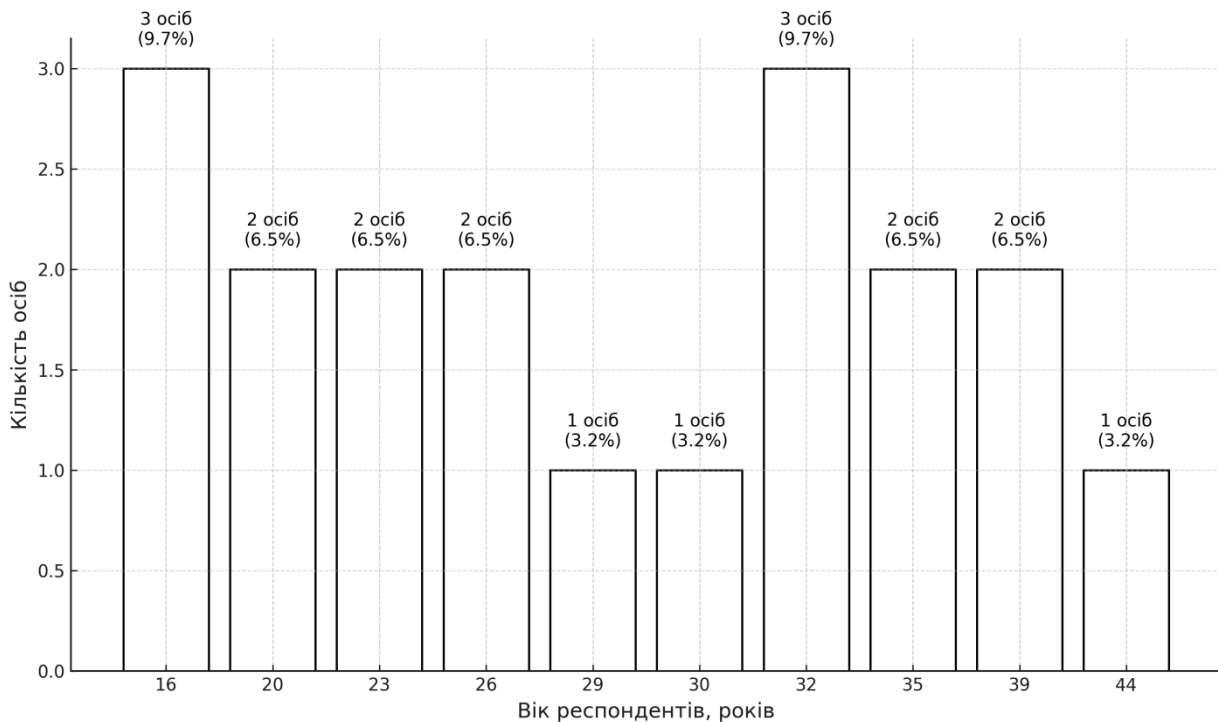


Рис. 3.1. Віковий розподіл респондентів основної групи

Серед респондентів контрольної групи переважають особи віком 35–50 років, з піками у віці 40 та 47 років (див. рис. 3.2), що свідчить про переважання більш соціально зрілих учасників серед опитаних.

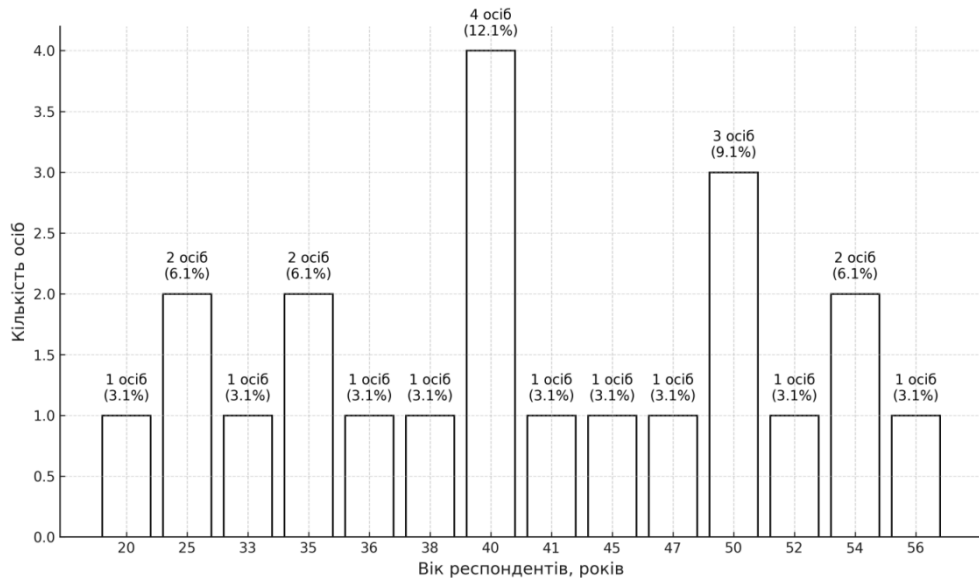


Рис. 3.2 – Віковий розподіл респондентів контрольної групи

Стать

У вибірці основної групи респондентів (людей з інвалідністю) простежується майже гендерна збалансованість: 16 чоловіків та 15 жінок. Така структура вибірки дає можливість здійснювати порівняльний аналіз за статевою ознакою без суттєвих перекосів (див. рис. 3.3).

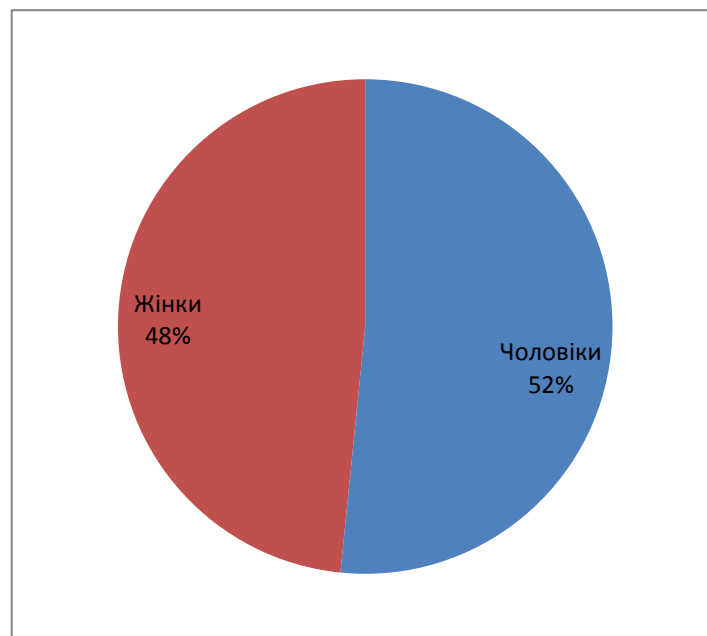


Рис. 3.3 - Гендерна структура основної групи

Натомість контрольна група (люди без інвалідності) виявилась фемінізованою - 27 жінок і лише 6 чоловіків. Подібна диспропорція є типовою для онлайн-опитувань, оскільки жінки частіше беруть участь у соціологічних дослідженнях, виявляють вищу мотивацію до вираження громадянської позиції (див. рис. 3.4).

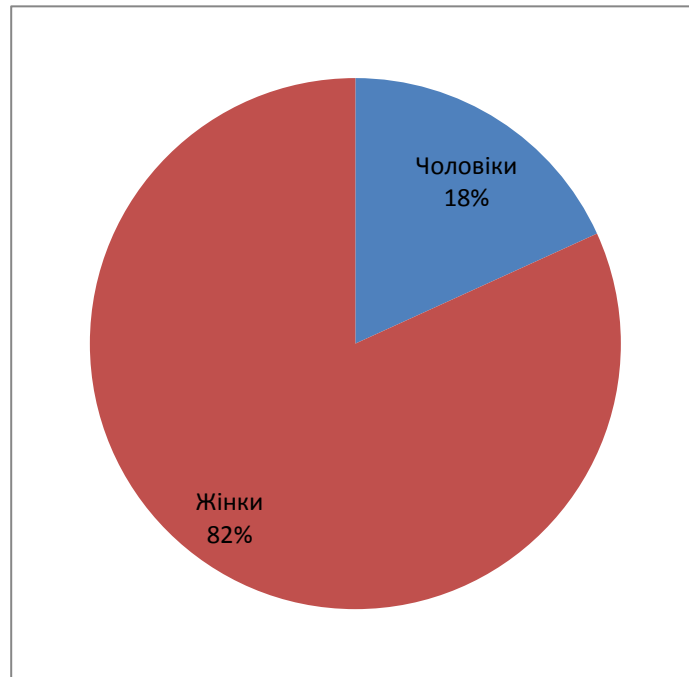


Рис. 3.4. Гендерна структура контрольної групи

Місце проживання

Респонденти обох груп представляють різні регіони України, серед яких найчастіше фігурують Київ, Софіївська Борщагівка, Хмельницький, Буча, Кривий Ріг, Львів, Івано-Франківськ, а також поодинокі відповіді з областей та менших населених пунктів. Географічна мозаїка свідчить про умовну репрезентативність вибірки, хоча значна частина респондентів сконцентрована у столиці (див. рис. 3.5 та рис. 3.6).

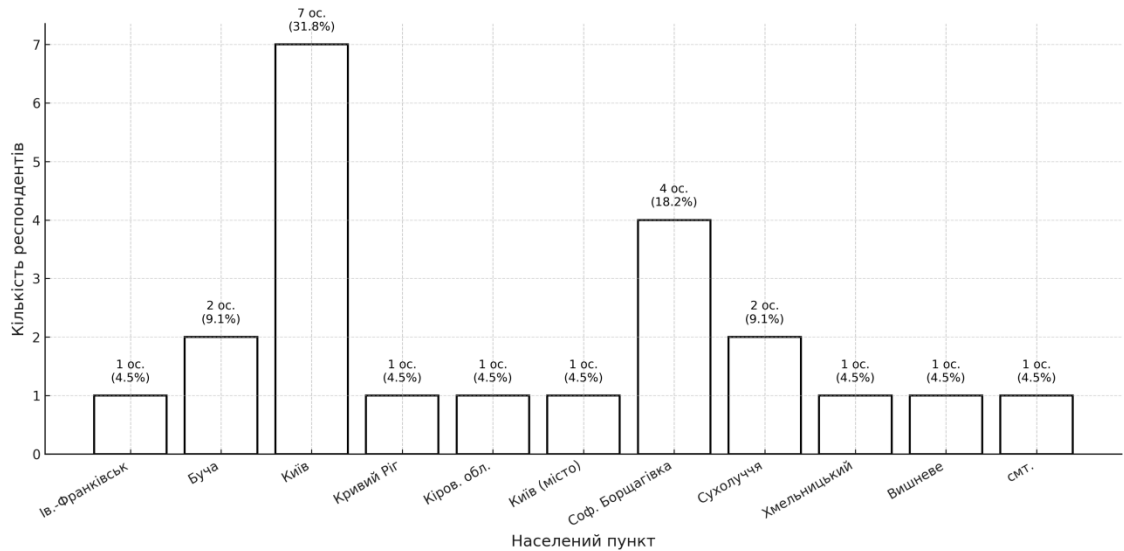


Рис. 3.5. Місце проживання респондентів контрольної групи
Причина інвалідності (лише для основної групи)

Причини інвалідності були такими:

- Інвалідність з дитинства – 16 респондентів;
- Інвалідність, отримана внаслідок військових дій (військовослужбовці) – 10;
- Інвалідність серед цивільних осіб унаслідок війни – 1;
- Інші причини (захворювання, нещасні випадки) – 4 особи.

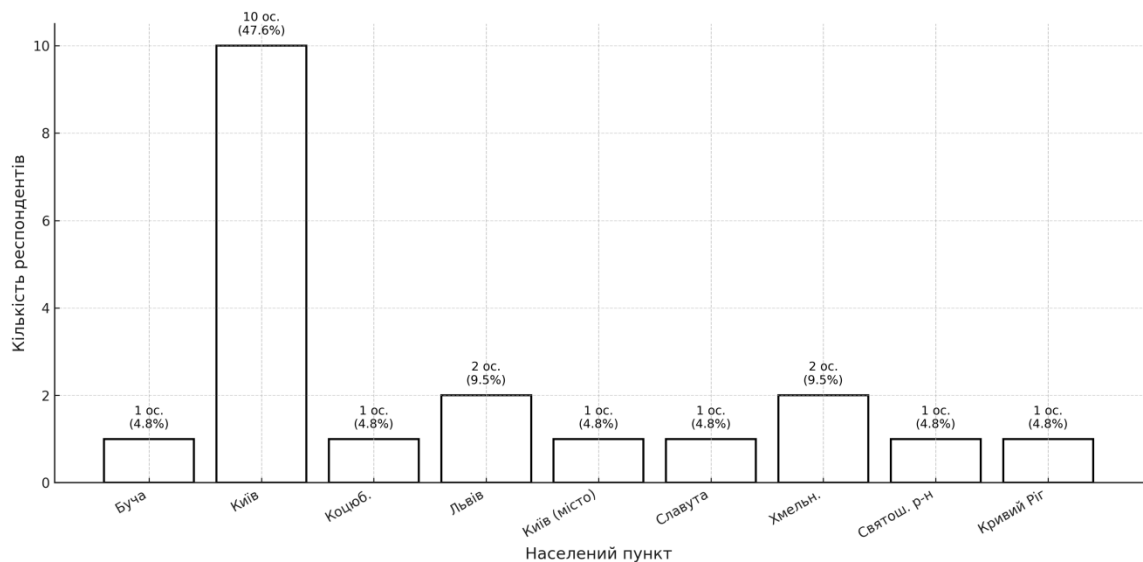


Рис. 3.6. Місце проживання респондентів основної групи

Джерела соціальної підтримки (основна група)

Респонденти найчастіше вказували на такі джерела підтримки:

- Родина – як основна форма допомоги;
- Друзі та волонтери – додаткові соціальні ресурси;
- Соціальні служби – менш часто;
- Відсутність підтримки – у ряді випадків.

Наявність або відсутність соціального оточення та допомоги може мати важливе значення для самосприйняття та інтеграції осіб з інвалідністю.

Отримані соціально-демографічні дані підтверджують, що дослідження проводилося на різномірній та збалансованій вибірці, яка охоплює осіб різного віку, статі, регіонального походження та соціального досвіду.

Це створює надійну базу для подальшого аналізу установок, стереотипів і моделей сприймання людей з інвалідністю в умовах війни.

Шкала соціальної дистанції (Е. Богардуса, модифікована).

Одним із центральних інструментів дослідження стала модифікована шкала соціальної дистанції Е. Богардуса.

Вона дозволяє оцінити ступінь готовності індивіда взаємодіяти з людиною з інвалідністю у п'яти типових соціальних ролях:

- друг,
- знайомий,
- сусід, колега по роботі,
- партнер (близька людина).

Респонденти оцінювали кожен роль за 5-бальною шкалою:

1 – повністю неприйнятно,

5 – повністю прийнятно.

В таблиці 3.1 представлені середні значення по кожній ролі.

Таблиця 3.1

Середні оцінки соціальної дистанції за шкалою Е. Богардуса

Соціальна роль	Основна група	Контрольна група
Друг	4.52	4.70

Знайомий	4.55	4.73
Сусід	4.55	4.73
Колега по роботі	4.48	4.55
Партнер / близька особа	4.26	4.18

Окрім середніх значень, було здійснено аналіз частотного розподілу відповідей респондентів обох груп. Результати подано на діаграмах (рис. 3.7 та 3.8). У контрольній групі переважають оцінки 5 для таких ролей, як знайомий, сусід і колега - це вказує на готовність до щоденного соціального контакту з людиною з інвалідністю. У основній групі тенденція аналогічна, однак у ролі «партнер» частіше зустрічається оцінка 4.

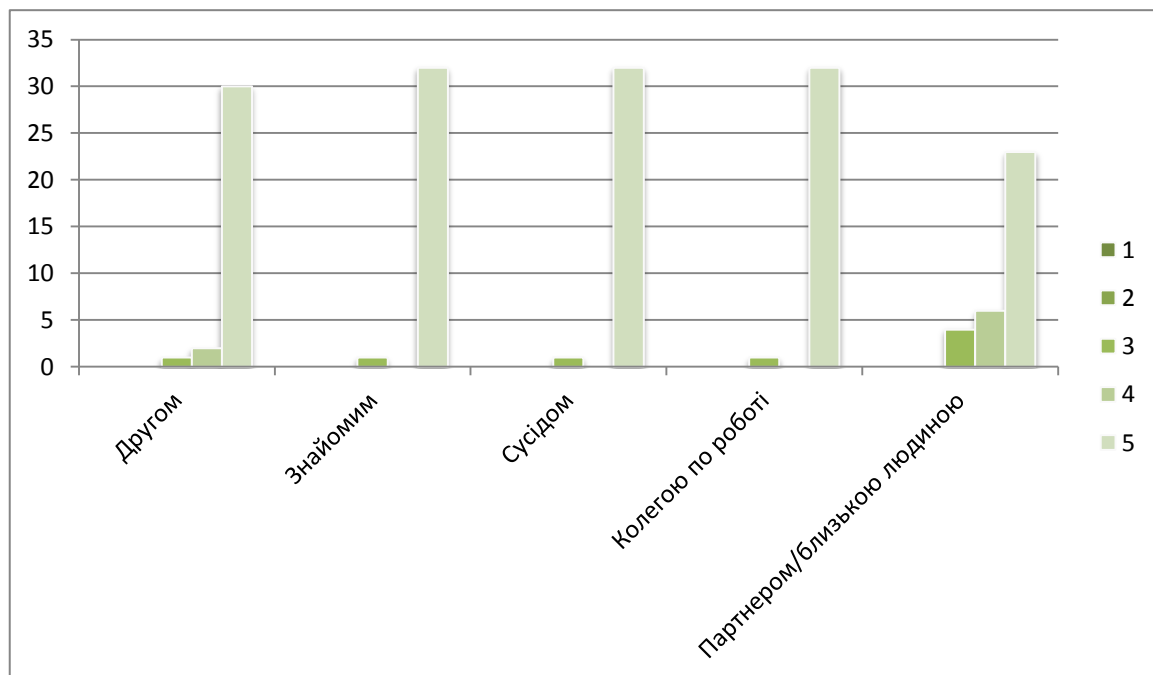


Рис. 3.7 - Частотний розподіл оцінок респондентів контрольної групи за шкалою соціальної дистанції Е. Богардуса

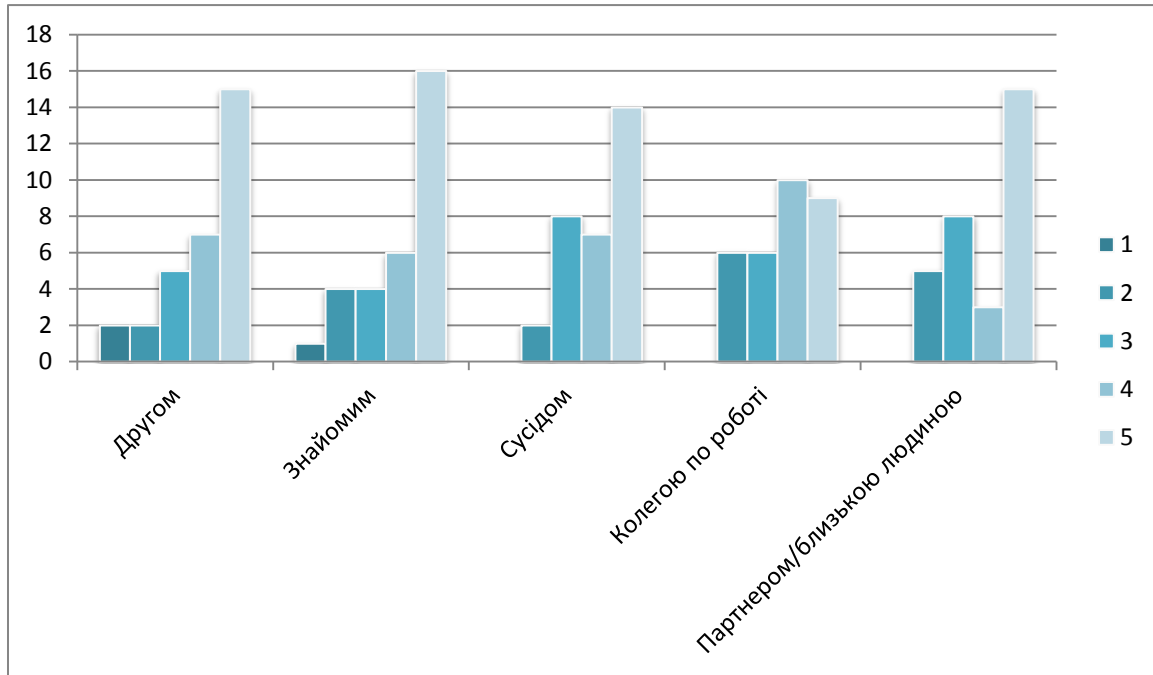


Рис. 3.8 - Частотний розподіл оцінок респондентів основної групи за шкалою соціальної дистанції Е. Богардуса

Результати шкали Богардуса демонструють, що у респондентів обох груп відсутній страх або уникання людей з інвалідністю у більшості соціальних ситуацій. Найбільший рівень прийняття зафіксовано у сферах формального та побутового спілкування, тоді як у сфері особистісних взаємин (роль партнера) ще присутня помірна соціальна дистанція. Це вказує на потребу в подальшому розвитку інклюзивної культури не лише у публічному, а й у міжособистісному вимірі.

Методика APPD (Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities)

Методика APPD була включена до опитувального листа з метою вивчення емоційного компоненту соціального сприймання осіб з інвалідністю. Особливістю цієї методики є акцент на первинних емоціях, які виникають у респондентів під час контакту з представниками вразливих соціальних груп.

Респондентам основної групи (людей з інвалідністю) було запропоновано оцінити:

- які емоції, на їхню думку, найчастіше відчують інші при зустрічі з особами з інвалідністю загалом;

- які емоції виникають у тих самих соціальних ситуаціях щодо військових, які отримали інвалідність на війні. Це дозволило здійснити порівняльний аналіз двох соціальних образів інвалідності. В таблиці 3.2 представлений частотний розподіл емоційного сприймання за методикою APPD (основна група).

Таблиця 3.2

Частотний розподіл емоційного сприймання за методикою APPD
(основна група)

Частотний розподіл емоційного сприймання (основна група):		
Емоційна реакція	До людей з інвалідністю	До військових з інвалідністю
Байдужість	7	7
Важко відповісти	3	2
Вдячність	5	20
Гнів	0	2
Гордість	2	7

Незважаючи на обмежену кількість унікальних емоційних варіантів, аналіз демонструє чітку диференціацію образів:

- У випадку людей з інвалідністю загалом найчастіше фіксувалися відповіді «байдужість» (n=7) та «важко відповісти» (n=3), що свідчить про невизначеність або емоційну дистанцію.

- Натомість образ військових з інвалідністю чітко асоціюється з вдячністю (n=20) та гордістю (n=7), а також в окремих випадках - з гнівом (n=2), що, ймовірно, відображає протест проти несправедливості або втрат.

Цитати респондентів:

«З військовими - це інше. Їм дякують. А нас або жаліють, або не помічають взагалі» - жінка, 33 роки, інвалідність з дитинства.

«Військові - це герої, навіть коли втратили щось. А я просто «інвалід», з яким незручно» - чоловік, 41 рік, інвалідність через травму.

Методика APPD продемонструвала, що емоційне сприймання осіб з інвалідністю є контекстно залежним. У випадку військових, які отримали інвалідність під час служби, суспільна реакція є переважно позитивною (вдячність, гордість). Натомість щодо «звичайних» людей з інвалідністю частіше фіксується байдужість або невизначеність, що свідчить про недостатню емоційну включеність цієї групи у соціальний простір [65]. Це підтверджує гіпотезу про асиметричне соціальне сприймання інвалідності, яке потребує корекції через комунікаційні стратегії, позитивну репрезентацію та освітні кампанії.

Ця методика передбачає оцінку згоди респондентів із низкою тверджень, які висвітлюють:

- ставлення до рівності прав;
- наявність або відсутність стигматизуючих уявлень;
- емоційний комфорт або дискомфорт у спілкуванні з людьми з інвалідністю;
- готовність до соціального прийняття.

Кожне твердження оцінювалось за 5-бальною шкалою:

- **1** - категорично не згоден,
- **2** - скоріше не згоден,
- **3** - важко сказати / нейтрально,
- **4** - скоріше згоден,
- **5** - повністю згоден.

Таблиця 3.3

Середні значення оцінок тверджень поведінкового ставлення до людей з інвалідністю (контрольна група)

Середні значення по твердженнях		
№	Формулювання твердження	Середнє значення
1	Люди з інвалідністю є тягарем для суспільства	1.39
2	Найкраще, якщо вони житимуть окремо, у спеціалізованих закладах	1.42
3	Люди з інвалідністю можуть вести повноцінне життя	4.82
4	Я відчуваю дискомфорт/ніяковість, коли перебуваю поруч з людьми з інвалідністю	2.94
5	Люди з інвалідністю заслуговують на ті ж самі права, що й усі інші	4.69

Аналіз середніх значень свідчить про високий рівень підтримки інклюзивних цінностей у контрольній групі:

- Твердження 1 та 2, які містять ознаки стигматизації та соціального дистанціювання, отримали найнижчі середні оцінки (1.39 та 1.42 відповідно). Це вказує на те, що більшість респондентів не поділяють уявлень про те, що люди з інвалідністю повинні бути ізольованими або є тягарем для соціуму.

- Твердження 3, яке демонструє оптимістичне сприймання інвалідності, отримало найвищу підтримку - 4.82. Це свідчить про те, що більшість опитаних переконані: люди з інвалідністю мають повноцінний життєвий потенціал, здатні працювати, навчатися, будувати соціальні зв'язки.

- Твердження 5 - «Люди з інвалідністю заслуговують на ті ж самі права» - теж отримало високу підтримку (4.69), що підкреслює загальне визнання права на рівність.

- Єдине твердження, яке викликає певну амбівалентність - №4: «Я відчуваю ніяковість поруч з людьми з інвалідністю». Середнє значення 2.94 вказує на нейтрально-дискомфортну зону, яка може бути зумовлена відсутністю особистого досвіду спілкування, соціальним навчанням або внутрішніми бар'єрами.

На Рис.3.9 показані оцінки тверджень щодо ставлення і поведінки до людей з інвалідністю (контрольна група)

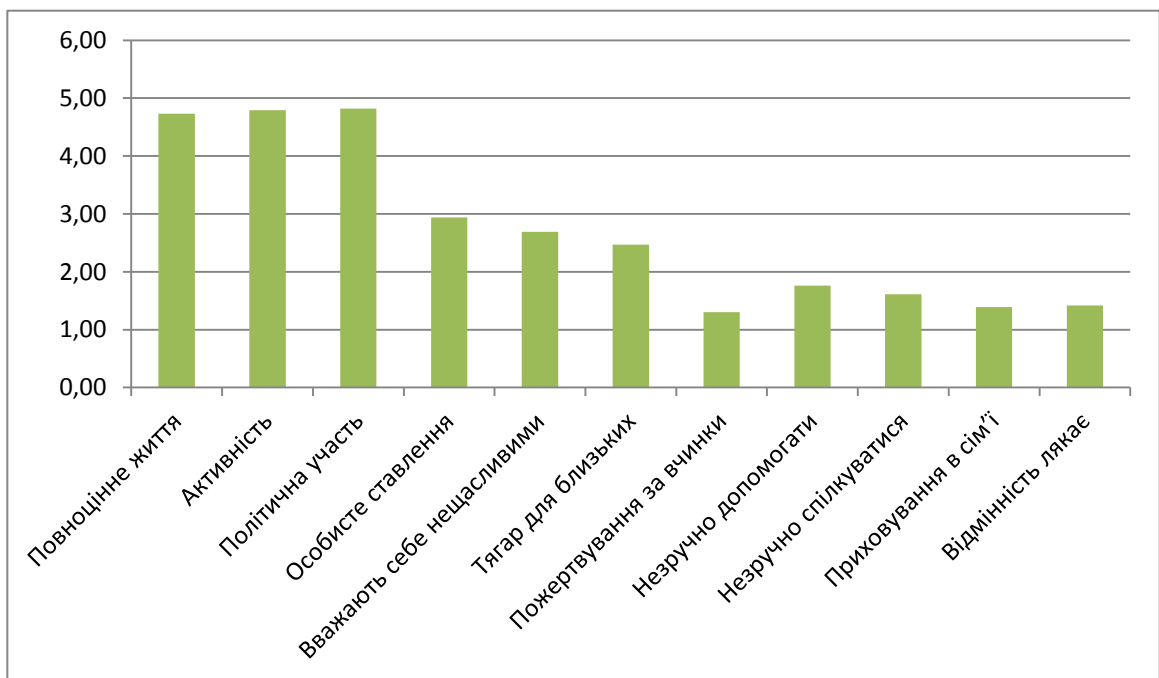


Рис.3.9 - Графік порівняння оцінок по п'яти твердженнях

Результати методики свідчать про високий рівень позитивного когнітивного та поведінкового ставлення до людей з інвалідністю серед осіб без інвалідності (контрольної групи). Респонденти не поділяють уявлень про ізоляцію чи непридатність, підтримують ідеї рівності прав і можливостей. Однак, помірне значення показника ніяковості вказує на наявність емоційного бар'єру у повсякденному контакті, який потребує подолання

через освіту, контактні практики, комунікацію в ЗМІ та культурну репрезентацію.

Загалом можна стверджувати, що усвідомлення важливості інклюзії існує, але емоційна складова взаємодії ще потребує посилення через практичне наближення соціальних груп.

Методика «Незавершені речення» (контрольна група)

У межах дослідження для респондентів контрольної групи була запропонована проєктивна методика «Незавершені речення» за О.О. Ставицьким. Ця методика дає змогу виявити латентні установки, емоційні реакції, внутрішні конфлікти або упередження щодо осіб з інвалідністю. На відміну від структурованих шкал, проєктивні техніки дозволяють вивести глибинні переконання, які не завжди вербалізуються у прямих відповідях.

Учасникам було запропоновано 60 незавершених речень, які вони мали доповнити власними міркуваннями. Загалом зібрано 1980 інтерпретованих відповідей, що дозволило здійснити контент-аналіз із виокремленням ключових смислових категорій.

Основні категорії відповідей

У результаті якісного аналізу відповідей вдалося виокремити три основні емоційно-смислові групи:

1. Емпатія та прийняття

(\approx 50% усіх відповідей)

Ця категорія охоплює судження, що свідчать про емоційну відкритість, розуміння, позитивне ставлення до осіб з інвалідністю. Респонденти підкреслюють важливість бачити в інвалідизованій людині - людину передусім, відкидають ворожість і стереотипи.

Цитати:

«Маю емпатію та бачу в першу чергу людину»

«Соромно не допомогти інвалідизованому, якщо він просить»

«Особливо дивує, що інвалідизовані можуть бути більш активними, ніж ті, хто вважає себе “здоровим”»

«Бувають добрішими за нас»

2. Тривожність, незручність, уникання

(\approx 30% відповідей)

У цій категорії відображаються внутрішні бар'єри: страх, сором, дискомфорт при контакті. Вони можуть бути зумовлені браком досвіду, невпевненістю в адекватності своєї поведінки, або нав'язаними соціальними установками.

Цитати:

«Я боюсь бути з інвалідизованим, бо не знаю, як себе поводити»

«Мене лякає, що інвалідизований змушує мене думати про страждання»

«Тривога, яка виникає, змушує мене уникати спілкування»

«Я не знаю, що казати, щоб не образити»

3. Стереотипізація, упередження, агресивні реакції

(\approx 10–15% відповідей)

Ця категорія містить судження, що виявляють негативні уявлення, соціальне дистанціювання або навіть ворожість до осіб з інвалідністю. Частина відповідей сформульована у формі виправдання упереджень.

Цитати:

«Упередження виникають тоді, коли інвалідизований не знає свого місця».

«Інвалідизований заслуговує на презирство, якщо використовує жалість».

«Мене дратує, коли вони вимагають особливого ставлення».

«Я не можу побороти огиду до деяких з них».

В таблиці 3.4 представлені результати розподілу відповідей за категоріями в методиці незавершених речень.

Таблиця 3.4

Розподіл відповідей за категоріями в методиці незавершених речень

Частотність категорій	
Категорія	Частка (%)
Емпатія, прийняття	~50%
Тривожність, дискомфорт	~30%
Упередження, стереотипи	~15%
Важко класифікувати / нейтральні	~5%

Результати аналізу незавершених речень свідчать про переважання емпатійного ставлення у свідомості контрольної групи, що узгоджується з кількісними даними з попередніх методик. Однак близько третини відповідей демонструють емоційну амбівалентність - внутрішню тривогу, уникання чи страх, що вказує на недостатність реального досвіду контакту. Водночас, наявність відвертих упереджених суджень ($\approx 15\%$) свідчить про стійкість окремих негативних стереотипів, навіть попри загальний гуманістичний фон.

Проективна методика виявилась цінним джерелом глибинного розуміння справжніх установок респондентів, даючи змогу зазирнути «за межі» соціально бажаних відповідей.

Додаткові аспекти соціальної інтеграції

З метою більш глибокого аналізу соціального становища осіб з інвалідністю в умовах війни було включено блок відкритих і напівструктурованих запитань, присвячених практичним аспектам соціальної інтеграції. Вони стосувалися доступності освіти й працевлаштування, підтримки, перешкод, емоційних викликів, а також пропозицій щодо змін на рівні громади та суспільства загалом.

Основні теми та узагальнені відповіді

1. Доступність освіти. Більшість респондентів зазначили, що освіта є скоріше доступною (відповідь «4»), або повністю доступною. Це свідчить

про позитивну динаміку у сфері інклюзивної освіти, хоча іноді вказувалося на брак адаптованих програм та фізичної доступності приміщень.

2. Труднощі з працевлаштуванням. Респонденти дали суперечливі відповіді: частина вказує, що ніколи не стикалась із проблемами, інші - що часто чи іноді виникають труднощі. Висловлювалась думка про формальну дискримінацію, зокрема через страх роботодавців.

3. Соціальні бар'єри

Найбільш згадувані:

- низький рівень розуміння суспільством потреб людей з інвалідністю;
- упередження та дискримінація;
- інфраструктурні обмеження;
- проблеми з доступом до освіти/роботи.

4. Підтримка від оточення

Переважають відповіді: «скоріше відчуваю» та «так, відчуваю». Це свідчить про важливу роль родини, друзів та локального середовища у житті респондентів.

5. Емоційні труднощі

Найчастіше згадувалися:

- страх бути неприйнятним;
- ізолюваність;
- втрата впевненості;
- іноді - депресивні стани.

6. Звернення по психологічну допомогу. Приблизно половина респондентів ніколи не зверталася, але дехто зазначив, що звертався «регулярно» або «за потреби».

Цитати респондентів

«Тоді, коли зрозуміють, що я така ж сама людина, як і всі» - відповідь на питання про інтеграцію в суспільство.

«Розуміння - це те, чого нам найбільше бракує» - відповідь на питання про зміни в громаді.

«Навчився з цим жити. Це не кінець, це частина мене» - відповідь про найбільші досягнення.

«Не вішати на себе ярлик, а робити те, що робиш» - рекомендація іншим людям з інвалідністю.

В таблиці 3.5 показані узагальнення ключових відповідей

Таблиця 3.5.

Узагальнення ключових відповідей

Питання	Основні варіанти відповідей
Доступність освіти	Скоріше доступна
Труднощі з працевлаштування	Часто / Важко сказати / Ніколи
Соціальні бар'єри	Дискримінація, інфраструктура, упередження
Чи відчуваєте підтримку	Так / Скоріше так
Емоційні труднощі	Ізоляція, страх неприйняття, тривожність
Психологічна допомога	Не звертались / Звертались нерегулярно
Пропозиції щодо змін	Інфраструктура, розуміння, інформування

Додаткові питання виявили важливі суб'єктивні аспекти інтеграції, які не можна повністю зафіксувати в стандартизованих шкалах. Дані свідчать про наявність значних соціальних та емоційних бар'єрів, попри загальну підтримку з боку близького оточення. У відповідях простежується запит на глибшу інклюзію, суспільне розуміння та системну підтримку.

Зібрані відкриті відповіді підкреслюють необхідність рефлексивного підходу до формування політик у сфері інвалідності, з орієнтацією не лише на функціональні обмеження, а й на внутрішній досвід людини.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою анкет, шкал та проєктивних методик, дозволяє сформувати узагальнене уявлення про

соціальне сприймання людей з інвалідністю серед респондентів двох груп – як осіб з інвалідністю, так і без.

Дані свідчать про високий рівень загальної соціальної прийнятності осіб з інвалідністю, особливо у сферах нейтрального або формального міжособистісного контакту. За шкалою соціальної дистанції (Е. Богардус), найвищі оцінки були виявлені в ролях «знайомий», «сусід», «друг», а найнижча – у ролі «партнер», що вказує на все ще наявну символічну дистанцію в особистісній сфері.

Результати методики APPD показали, що емоційне ставлення до людей з інвалідністю є контекстно залежним. Зокрема, у сприйманні військових з інвалідністю переважали такі емоції, як гордість і вдячність, тоді як щодо людей з інвалідністю загалом частіше відчувалися розгубленість або байдужість. Це свідчить про диференційоване соціальне сприймання в залежності від образу інвалідності.

За результатами методики «Attitudes and Behaviors toward People with Disabilities», найбільшу підтримку отримали твердження про право людей з інвалідністю на повноцінне життя, активну участь у суспільстві, політичні права. Водночас, у деяких респондентів все ще фіксувалися емоційні бар'єри (ніяковість, невпевненість у спілкуванні), що вказує на потребу у практичному інклюзивному досвіді.

Проективна методика «Незавершені речення» дозволила виявити глибші установки респондентів: понад половина відповідей демонстрували емпатію, підтримку, готовність до прийняття. Водночас, частина відповідей містила ознаки тривожності, уникання або стереотипізації, що підтверджує амбівалентність соціального сприймання.

Результати додаткових запитань серед респондентів з інвалідністю виявили системні бар'єри інтеграції – зокрема у працевлаштуванні, соціальній взаємодії, доступі до послуг. Водночас було зафіксовано високий рівень адаптації, мотивації та особистісного розвитку, незважаючи на труднощі.

Таким чином, емпіричні результати свідчать про загальну позитивну динаміку у сприйманні людей з інвалідністю, однак емоційні бар'єри, недостатній досвід контакту та стереотипи залишаються викликом для суспільної інтеграції. Це підкреслює необхідність посилення інклюзивної освіти, комунікаційних кампаній і розвитку контактних практик у громадському просторі.

3.2. Порівняльний аналіз особливостей сприймання осіб з інвалідністю та рефлексії ними цього сприймання

Для вивчення рівня соціальної прийнятності людей з інвалідністю в різних міжособистісних ролях було використано модифіковану шкалу соціальної дистанції Е. Богардуса. Респонденти оцінювали допустимість п'яти ролей (друг, знайомий, сусід, колега по роботі, партнер) за 5-бальною шкалою

Порівняльний аналіз між основною групою (люди з інвалідністю) та контрольною групою (люди без інвалідності) показав статистично значущі відмінності за всіма соціальними ролями. Середні значення оцінок у контрольній групі були вищими в кожній категорії, що свідчить про вищу соціальну відкритість цієї групи.

Зокрема:

- Найвищий рівень прийняття у контрольній групі зафіксовано в ролях «знайомий» і «сусід» ($M=4.94$).

- Найнижче середнє значення в основній групі спостерігається у категорії «колега» ($M=3.71$), що може свідчити про внутрішні бар'єри щодо участі у професійній сфері.

- Роль «партнер / близька людина» продовжує залишатися найбільш чутливою темою для обох груп, хоча й тут контрольна група демонструє вищу готовність до міжособистісної близькості ($M=4.58$ vs. $M=3.90$).

Для перевірки статистичної значущості відмінностей було застосовано

U-критерій Манна-Уїтні. Усі результати виявилися значущими на рівні $p < 0.05$, що підтверджує реальні міжгрупові відмінності.

Цікаво, що учасники з інвалідністю продемонстрували нижчі оцінки навіть щодо власної соціальної прийнятності. Це може вказувати на ефекти внутрішньої стигматизації або на рефлексивний досвід відчуження, що впливає на оцінку можливості бути прийнятим іншими. У таблиці 3.6 та на рисунку 3.10 представлено порівняння рівня соціальної дистанції між респондентами основної та контрольної груп.

Таблиця 3.6

Порівняння соціальної дистанції між групами

Соціальна роль	Середнє (контрольна)	Середнє (основна)	Ст. відхилення (контрольна)	Ст. відхилення (основна)	р-значення (U-критерій)
Друг	4.88	4.00	0.42	1.24	0.00
Знайомий	4.94	4.03	0.35	1.22	0.00
Сусід	4.94	4.06	0.35	1.00	0.00
Колега	4.94	3.71	0.35	1.10	0.00
Партнер	4.58	3.90	0.71	1.19	0.02

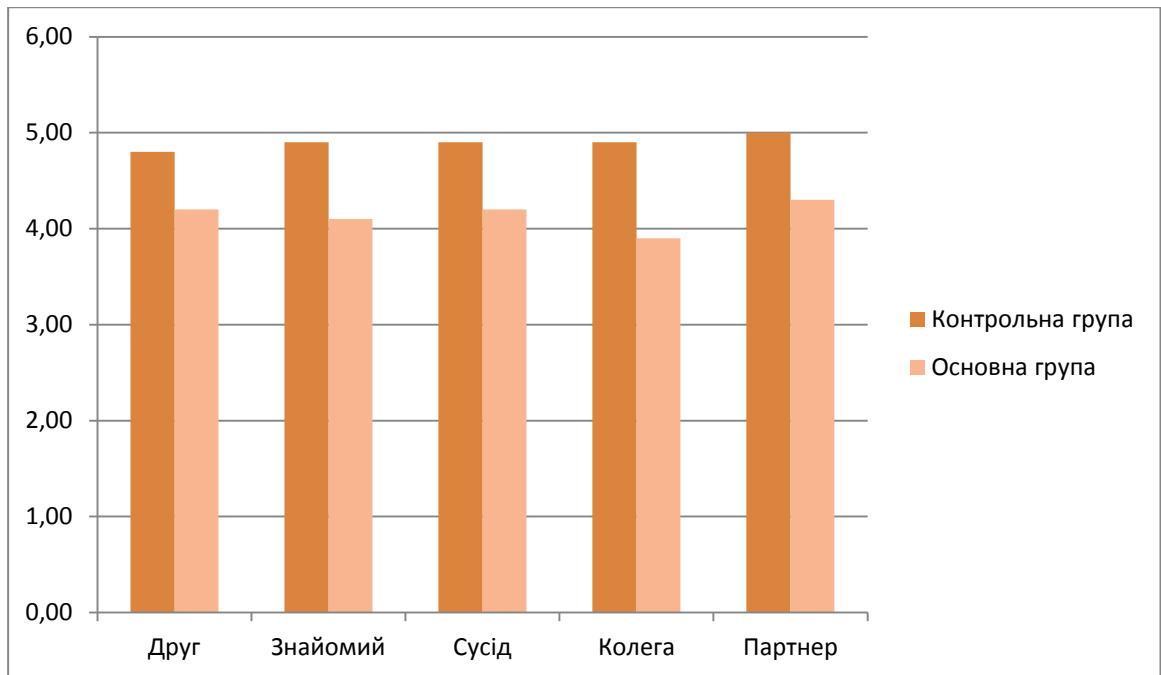


Рис. 3.10- Діаграма порівняння соціальної дистанції між групами

Порівняльний аналіз соціальної дистанції за статтю

Аналіз відповідей за шкалою соціальної дистанції у межах основної групи респондентів (люди з інвалідністю) не виявив статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками ($p > 0.05$ у всіх соціальних ролях). Водночас варто звернути увагу на якісні відмінності у спрямованості відповідей, які вказують на тенденцію до вищої соціальної прийнятності серед жінок у більшості міжособистісних ролей.

Зокрема, жінки частіше оцінювали прийнятність контактів у таких ролях, як знайомий, сусід і колега по роботі, демонструючи вищу готовність до включення в соціальну взаємодію, навіть у тих контекстах, які можуть передбачати тривалі чи постійні форми спілкування. Ці результати хоч і не досягли рівня статистичної значущості, однак узгоджуються з попередніми дослідженнями гендерних відмінностей у соціальній поведінці, які вказують на більшу емоційну відкритість, емпатійність і схильність до підтримувальних соціальних зв'язків серед жінок.

Цілком можливо, що жінки, які живуть з інвалідністю, у своїх відповідях актуалізують не лише власне бачення прийнятності, але й соціальні очікування, пов'язані з традиційною гендерною роллю, що

передбачає турботу, участь і міжособистісну взаємодію. Також варто враховувати, що досвід соціального сприйняття жінок з інвалідністю може бути амбівалентним: з одного боку, він може містити елементи стигматизації, а з іншого - активізувати прагнення до прийнятності в очах інших, що також впливає на установки. У таблиці 3.7 подано порівняння рівня соціальної дистанції за статевою ознакою серед респондентів основної групи, а відповідну візуалізацію представлено на діаграмі (рис. 3.11). Для порівняння, на рис. 3.12 наведено аналогічні результати для контрольної групи, а рис. 3.13 демонструє об'єднану діаграму, що узагальнює відмінності між чоловіками та жінками в обох групах.

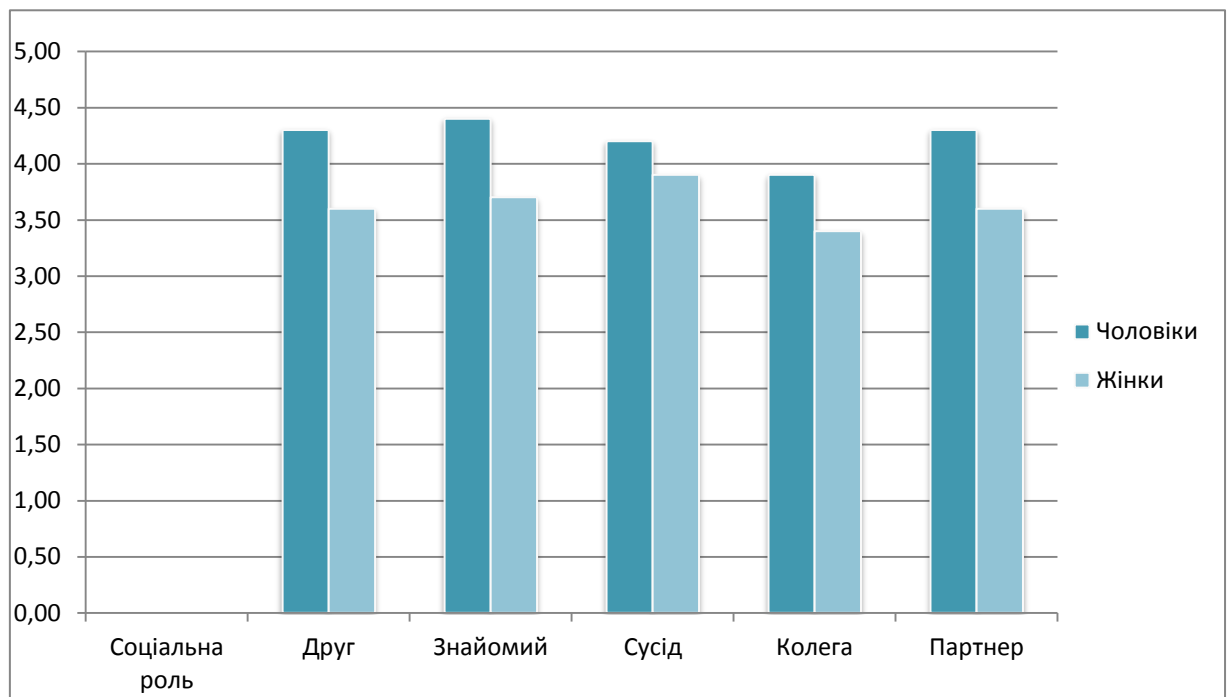


Рис. 3.11 – Діаграма порівняння соціальної дистанції за статтю (основна група)

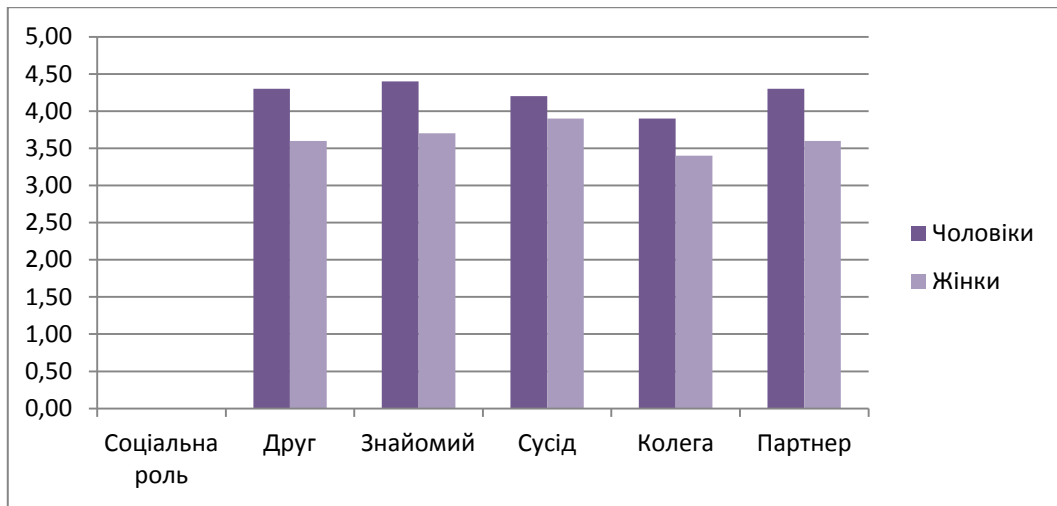


Рис. 3.12. Діаграма порівняння соціальної дистанції за статтю (контрольна група)

Отже, хоча емпіричні дані не дозволяють зробити висновок про достовірні статеві відмінності у рівні соціальної дистанції серед респондентів з інвалідністю, змістовний аналіз відповідей дозволяє фіксувати гендерно зумовлені соціально-психологічні тенденції, які заслуговують на подальше дослідження.

Таблиця 3.7

Порівняння соціальної дистанції за статтю (основна група)

Соціальна роль	Середнє (чоловіки)	Середнє (жінки)	Ст. відхилення (чоловіки)	Ст. відхилення (жінки)	р-значення (U-критерій)
Друг	4.38	3.60	0.96	1.40	0.09
Знайомий	4.38	3.67	0.96	1.40	0.14
Сусід	4.25	3.87	1.00	0.99	0.26
Колега	3.94	3.47	0.93	1.25	0.31
Партнер	4.19	3.60	1.11	1.24	0.21

У контрольній групі респондентів (люди без інвалідності) було зафіксовано високі середні значення соціальної прийнятності в усіх міжособистісних ролях, незалежно від статі.

Жінки в цій групі демонстрували дещо вищі оцінки готовності до соціальної взаємодії з людьми з інвалідністю порівняно з чоловіками, однак жодна з виявлених відмінностей не досягла рівня статистичної значущості ($p > 0.05$ для більшості соціальних ролей). Це свідчить про стійку установку на інклюзію, яка характерна для всієї групи респондентів, незалежно від статевої належності.

Середні значення соціальної дистанції в контрольній групі наближаються до максимальних у таких ролях, як знайомий, сусід, колега та навіть партнер або близька людина, що свідчить про високу готовність до прийняття осіб з інвалідністю не лише в контексті формальної або побіжної взаємодії, але й у глибших міжособистісних зв'язках. У таблиці 3.8 представлено середні значення соціальної дистанції за статевою ознакою (контрольна група).

Таблиця 3.8

Порівняння соціальної дистанції за статтю (контрольна група)

Соціальна роль	Середнє (чоловіки)	Середнє (жінки)	Ст. відхилення (чоловіки)	Ст. відхилення (жінки)	р-значення (U-критерій)
Друг	4.67	4.93	0.82	0.27	0.45
Знайомий	4.67	5.00	0.82	0.00	0.04
Сусід	4.67	5.00	0.82	0.00	0.04
Колега	4.67	5.00	0.82	0.00	0.04
Партнер	4.50	4.59	0.84	0.69	0.84

Певне перевищення середніх оцінок жінками може бути зумовлене традиційними соціальними моделями, що асоціюють жіночу стать із більшим рівнем емпатії, толерантності та підтримувальної поведінки.

Проте загальна відсутність значущих відмінностей свідчить, що установки щодо соціальної інтеграції людей з інвалідністю в контрольній групі є достатньо сформованими та загальноприйнятими.

Ці результати можуть розглядатися як індикатор позитивних зрушень у громадській свідомості, що особливо важливо в умовах трансформації українського суспільства у бік відкритості, інклюзивності та поваги до прав людини.

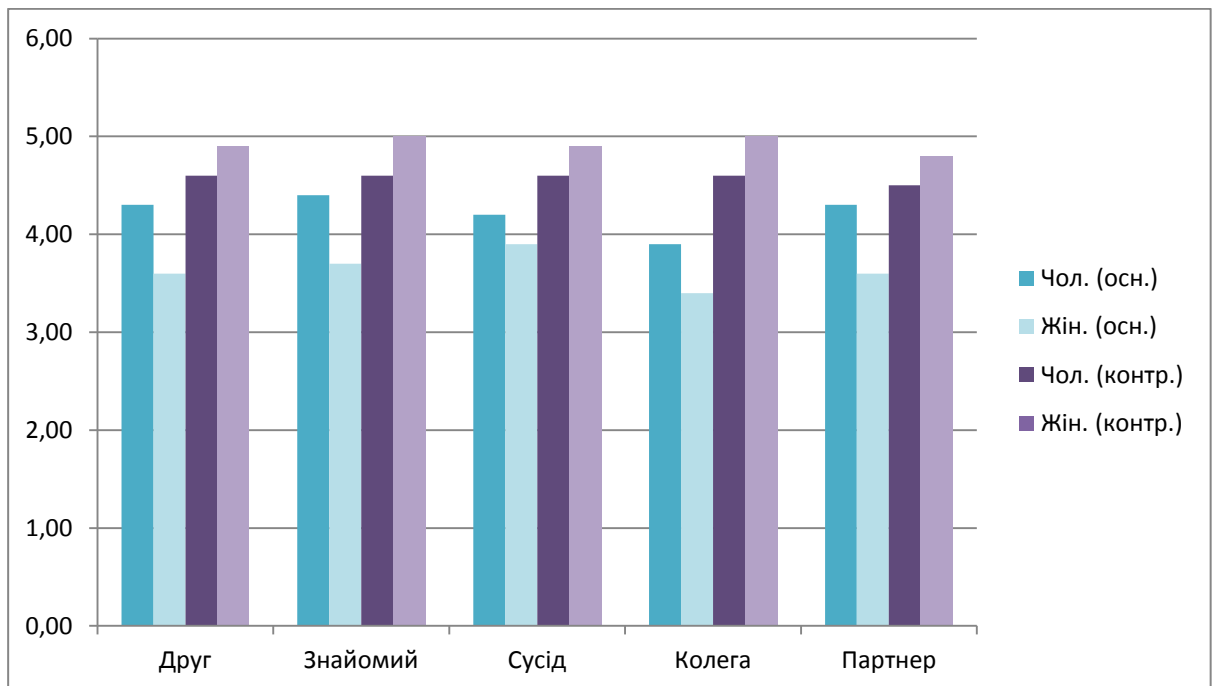


Рис. 3.13. Об'єднана діаграма порівняння за статтю (обидві групи)

Порівняльний аналіз соціальної дистанції за віковими підгрупами

Аналіз соціальної дистанції в основній групі респондентів (люди з інвалідністю) залежно від вікової категорії не виявив статистично значущих відмінностей між молодшими (до 34 років) і старшими (35 років і більше) учасниками дослідження.

Хоча молодші респонденти частіше обирали найвищі значення прийнятності у всіх п'яти соціальних ролях, зокрема в таких, як *друг*, *сусід* і *партнер*, розраховані р-значення за критерієм Манна–Уїтні перевищували встановлений пороговий рівень статистичної значущості ($p > 0.05$). У таблиці 3.9 подано порівняння соціальної дистанції за віком серед респондентів основної групи, а в таблиці 3.10 - для контрольної групи.

Ці результати свідчать про відносну однорідність соціальних установок у межах основної групи, що, ймовірно, зумовлена спільним досвідом подолання бар'єрів, пов'язаних із інвалідністю.

Незалежно від віку, респонденти продемонстрували помірний рівень прийняття себе та інших у контексті різних міжособистісних ситуацій, що може вказувати на сформовану реалістичну оцінку соціальної взаємодії.

Однак тенденційно вищі оцінки серед молодших респондентів можуть свідчити про певну вікову відкритість до інклюзивності, що корелює з сучасними соціальними трендами у молодіжному середовищі.

Молодші учасники можуть мати більший досвід участі в інклюзивних освітніх, громадських чи професійних ініціативах, що впливає на позитивну динаміку їхніх соціальних установок.

З огляду на це, хоча статистична перевірка не підтвердила значущих відмінностей, отримані результати мають цінність у якості описових тенденцій, які можуть бути враховані в подальших дослідженнях з більшими вибірками та розширеним інструментарієм.

Таблиця 3.9.

Порівняння соціальної дистанції за віком (основна група)

Соціальна роль	Середнє (до 34)	Середнє (35+)	Ст. відхилення (до 34)	Ст. відхилення (35+)	р-значення (U-критерій)
Друг	3.95	4.08	1.27	1.24	0.79
Знайомий	3.95	4.17	1.18	1.34	0.54
Сусід	3.89	4.33	1.10	0.78	0.31
Колега	3.63	3.83	1.12	1.11	0.63
Партнер	3.95	3.83	1.22	1.19	0.76

У контрольній групі респондентів (люди без інвалідності) молодші учасники (до 34 років) продемонстрували трохи вищий рівень соціальної відкритості, особливо в контексті більш повсякденних форм взаємодії, таких як роль *друга*, *знайомого* та *сусіда*. Це може свідчити про певну вікову чутливість до інклюзивних норм, яка поступово формується в молодших поколіннях унаслідок соціальних змін, модернізації цінностей та поширення ідей рівності та недискримінації.

Проте, як і в основній групі, статистично значущих відмінностей між віковими категоріями виявлено не було (усі р-значення > 0.05), що вказує на стабільність інклюзивних установок незалежно від віку респондента. Високі середні оцінки в обох вікових підгрупах у таких ролях, як *партнер* чи *колега*, підтверджують загальну готовність до соціального прийняття людей з інвалідністю навіть у більш близьких або професійно значущих сферах.

Змістовна стабільність відповідей також свідчить про те, що ставлення до людей з інвалідністю у цій групі є результатом не лише особистого досвіду, а й впливу ширших соціокультурних факторів, зокрема медіа,

освіти, громадських кампаній. Таким чином, контрольна група демонструє високий ступінь сформованої соціальної зрілості, що не залежить від віку, а радше від ціннісно-нормативного консенсусу щодо інклюзії як базової соціальної норми.

Для наочного представлення загальної тенденції було побудовано об'єднану діаграму порівняння рівнів соціальної прийнятності за віком в обох досліджуваних групах. Візуалізацію результатів представлено на рис. 3.14(основна група), рис. 3.15 (контрольна група) та об'єднаній діаграмі на рис. 3.16, що демонструє загальну динаміку прийнятності за віковими підгрупами. На ній видно, що в усіх соціальних ролях молодші респонденти (до 34 років), як з інвалідністю, так і без неї, загалом демонстрували трохи вищі оцінки прийнятності, особливо у сферах неформальної взаємодії (друг, знайомий, сусід).

Таблиця 3.10

Порівняння соціальної дистанції за віком (контрольна група)

Соціальна роль	Середнє (до 34)	Середнє (35+)	Ст. відхилення (до 34)	Ст. відхилення (35+)	р-значення (U-критерій)
Друг	5.00	4.85	0.00	0.46	0.38
Знайомий	5.00	4.92	0.00	0.39	0.66
Сусід	5.00	4.92	0.00	0.39	0.66
Колега	5.00	4.92	0.00	0.39	0.66
Партнер	4.57	4.58	0.53	0.76	0.66

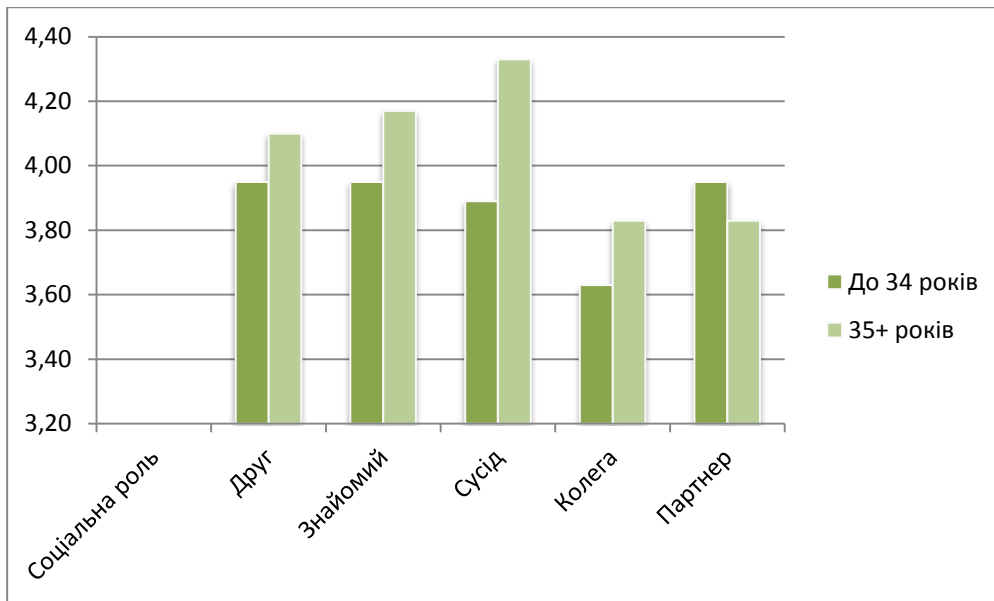


Рис. 3.14 - Діаграма порівняння соціальної дистанції за віком (основна група)

Попри відсутність статистичної значущості відмінностей, візуальне порівняння підтверджує тенденцію до більш інклюзивних установок серед молодших учасників. Це може вказувати на поступову зміну соціального мислення в молодших поколіннях під впливом трансформаційних процесів у суспільстві.

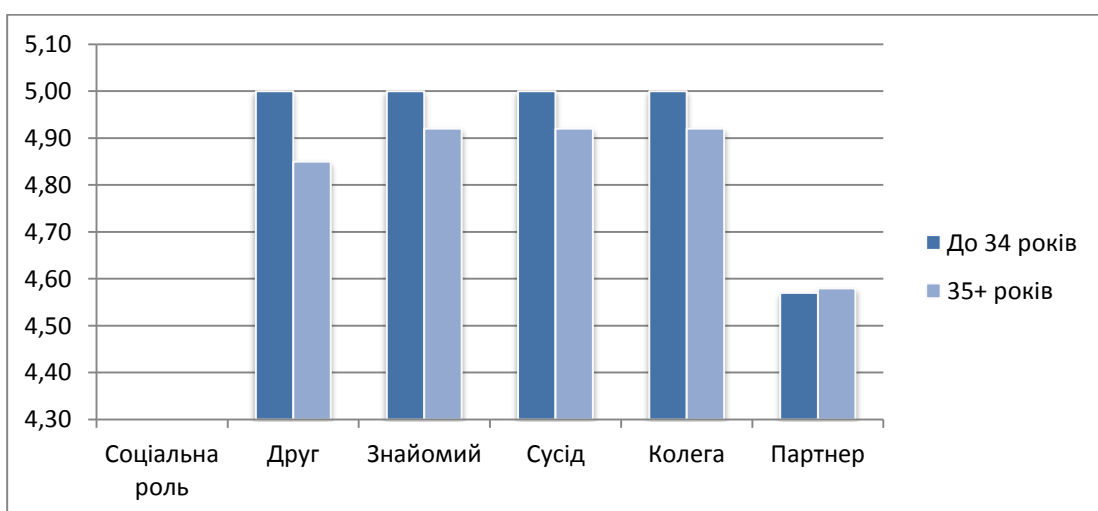


Рис. 3.15 – Діаграма порівняння соціальної дистанції за віком (контрольна група)

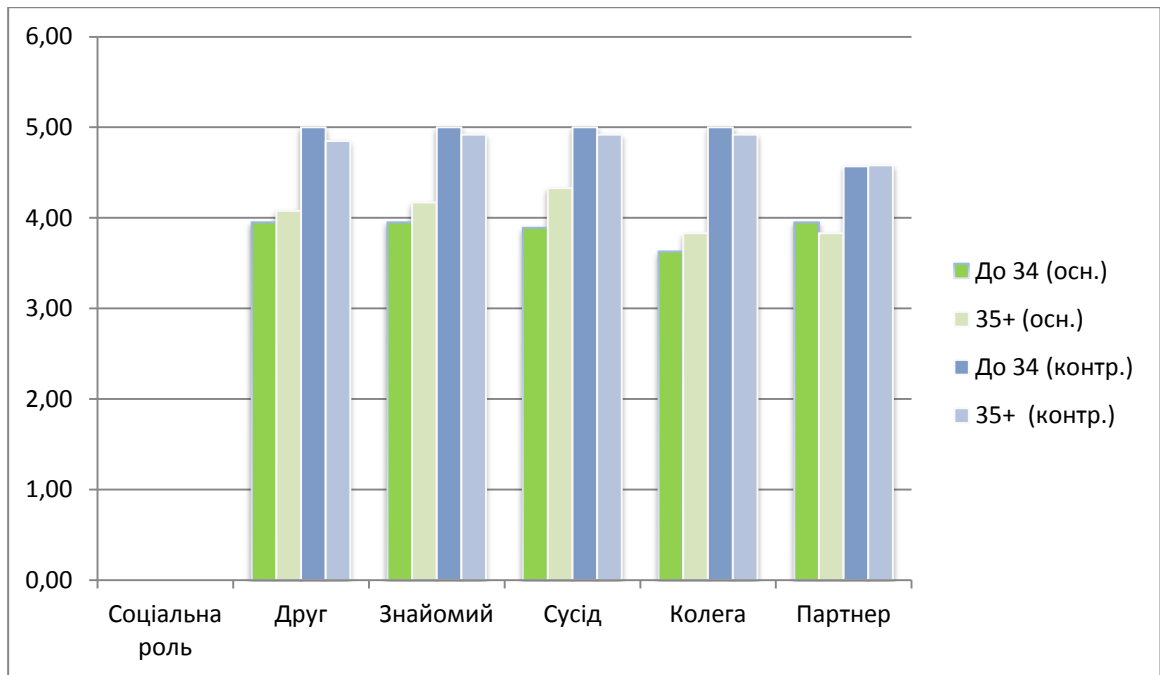


Рис. 3.16 - Об'єднана діаграма порівняння за віком (обидві групи)

У межах порівняльного аналізу між групами та підгрупами респондентів у дослідженні було застосовано непараметричний U-критерій Манна–Уїтні. Цей метод було обрано з урахуванням особливостей емпіричних даних - зокрема, невеликих вибірок, порядкової шкали вимірювання (шкала соціальної дистанції), а також можливого відхилення розподілу від нормального.

На відміну від параметричних методів (зокрема, t-критерію Стьюдента), які передбачають низку обов'язкових статистичних передумов - таких як нормальність розподілу даних, гомогенність дисперсій та відносно великі обсяги вибірок - U-критерій Манна–Уїтні дозволяє порівнювати дві незалежні групи без потреби у дотриманні цих умов. Зокрема, він працює на основі порівняння рангів, а не самих значень, що знижує вплив крайніх значень (викидів) і підвищує стійкість аналізу.

U-критерій є одним із найпоширеніших інструментів у соціально-психологічних дослідженнях, коли йдеться про порівняння установок, оцінок і сприйняття - тобто тих змінних, які зазвичай фіксуються у порядкових шкалах [54].

У даному дослідженні U-критерій Манна–Уїтні застосовувався для порівняння:

- основної та контрольної груп;
- підгруп за статтю (чоловіки / жінки);
- підгруп за віком (до 34 років / 35 і більше);
- підгруп за походженням інвалідності (пов'язана / не пов'язана з війною).

Оскільки перевірка нормальності розподілу не проводилася через обмежену чисельність деяких підгруп, застосування непараметричного підходу було методологічно обґрунтованим і дозволило забезпечити надійність отриманих результатів.

Усі результати перевірки статистичних гіпотез представлено в таблицях 3.1–3.5. Рівень статистичної значущості приймався на рівні $p < 0.05$, що відповідає загальноприйнятим стандартам у соціально-гуманітарних науках.

У результаті проведеного порівняльного аналізу між групами (основною та контрольною) було встановлено, що в цілому контрольна група демонструє більш високий рівень соціальної відкритості до людей з інвалідністю в усіх соціальних ролях. При цьому відмінності між основною та контрольною групою виявилися статистично значущими ($p < 0.05$) у більшості випадків, що свідчить про вищий рівень соціального прийняття в контрольній групі.

Гендерні відмінності у сприйнятті соціальної дистанції в основній групі не виявили статистично значущих відмінностей ($p > 0.05$). Проте спостерігалася тенденція до вищої соціальної прийнятності серед жінок, зокрема в ролях знайомого, сусіда та колеги по роботі. Це може свідчити про більшу емоційну відкритість або соціальну гнучкість жінок у ситуаціях взаємодії з іншими людьми, навіть коли мова йде про власну ідентичність інвалідності.

У внутрішньогруповому аналізі за віковими категоріями також не було виявлено статистично значущих відмінностей ($p > 0.05$). Однак молодші респонденти (до 34 років) частіше виставляли максимальні оцінки прийнятності в усіх соціальних ролях, що вказує на тенденцію до більшої соціальної відкритості серед молодших учасників. Це може бути результатом більшої соціалізації та освіченості молодших поколінь щодо важливості інклюзії.

Походження інвалідності в основній групі було проаналізовано. Частина респондентів вказала, що інвалідність пов'язана з пораненнями або контузіями, отриманими під час військових дій - як у ролі військовослужбовців, так і як цивільних осіб. Це дає підстави виокремити окрему підгрупу «інвалідність, пов'язана з війною». Проте, через невелику кількість респондентів у кожній з підгруп, проведення статистично значущих порівнянь між походженням інвалідності потребує подальшого розширення вибірки.

Загалом, порівняння за статтю, віком та походженням інвалідності дозволяють зробити висновок, що у групах респондентів з інвалідністю та без інвалідності сформовані схожі установки на соціальну відкритість і інклюзивність. Однак, існують деякі соціально-психологічні відмінності, які потребують подальшого дослідження у більшій вибірці для забезпечення надійності результатів.

3.3 Факторна структура соціального сприймання осіб з інвалідністю

Після завершення порівняльного аналізу рівнів соціальної дистанції між респондентами з інвалідністю та без неї, доцільним стало розширення дослідницького фокусу - від кількісного опису до виявлення глибших психологічних механізмів, які лежать в основі формування ставлення до осіб з інвалідністю. Простий вимір рівня соціального прийняття або дистанції не

дозволяє вичерпно пояснити, чому саме люди займають ту чи іншу позицію щодо інвалідності: чи то через особисті переконання, чи то через емоційний дискомфорт, чи внаслідок культурних стереотипів. З метою розкриття таких латентних (прихованих) механізмів було застосовано факторний аналіз -один із найпотужніших методів багатовимірної статистики у психології.

Факторний аналіз дозволяє зменшити складність емпіричних даних шляхом виділення основних вимірів (факторів), які узагальнюють вплив багатьох взаємопов'язаних змінних. У цьому випадку аналіз охопив масив тверджень, що відображають соціально-психологічні установки, емоційні реакції, мотиваційні схильності та поведінкові орієнтації респондентів щодо людей з інвалідністю. Таким чином, замість аналізу кожного окремого твердження ми мали змогу виявити структурні утворення -типи ставлення або патерни сприймання, які інтегрують низку показників.

З методологічної точки зору, було використано метод головних компонент (Principal Component Analysis, PCA) -найпоширеніший варіант факторного аналізу у випадках, коли дослідник прагне зберегти якомога більше дисперсії у змінних, мінімізуючи втрати інформації. Основна ідея PCA полягає у тому, щоб трансформувати початковий набір взаємопов'язаних змінних у нові -незалежні (ортогональні) компоненти, які послідовно пояснюють спадний обсяг дисперсії. Це дозволяє структурувати дані та виявити основні «виміри» -типи реагування або когнітивні системи, притаманні різним групам респондентів.

До аналізу було включено одинадцять тверджень, що охоплювали ключові аспекти сприймання інвалідності. Кожне з них оцінювалося за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 відповідало варіанту «повністю не погоджуюсь», а 5 -»повністю погоджуюсь». Така шкала дозволяє не лише виявляти загальний напрямок ставлення, а й диференціювати його інтенсивність. Серед тверджень були представлені як гуманістично орієнтовані судження (наприклад, «Люди з інвалідністю мають право на активне життя», «Вони можуть бути продуктивними членами суспільства»),

так і негативно забарвлені (наприклад, «Мені незручно взаємодіяти з людиною з інвалідністю», «Люди з інвалідністю є тягарем для суспільства»). Такий підбір дозволив охопити повний спектр ставлень - від відкритості до уникання, від підтримки до стигматизації.

Важливо, що попередньо було проведено стандартизацію даних - тобто перетворення всіх шкал у стандартизовану форму (z-оцінки). Це дає змогу уникнути впливу масштабів змінних і забезпечує справедливу порівнянність між ними. Також із масиву даних було вилучено рядки з пропущеними значеннями, що могло спотворити результати аналізу. У підсумку, до обчислення було допущено лише повні, надійні дані.

Після побудови первинної кореляційної матриці та оцінки загальної дисперсії було обчислено власні значення (eigenvalues) для кожного компонента. Для визначення оптимальної кількості факторів було використано графік «ліктя» (Scree Plot) - візуальний інструмент, що показує, як швидко зменшується пояснювана дисперсія кожним наступним фактором. На обох графіках (рис. 3.17 - контрольна група, рис. 3.18 - основна група) спостерігалось різке зниження дисперсії після третього фактора, що свідчить про доцільність виділення трьох латентних факторів для кожної вибірки. Це підтверджує, що подальші компоненти не мають достатньої інтерпретативної ваги і лише ускладнюють модель.

Після ротації компонентів за методом варімакс (varimax rotation), що дозволяє покращити інтерпретацію факторів (роблячи навантаження більш «чистими» та розділеними між факторами), було побудовано факторні структури окремо для контрольної та основної груп. Кожен фактор був проаналізований змістовно, з урахуванням семантики тверджень з найвищими навантаженнями. Це дозволило не лише математично виокремити структури, а й психологічно інтерпретувати їх як типи ставлення, внутрішні схеми реагування та світоглядні орієнтири.

У контрольній групі (респонденти без інвалідності) було виділено такі фактори:

1. Тривожність і емоційна дистанція -вказує на дискомфорт у взаємодії, страх сказати щось недоречне, емоційне уникання.
2. Стереотипізація і негативні уявлення -охоплює судження про залежність, некомпетентність, несамостійність.
3. Інклюзивна установка -відображає готовність визнавати рівність, підтримку соціального включення.

В основній групі (люди з інвалідністю) сформувалися такі фактори:

1. Внутрішня стигматизація і відчуття «іншості» -досвід суспільного відчуження, занижена самооцінка.
2. Обережна емпатія -розуміння обмеженості інших без приписування злих намірів.
3. Позитивна ідентичність - самосприйняття як повноцінного члена суспільства з правом на реалізацію.

Ці структури стали основою для подальшого аналізу, інтерпретації та порівняння між групами, що дозволило глибше розкрити психологічну природу соціального сприймання інвалідності в умовах війни, соціальних змін та трансформації інклюзивної культури.

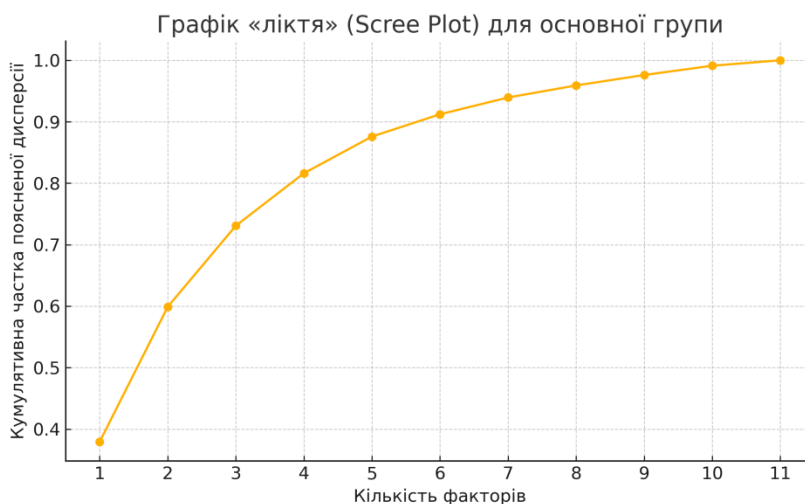


Рисунок 3.17 – Scree Plot (графік «ліктя») для основної групи

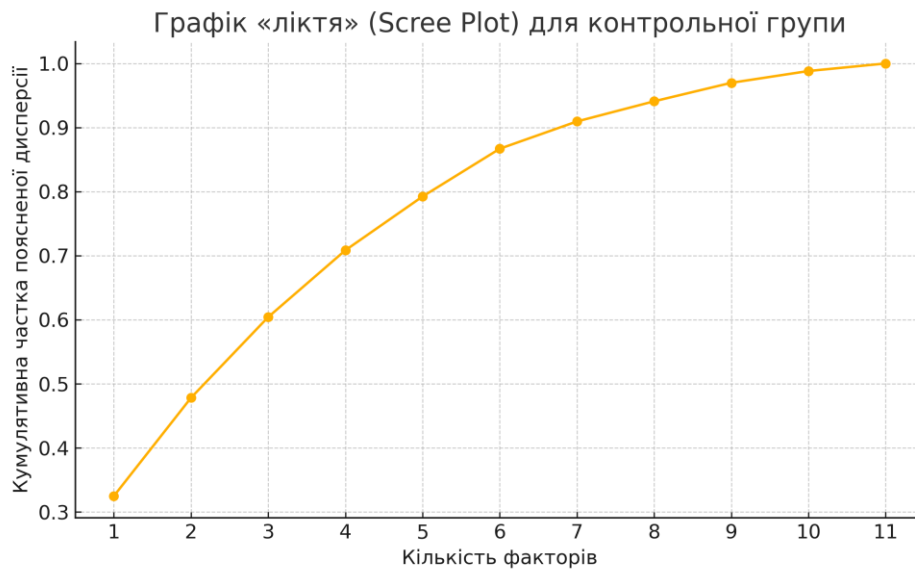


Рисунок 3.18 – Scree Plot (графік «ліктя») для контрольної групи

Факторна структура у контрольній групі

У результаті факторного аналізу відповідей респондентів без інвалідності, було виявлено три головні латентні чинники, що визначають особливості їхнього сприймання осіб з інвалідністю в контексті соціальної взаємодії. Матрицю факторних навантажень представлено в таблиці 3.11. Ці чинники відображають різні рівні -емоційний, когнітивний та ціннісний -у структурі міжособистісного ставлення до представників уразливої соціальної групи. Незважаючи на те, що в сучасному суспільстві спостерігається номінально високий рівень декларованої толерантності, глибинний психологічний аналіз показує існування амбівалентних установок, що поєднують в собі тривогу, стереотипи і щирі інклюзивні переконання.

Фактор 1: Тривожність і емоційна дистанція

Перший фактор є найпотужнішим за пояснювальною силою і характеризується сукупністю тверджень, що вказують на внутрішню психологічну напругу респондента, пов'язану з ситуаціями потенційної взаємодії з особою з інвалідністю. Серед найбільш інформативних пунктів - судження про те, що «я почуваюся ніяково в присутності людини з інвалідністю», «не знаю, як правильно реагувати», «боюсь образити або поводитись невідповідно». Такі реакції свідчать про відсутність упевненості

у соціальних сценаріях, недостатній досвід контакту, а також про вплив суспільних табу, пов'язаних з інвалідністю.

Цей фактор можна трактувати як прояв неусвідомленої соціальної дистанції, яка не завжди виявляється у прямому відторгненні, але формується через емоційне напруження, тривогу та уникання. Для осіб без інвалідності це може бути реакцією на власну вразливість або страх зруйнувати «нормативне» уявлення про цілісність, продуктивність, функціональність людини. З точки зору психосоціальної динаміки, такі установки пов'язані з захисними механізмами психіки, які активуються у відповідь на зустріч з «іншим» - уособленням фрагментованості або відхилення від соціальних норм.

Фактор 2: Стереотипізація і негативні уявлення

Другий фактор поєднує когнітивні судження, що відображають усталені уявлення про людей з інвалідністю як про осіб, які потребують особливого ставлення, не здатні до повноцінної соціальної участі або є емоційно обмеженими. Тут мають високі факторні навантаження судження на кшталт: «люди з інвалідністю не можуть працювати на рівних», «вони потребують постійної допомоги», «вони нещасні і викликають жаль». Такі уявлення демонструють традиційну медичну або патерналістську модель інвалідності, у якій основний фокус спрямований на діагноз, дефіцит, залежність, а не на можливості та індивідуальну ідентичність.

Цей чинник формує когнітивну основу соціальної дистанції, відтворюючи у свідомості респондентів шаблони, що функціонують як «ментальні ярлики». Вони є результатом багаторічного впливу соціалізації, медіа, формальної освіти, і часто залишаються неусвідомленими, але сильно впливають на поведінку. Водночас варто зазначити, що на відміну від першого чинника, який базується на емоціях, цей відображає структуровані уявлення, що можуть бути скориговані завдяки освіті, просвітництву та контактному досвіду.

Фактор 3: Інклюзивна установка

Третій фактор має позитивну спрямованість і репрезентує ті судження, які можна трактувати як прояви інклюзивного мислення. Сюди входять твердження про те, що «люди з інвалідністю мають рівні права на участь у житті суспільства», «можуть бути цінними колегами, друзями», «мають потенціал до самореалізації». Цей фактор демонструє ціннісний зсув у бік гуманістичного бачення людини, яке не визначається її функціональними обмеженнями, а розглядає її як рівного члена соціуму.

Однак важливо підкреслити, що навіть за наявності високих оцінок цього фактора, його вага в загальній структурі значно менша, ніж у факторів тривоги або стереотипізації. Це може свідчити про формальність або соціальну бажаність таких суджень - респонденти знають, як «правильно» говорити, але ці переконання ще не мають глибокого внутрішнього підґрунтя. Тобто, йдеться не про переконання, що активно впливають на поведінку, а про цінності, які ще не інтегрувались у систему особистих установок.

Інтерпретація: амбівалентне сприймання

Сукупність виявлених чинників дозволяє стверджувати, що соціальне сприймання людей з інвалідністю у контрольній групі має амбівалентний характер. З одного боку, частина респондентів демонструє щирю готовність до прийняття, інклюзивного співіснування та рівності. З іншого боку - ця готовність супроводжується емоційною напругою і несформованістю навичок взаємодії, що призводить до уникання або формалізованого контакту. Водночас на когнітивному рівні присутні глибоко вкорінені стереотипи, які не завжди усвідомлюються, але впливають на оцінку «придатності» людей з інвалідністю до тієї чи іншої соціальної ролі.

Факторна структура свідчить, що інклюзивні переконання існують у середовищі домінування упереджених уявлень, і лише в окремих випадках можуть переважати. Отже, необхідним є поглиблений освітній і соціальний вплив, який має не лише інформативний, а й емоційно-переживальний

характер - через діалог, емпатійні практики, реальний досвід міжособистісного контакту.

Таблиця 3.11

Матриця факторних навантажень у контрольній групі (метод головних компонент, 3 фактори)

№	Формулювання твердження	Фактор 1 (Тривожність)	Фактор 2 (Стереотипи)	Фактор 3 (Інклюзивність)
1	Твердження 1. Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити так, як вони хочуть	-0.19	-0.49	-0.25
2	Твердження 2. Люди з інвалідністю можуть вести активне життя, як і люди без інвалідності	-0.13	-0.24	-0.28
3	Твердження 3. Люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах	-0.23	-0.1	-0.64
4	Твердження 4. Люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до себе	0.25	0.26	-0.51
5	Твердження 5. Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими	0.19	0.33	-0.32
6	Твердження 6. Люди з інвалідністю є тягарем для своїх близьких	0.4	0.1	-0.18

7	Твердження 7. Іноді мені здається, що люди з інвалідністю покарані за свої вчинки	0.36	0.17	0.11
8	Твердження 8. Мені незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як їм допомогти	0.39	-0.44	0.04
9	Твердження 9. Мені незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як до них ставитися	0.43	-0.32	0.09
10	Твердження 10. Якби в моїй сім'ї була людина з інвалідністю, я б не хотів, щоб про це дізналися інші	-0.08	-0.37	0.02
11	Твердження 11. Мені важко підійти до людей з інвалідністю, тому що вони відрізняються від мене.	0.41	-0.23	-0.17

Як видно з таблиці 3.11, яка відображає факторну структуру соціального сприймання в контрольній групі, серед респондентів без інвалідності виразно простежується домінування таких латентних чинників, як емоційна тривожність та стереотипізація. Перший фактор об'єднує твердження, що вказують на психологічну напругу, дискомфорт або невпевненість у ситуаціях міжособистісної взаємодії з людьми з інвалідністю. Найвищі факторні навантаження у цій групі мають саме ті судження, які демонструють зростання рівня соціального занепокоєння - наприклад, ніяковість, сумніви в правильності своєї поведінки, страх

«сказати щось не так». Така тривожність свідчить про наявність у респондентів латентного відчуття невизначеності щодо соціальних норм взаємодії у включеному середовищі.

Другий фактор - стереотипізація та негативні уявлення -репрезентує закріплені культурою уявлення про інвалідність як про стан обмеження, залежності або слабкості. Сюди увійшли твердження про те, що «люди з інвалідністю потребують особливого ставлення», «є тягарем для суспільства» тощо. Високі факторні навантаження на цих пунктах вказують на стійкість відповідних стереотипів. Ці уявлення, хоч і не завжди є усвідомленими, створюють основу для ментального відсторонення та сприяють формуванню соціальної дистанції навіть за наявності загальної толерантної риторики.

Комбінація емоційної напруги з когнітивною стереотипністю вказує на амбівалентний характер соціального сприймання. Респонденти водночас можуть висловлювати готовність до прийняття, але на несвідомому рівні переживати дискомфорт або опиратися зміні звичних соціальних меж. Це відповідає сучасним уявленням про приховану стигматизацію та «благодійний» підхід до інвалідності, коли домінують неформальні упередження, замасковані під етично позитивні установки.

Факторна структура в основній групі

У результаті факторного аналізу відповідей респондентів, які ідентифікують себе як особи з інвалідністю, було виділено три основні латентні чинники, які визначають специфіку їхнього соціального сприймання. Матрицю факторних навантажень представлено в таблиці 3.12. Хоча кількість факторів збігається з результатами контрольної групи, їхній зміст є якісно іншим, оскільки відображає не зовнішнє ставлення до інвалідності, а внутрішню систему самосприйняття, яка формується на основі безпосереднього досвіду життя в умовах соціальної стигматизації, бар'єрності та недостатньої інклюзії.

Фактор 1. Внутрішня стигматизація і відчуття «іншості»

Перший і найсильніший чинник за величиною пояснюваної дисперсії об'єднує твердження, що вказують на глибоко вкорінене відчуття відокремленості від «нормативного» суспільства. Серед тверджень, що мали найвищі факторні навантаження, можна виокремити ті, які відображають досвід суспільного неприйняття, почуття провини, невпевненості у власній соціальній цінності, а також відчуття, що інвалідність -це тягар для інших. Наприклад, відповіді, які свідчать про те, що «люди в суспільстві сприймають мене як покарання», «я почуваюсь зайвим у більшості ситуацій», «моя присутність викликає напругу в інших», -формують єдиний змістовий блок, який можна трактувати як внутрішню стигматизацію.

Цей фактор відображає не лише емоційні реакції, а й глибоко інтеріоризовані соціальні наративи, які людина засвоює в процесі життєдіяльності. Такий тип сприймання є результатом багаторічної дії бар'єрних структур: фізичних, комунікативних, освітніх, а головне - ціннісних. Відчуття «іншості» не обмежується формальними ознаками (наявність фізичного або сенсорного порушення), а виступає результатом соціального виключення, внаслідок якого особа відчуває втрату суб'єктного статусу, а її присутність у публічному просторі сприймається як «виняток із правила».

У психосоціальному контексті внутрішня стигматизація асоціюється з розвитком низької самооцінки, тривожності, соціальної депривації, уникання соціальних контактів. На когнітивному рівні вона проявляється в узагальнених судженнях про себе як про «менш цінного», «менш компетентного» або «залежного» члена суспільства.

Фактор 2. Обережна емпатія

Другий фактор репрезентує більш реалістичне, стримане, але потенційно позитивне сприймання соціального оточення. Найвищі факторні навантаження тут мають ті твердження, в яких респонденти визнають, що люди без інвалідності не завжди знають, як правильно поводитися у

ситуаціях взаємодії, але при цьому не мають ворожих або дискримінаційних намірів. Це сприймання базується на поблажливому розумінні обмежень інших, а не на звинуваченні. Наприклад: «Люди часто ніяковіють, бо бояться сказати щось недоречно», «Їм не пояснювали, як з нами розмовляти», «Вони не погані -просто не мають досвіду».

Такий спосіб сприймання можна назвати обережною або реалістичною емпатією. З одного боку, він не ідеалізує соціальну дійсність і визнає наявність комунікативних бар'єрів; з іншого -не інтерпретує ці бар'єри як злу волю чи дискримінаційний намір. Це позиція людини, яка вже зіткнулася з нерозумінням або незручністю, але намагається пояснити це неупередженістю, а швидше -необізнаністю або браком соціального навчання в оточення.

Цей фактор відображає перехід від пасивної ролі «об'єкта стигматизації» до активного рефлексивного позиціонування, у якому респондент бачить себе не тільки в центрі оцінки, а й як аналітика соціальних взаємодій. Це потенційно конструктивна позиція, яка може стати основою для діалогу, просвітницьких ініціатив і культурної трансформації інвалідності з «особливості» у «норму різноманіття».

Фактор 3. Позитивна ідентичність

Третій фактор має виразно афірмативний характер і пов'язаний із намаганням переосмислити інвалідність не як обмеження, а як частину багатогранної ідентичності, що включає прагнення до рівності, самореалізації, активної соціальної участі. У цей фактор об'єдналися твердження на кшталт: «Я маю право бути рівноправним членом суспільства», «Моя інвалідність не обмежує мою цінність», «Я маю потенціал і хочу бути почутим».

Цей блок відображає високий рівень внутрішньої суб'єктності, де респонденти не просто дистанціюються від негативних стереотипів, а будують власну позитивну систему цінностей. Тут інвалідність більше не сприймається як дефект або ізольована ознака -вона інтегрується в загальний

образ Я, як одна з багатьох характеристик особистості. Позитивна ідентичність -це не заперечення об'єктивних труднощів, а свідома переорієнтація на сильні сторони, намагаючись реалізувати себе попри існуючі бар'єри.

У сучасному дискурсі цей фактор пов'язується з моделлю прав людини, згідно з якою соціальна повноцінність особи не залежить від її фізичного стану, а гарантується на рівні правових, інституційних і культурних практик. Висока факторна насиченість цього блоку свідчить про те, що серед респондентів з інвалідністю формується нова генерація ідентичностей, в основі яких -не дефіцит, а самоповага, гідність і прагнення до активної участі[22; 50]..

Узагальнюючи, можна стверджувати, що факторна структура в основній групі є глибшою, більш рефлексивною та ціннісно орієнтованою, ніж у контрольній. Вона не лише фіксує наявні емоції чи установки, а й відображає внутрішній шлях -від переживання стигматизації до формування позитивної, змістовної соціальної ідентичності. Отримані фактори демонструють високу психологічну складність сприймання, що формується під впливом особистого досвіду, багаторічного соціального навчання та пошуку нових смислів у межах власного становища.

Таблиця 3.12

Матриця факторних навантажень в основній групі (метод головних компонент, 3 фактори)

№	Формулювання твердження	Фактор 1 (Стигматизація)	Фактор 2 (Обережна емпатія)	Фактор 3 (Позитивна ідентичність)
1	Твердження1. Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб	-0.21	-0.46	-0.11

	жити так, як вони хочуть			
2	Твердження 2. Люди з інвалідністю можуть вести активне життя, як і люди без інвалідності	-0.14	-0.5	-0.35
3	Твердження 3. Люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах	-0.3	-0.39	-0.26
4	Твердження 4. Люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до себе	0.31	-0.07	-0.52
5	Твердження 5. Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими	0.38	0.13	-0.34
6	Твердження 6. Люди з інвалідністю є тягарем для своїх близьких	0.42	0.07	-0.2
7	Твердження 7. Іншим здається, що люди з інвалідністю покарані за свої вчинки	0.26	0.06	-0.19
8	Твердження 8. Іншим незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що вони не знають, як їм допомогти	0.29	-0.27	0.42
9	Твердження 9. Іншим незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю,	0.3	-0.39	0.26

	тому що вони не знаю, як до них ставитися			
10	Твердження 10. Коли в якійсь сім'ї є людина з інвалідністю, вони б не хотіли, щоб про це дізналися інші	0.33	-0.2	-0.04
11	Твердження 11. Іншим важко підійти до людей з інвалідністю, тому що вони відрізняються від них.	0.29	-0.31	0.3

Порівняння виявлених чинників свідчить про те, що соціальне сприймання людей з інвалідністю у представників контрольної та основної груп має багатовимірну та складну структуру, проте суттєво відрізняється за своїм фокусом. Порівняльну характеристику латентних чинників представлено в таблиці 3.13. У респондентів без інвалідності переважають емоційні бар'єри та когнітивні стереотипи, тоді як у осіб з інвалідністю домінують елементи внутрішнього переживання, самосприйняття та рефлексії соціального досвіду.

Таблиця 3.13

Порівняльна характеристика латентних чинників соціального сприймання в основній та контрольній групах

Ознака	Контрольна група	Основна група
Фактор 1	Тривожність, емоційна напруга	Внутрішня стигматизація, відчуття «іншості»
Фактор 2	Стереотипізація, когнітивні	Обережна емпатія,

	уявлення	нерозуміння суспільства
Фактор 3	Підтримка, інклюзивність	Позитивна ідентичність, прагнення до рівності

Таким чином, результати факторного аналізу свідчать про те, що хоча як у контрольній, так і в основній групі виявлено трьохфакторну структуру соціального сприймання, зміст цих факторів принципово відрізняється, що відображає різний психологічний контекст взаємодії з темою інвалідності. К видно з рисунку 3.19, структура факторів має схожий характер у двох групах, що підтверджується подібною динамікою зниження дисперсії після третього компонента. У контрольній групі (респонденти без інвалідності) домінують чинники, пов'язані з тривожністю, невпевненістю та стереотипним мисленням, що вказує на поверхневе або недостатньо інтегроване розуміння інвалідності як соціального явища. Люди без інвалідності часто сприймають контакт з особами з інвалідністю як емоційно напружений або складний, що супроводжується відчуттям ніяковості, страхом зробити щось неправильно, униканням або обережністю у поведінці. При цьому існують когнітивно сформовані уявлення, що інвалідність автоматично пов'язана із залежністю, безпорадністю або необхідністю особливого ставлення.

Натомість в основній групі (респонденти з інвалідністю) факторна структура відображає глибше внутрішнє опрацювання теми. Хоча тут також присутній чинник стигматизації, він має не зовнішню, а внутрішню природу, що свідчить про інтеріоризацію суспільного неприйняття та відчуття «іншості». Однак цей фактор супроводжується не стільки тривожністю, скільки емоційною рефлексією та переживанням себе в соціумі. Водночас у цій групі проявляється потужний позитивний чинник - прагнення до утвердження особистісної ідентичності, відчуття власної цінності, гідності та права на рівноправну участь у житті суспільства.

Таким чином, у контрольній групі сприймання визначається більше ззовні - через емоційні реакції на образ «іншого», у той час як в основній

групі воно формується через внутрішню боротьбу між стигматизацією та самоствердженням, через досвід проживання соціальних бар'єрів, але також - і через прагнення долати їх. Отримані результати підкреслюють важливість диференційованого підходу до вивчення соціального сприймання інвалідності, а також необхідність підтримки внутрішніх ресурсів особистості як ключового чинника інклюзивного розвитку.

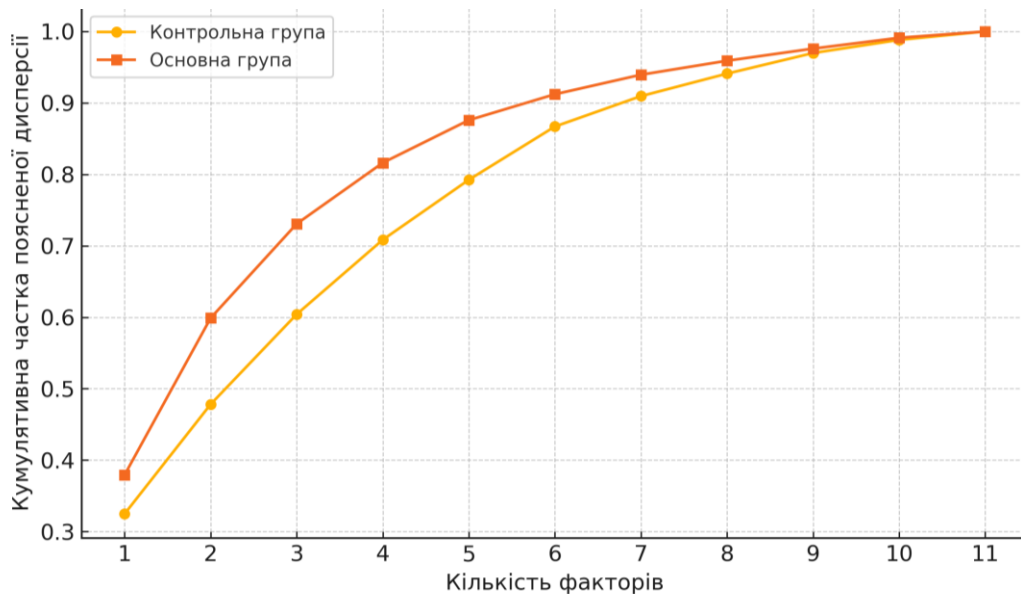


Рисунок 3.19 – Порівняльний графік «ліктя» для обох груп

Отримані результати дозволяють глибше зрозуміти природу соціального сприймання осіб з інвалідністю, розкриваючи не лише поверхневі прояви упереджень чи прийняття, але й глибинні психологічні механізми, що лежать в основі цих установок. У контрольній групі простежується амбівалентне ставлення - поєднання тривожності, стереотипізації та інклюзивної орієнтації, що свідчить про суперечливість соціального досвіду взаємодії з людьми з інвалідністю. Натомість в основній групі більш яскраво виражені внутрішня стигматизація та пошук позитивної ідентичності, що вказує на вплив суспільних бар'єрів та одночасне прагнення до самореалізації.

Отже, ефективна трансформація соціального сприймання потребує не лише інформування суспільства, а й створення безпечного емоційного простору для взаємодії, послідовного розвитку емпатії, подолання

тривожності та підтримки ініціатив людей з інвалідністю як повноправних учасників соціального життя.

3.4. Особливості сприймання осіб з інвалідністю залежно від соціально-демографічних характеристик респондентів

Для з'ясування впливу соціально-демографічних чинників на особливості соціального сприймання осіб з інвалідністю було проведено кореляційний аналіз, спрямований на виявлення статистичних зв'язків між індивідуальними характеристиками респондентів та рівнем їх прийняття інвалідності в соціальному контексті. Такий підхід дозволяє оцінити не лише загальні тенденції, а й більш глибоко зрозуміти, як конкретні змінні -вік, стать і досвід контакту з людьми з інвалідністю -можуть опосередковано впливати на установки, упередження або схильність до соціальної дистанції [33].

У рамках даного дослідження було обрано коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона як основний метод аналізу, оскільки всі змінні, що розглядалися, мають кількісну або бінарну природу.

Коефіцієнт Пірсона дає змогу визначити силу та напрямок зв'язку між змінними та є загальноприйнятим інструментом у соціально-психологічних дослідженнях, коли дотримуються базові умови застосування -зокрема, інтервальна шкала вимірювання та близький до нормального розподіл даних [27].

До аналізу було включено три основні змінні. Вік розглядався як числовий показник, що може відображати як поколінневі особливості ставлення, так і рівень життєвого досвіду, що впливає на формування соціальних установок.

Стать була зафіксована як бінарна змінна (чоловіча/жіноча) і включалася до аналізу з огляду на припущення про потенційні гендерні відмінності в соціальному сприйманні уразливих груп. Досвід контакту з

людьми з інвалідністю враховувався як важливий чинник, здатний знижувати рівень стереотипів та соціальної дистанції. Визначення цієї змінної базувалося на самооцінках респондентів щодо наявності у їхньому житті особистих або професійних контактів з особами, які мають інвалідність.

У якості змінної, що відображає рівень соціального сприймання, використовувалося середнє значення по шкалі соціальної дистанції, яка включала оцінки респондентів щодо прийнятності того, щоб людина з інвалідністю виступала в різних соціальних ролях: друга, сусіда, колеги, знайомого, партнера [23; 34]. Такий інтегральний показник дозволив отримати узагальнене уявлення про ступінь готовності включати осіб з інвалідністю в соціальне середовище та будувати з ними міжособистісні стосунки.

Аналіз проводився окремо для кожної з двох досліджуваних вибірок - контрольної групи (осіб без інвалідності) та основної групи (осіб з інвалідністю). Такий підхід дозволив уникнути штучного усереднення результатів та забезпечив точніше виявлення специфічних зв'язків між соціально-демографічними характеристиками та рівнем соціального сприймання в межах кожної групи. Це особливо важливо з огляду на відмінності у соціальному становищі, життєвому досвіді, а також можливому рівні ідентифікації з об'єктом сприймання.

Для контрольної групи акцент було зроблено на тому, як змінні, такі як вік, стать та наявність досвіду контакту з людьми з інвалідністю, пов'язані з готовністю до прийняття осіб з інвалідністю в різних сферах повсякденного життя.

Кореляційні зв'язки між змінними у контрольній групі подано в таблиці 3.14. Водночас в основній групі досліджувалося, як ці ж змінні співвідносяться з самооцінкою власної сприйнятої прийнятності у суспільстві.

Роздільний аналіз дозволив виявити не лише подібності, але й суттєві відмінності у чинниках соціального сприймання між двома категоріями респондентів.

Таблиця 3.14

Кореляційна таблиця для контрольної групи (люди без інвалідності):

Змінна	r (Пірсона)	p
Вік	0.156	0.393
Стать	-0.290	0.101
Досвід контакту	0.005	0.979

У контрольній групі (респондентів без інвалідності) результати кореляційного аналізу виявили відсутність статистично значущих зв'язків між рівнем соціального сприймання осіб з інвалідністю та соціально-демографічними змінними, зокрема віком, статтю та досвідом контакту. Зв'язок між віком респондентів та їхнім рівнем прийняття виявився слабким та не досяг рівня статистичної значущості ($r = 0.156$; $p = 0.393$). Це свідчить про те, що вікові відмінності у сприйманні людей з інвалідністю в межах контрольної групи є невираженими, тобто респонденти різного віку не демонструють суттєво різних позицій щодо включення осіб з інвалідністю у своє найближче соціальне оточення. Такі результати можна трактувати як відносну вікову стабільність у ставленні до людей з інвалідністю, принаймні у межах представленої вибірки. Ймовірно, це свідчить про те, що сам факт належності до певної вікової когорти не є визначальним чинником у формуванні ставлення до осіб з інвалідністю, якщо відсутній додатковий досвід або контекст, що активізує це сприймання.

Що стосується статі, то аналіз виявив тенденцію до помірною зворотного зв'язку між цим чинником і рівнем прийняття ($r = -0.290$; $p = 0.101$), тобто чоловіки дещо меншою мірою висловлювали готовність до

прийняття людей з інвалідністю у близьке соціальне оточення, ніж жінки. Хоча цей зв'язок не був статистично значущим на рівні $p < 0.05$, отримане значення r дозволяє припускати наявність певної гендерної динаміки у сприйманні, яка потенційно може проявитися за умов збільшення вибірки або глибшого якісного аналізу. Цей результат частково узгоджується з висновками попередніх досліджень, які вказують на вищу емпатійність та більшу соціальну відкритість жінок у міжгрупових контактах, зокрема щодо маргіналізованих або вразливих категорій населення. Ймовірно, гендерна соціалізація впливає на те, як формується ставлення до людей з інвалідністю, зокрема у сферах турботи, допомоги, відкритості до взаємодії.

Однак необхідно враховувати, що такі результати не дозволяють зробити остаточні висновки без додаткового аналізу, а лише окреслюють напрям для подальших досліджень.

Особливу увагу заслуговує змінна, яка стосується досвіду особистого або професійного контакту з людьми з інвалідністю. Згідно з результатами, цей чинник мав практично нульовий кореляційний зв'язок із рівнем прийняття ($r = 0.005$; $p = 0.979$), що може виглядати неочікувано. На перший погляд, це суперечить логіці «гіпотези контактів» (contact hypothesis), згідно з якою міжособистісна взаємодія з представниками стигматизованої групи сприяє зниженню упереджень і зміцненню позитивного сприймання.

Проте в рамках цього дослідження дані вказують на те, що сам по собі факт наявності досвіду контакту не забезпечує автоматичної трансформації ставлення. Це може пояснюватися кількома чинниками.

По-перше, характер цього контакту не був диференційований - респонденти могли мати дуже різний досвід, який коливався від формального (перебування в одному просторі) до тісного (особиста взаємодія), але не відображався кількісно.

По-друге, контакти могли бути неусвідомленими або ситуативними, не пов'язаними з глибшою рефлексією або позитивним емоційним змістом. Як свідчать попередні дослідження, саме якість, частота та емоційний фон

контактів мають вирішальне значення у зміні установок, а не лише їх наявність.

Таким чином, аналіз зв'язку соціально-демографічних змінних із рівнем сприймання у контрольній групі засвідчив відсутність сильних детермінант. Це може вказувати на те, що у загальній популяції (представленій тут особами без інвалідності) соціальне сприймання людей з інвалідністю формується не стільки під впливом індивідуальних характеристик, як-от вік чи стать, скільки залежить від більш широких соціально-культурних контекстів -наприклад, медіа-дискурсу, домінуючих соціальних наративів або рівня інституційної інклюзії в конкретному середовищі. Отже, ці результати підкреслюють необхідність системного підходу до формування інклюзивного мислення -не лише через індивідуальний досвід, а й через широкомасштабну просвітницьку та соціальну політику.

У контексті аналізу основної групи (людей з інвалідністю) було розглянуто аналогічні змінні для виявлення можливих внутрішньогрупових зв'язків між соціально-демографічними характеристиками та рівнем сприймання. Кореляційні результати подано в таблиці 3.15.

У респондентів основної групи, тобто серед людей, які самі мають досвід життя з інвалідністю, результати кореляційного аналізу виявили один статистично значущий зв'язок: між віком респондентів та рівнем соціального сприймання.

Коефіцієнт Пірсона показав середньої сили позитивний зв'язок ($r = 0.404$) зі значущістю на рівні $p = 0.024$, що дозволяє зробити обґрунтований висновок про існування тенденції до підвищення рівня соціального прийняття з віком. Іншими словами, чим старшим є респондент з інвалідністю, тим більше він демонструє готовність до інтеграції у різноманітні соціальні ролі та виявляє більшу відкритість до взаємодії. Це може бути зумовлено кількома психологічними й соціальними чинниками.

Таблиця 3.15.

Кореляційна таблиця для основної групи (люди з інвалідністю):

Змінна	r (Пірсона)	p
Вік	0.404	0.024
Стать	0.212	0.253

По-перше, з віком зростає життєвий досвід, що сприяє формуванню більш гнучких, адаптивних установок. Старші респонденти, ймовірно, мали більше нагод для спостереження або участі в соціальних процесах, які вплинули на їх уявлення про власну роль у суспільстві. Зокрема, у ході життя людина з інвалідністю може поступово навчитися адаптуватися до бар'єрів, сформувати стійкі механізми подолання соціальних труднощів, знайти власну нішу або професійну реалізацію. Ці чинники сприяють зменшенню внутрішньої стигматизації, зростанню суб'єктного статусу та відчуттю власної цінності, що в свою чергу позитивно впливає на сприймання інвалідності - як у своєму житті, так і в контексті загального сприйняття суспільством.

По-друге, літні респонденти можуть менш гостро відчувати очікування соціального схвалення, а отже - бути більш автентичними у своїх відповідях. Вони, ймовірно, мають сформовані цінності, що ґрунтуються на особистому досвіді, а не на прагненні відповідати зовнішнім соціальним нормам. Це може призводити до більш відкритого і реалістичного сприймання своєї інвалідності, а також до переосмислення ролі цієї ознаки у власній ідентичності.

Крім того, не можна виключати вплив часових і культурних факторів. Старші люди з інвалідністю могли пережити етапи, коли інвалідність розглядалася виключно з позицій дефіциту або медичної моделі, і тому на тлі поступової еволюції суспільного дискурсу щодо інклюзії, вони особисто відчули позитивні зрушення. У цьому сенсі зростання прийняття з віком може бути не лише особистісним чинником, а й маркером змін у соціальному

середовищі, які старші респонденти сприймають як поліпшення порівняно з попередніми періодами свого життя.

Щодо змінної “стать”, то вона не виявила статистично значущого зв’язку з рівнем соціального сприймання ($r = 0.212$; $p = 0.253$). Це означає, що у межах вибірки осіб з інвалідністю не було суттєвих відмінностей між відповідями чоловіків і жінок стосовно того, наскільки вони відчують своє включення до соціального простору. Такий результат може бути наслідком того, що саме інвалідність як соціальний статус перебиває інші змінні - зокрема, гендерні. В умовах маргіналізованого становища на ринку праці, в освіті чи соціальних практиках, гендер може відігравати другорядну роль у сприйманні - і саме тому статеві відмінності не виявляють статистичної вагомості.

Також можливо, що в умовах особистого переживання інвалідності респонденти обох статей поділяють схожі досвіди стигматизації, бар’єрів та адаптацій, що вирівнює їхню чутливість до соціального включення. Іншими словами, особливості досвіду життя з інвалідністю формують єдину позицію щодо сприймання себе в соціальному контексті, яка переважає над гендерними особливостями.

Не виключено також, що зменшення ролі статі як чинника пояснюється внутрішньогруповою солідарністю, що виникає серед людей з інвалідністю як спільноти з подібними викликами.

У цілому, отримані результати для основної групи дозволяють зробити важливі висновки щодо динаміки самосприйняття і соціального включення людей з інвалідністю.

Позитивний зв’язок між віком і рівнем прийняття свідчить про поступове зниження впливу стигматизуючих чинників, а також про можливість розвитку більш інклюзивного світогляду в межах самої групи.

Водночас відсутність значущого зв’язку зі статтю підтверджує припущення про те, що внутрішня картина сприймання себе у соціумі

формується під впливом спільного досвіду стигматизації, а не лише біологічних або соціально-рольових характеристик.

Порівняльний аналіз соціально-демографічних чинників у контрольній та основній групах

Порівняльний аналіз дозволяє виявити відмінності та подібності у впливі соціально-демографічних чинників на рівень соціального сприймання осіб з інвалідністю між двома вибірками респондентів: контрольна група (люди без інвалідності) та основна група (люди з інвалідністю) [32].

Такий підхід дає змогу глибше зрозуміти, як власний досвід інвалідності змінює взаємозв'язки між віком, статтю, досвідом контакту та готовністю до прийняття інвалідності в соціальному просторі. Порівняльну таблицю коефіцієнтів кореляції подано в таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

Порівняльна таблиця коефіцієнтів кореляції Пірсона

Змінна	Контрольна група (r, p)	Основна група (r, p)	Інтерпретація
Вік	0.156 (p = 0.393)	0.404 (p = 0.024)	Вік значущий лише в основній групі -зі зростанням віку підвищується рівень прийняття
Стать	-0.290 (p = 0.101)	0.212 (p = 0.253)	Тенденція до зворотного зв'язку в контрольній групі; відсутній зв'язок в основній
Досвід контакту	0.005 (p = 0.979)	—	Контакт не впливає у контрольній групі; у основній -змінна не аналізувалась

Аналіз отриманих даних вказує на те, що вік є найбільш релевантним чинником у формуванні соціального сприймання, але лише серед респондентів з інвалідністю. У контрольній групі вік не впливав на ставлення до людей з інвалідністю, тоді як в основній групі старші респонденти демонстрували вищий рівень прийняття. Це можна пояснити поступовим розвитком адаптаційних механізмів, зростанням досвіду, а також формуванням позитивної ідентичності у старшому віці.

Щодо статі, то у контрольній групі виявлено тенденцію до нижчого рівня прийняття серед чоловіків, проте без статистичної значущості. В основній групі зв'язок між статтю та сприйманням був слабким і також незначущим. Це може свідчити про те, що фактор інвалідності має переважний вплив на сприймання, а стать відіграє другорядну роль.

Цікаво, що досвід контакту з людьми з інвалідністю не мав жодного впливу у контрольній групі, що ставить під сумнів ефективність поверхневих або формальних контактів як інструменту зменшення упереджень. У основній групі цю змінну не було включено до аналізу, що варто врахувати у подальших дослідженнях.

Таким чином, отримані результати демонструють суттєву різницю у структурі чинників, що впливають на соціальне сприймання: власний досвід інвалідності змінює характер впливу віку, нівелює гендерні відмінності та ставить під сумнів універсальність контакту як інструменту формування позитивного ставлення. Подібний міжгруповий аналіз дозволяє краще зрозуміти психологічну специфіку соціальної позиції людей з інвалідністю.

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити важливі закономірності у впливі соціально-демографічних чинників на рівень соціального сприймання людей з інвалідністю. Дослідження охоплювало дві вибірки - контрольну групу (люди без інвалідності) та основну групу (люди з інвалідністю), що дало змогу не лише виявити внутрішньогрупові зв'язки, а й порівняти специфіку чинників у формуванні соціального ставлення залежно від життєвого досвіду.

Результати свідчать, що вік є єдиним чинником, який демонструє статистично значущий зв'язок із рівнем прийняття інвалідності в основній групі ($r = 0.404$; $p = 0.024$). Це вказує на позитивну динаміку розвитку соціального сприймання серед респондентів з інвалідністю зі збільшенням віку. Такий результат можна трактувати як прояв особистісного зростання, зниження внутрішньої стигматизації, формування стабільної ідентичності та більшої соціальної зрілості у старших людей. Старші респонденти з інвалідністю частіше виявляють готовність до включення в соціальні ролі, вважають себе прийнятними для суспільства, що свідчить про сформований суб'єктний підхід до власного становища.

У контрольній групі зв'язок між віком і сприйманням виявився слабким і статистично незначущим ($r = 0.156$; $p = 0.393$). Це свідчить про відсутність яскраво виражених поколінневих відмінностей у ставленні до людей з інвалідністю серед осіб без власного досвіду інвалідності. Ймовірно, це зумовлено тим, що без прямого контакту чи особистого переживання інвалідності вік сам по собі не виступає достатньо сильним чинником трансформації установок.

Стать у жодній із груп не продемонструвала статистично значущих зв'язків із рівнем соціального сприймання. У контрольній групі було зафіксовано помірну тенденцію до зворотного зв'язку ($r = -0.290$; $p = 0.101$), що може вказувати на дещо нижчий рівень прийняття серед чоловіків, однак такий результат не дозволяє зробити однозначні висновки через відсутність значущості. В основній групі ($r = 0.212$; $p = 0.253$) зв'язок між статтю та сприйманням також не виявився вагомим. Це дозволяє припустити, що у людей з інвалідністю гендерні відмінності в ставленні до себе як до об'єкта сприймання стираються, поступаючись місцем спільному досвіду маргіналізації, стигматизації або адаптації. Таким чином, стать не виступає визначальним предиктором рівня сприйняття в жодній з груп.

Особливої уваги заслуговує змінна «досвід контакту з людьми з інвалідністю», яка аналізувалася лише у контрольній групі. Результати

показали практично повну відсутність зв'язку ($r = 0.005$; $p = 0.979$) між досвідом контакту та рівнем сприймання. Такий результат може суперечити популярним у психології припущенням про ефективність контактної стратегії у зменшенні упереджень (гіпотеза контактів), однак пояснення криється у специфіці змінної. У межах цього дослідження досвід контакту фіксувався як факт, без врахування тривалості, глибини, контексту та емоційного забарвлення взаємодії. Тому сам факт наявності знайомих з інвалідністю не є достатнім для зміни установок -на відміну від якісного, тривалого, емоційно насиченого контакту, який, як засвідчують інші дослідження, справді здатен знижувати соціальну дистанцію.

Порівняльний аналіз двох груп дозволив виявити ключову відмінність: саме у респондентів з інвалідністю вік виявляється значущим фактором, тоді як для контрольної групи жодна зі змінних не вплинула на рівень прийняття. Це свідчить про важливість суб'єктивного досвіду -власне проживання інвалідності значно глибше моделює соціальні уявлення про себе та інших, ніж зовнішнє спостереження чи формальний контакт. Крім того, у контрольній групі не спрацювали ані вік, ані стать, ані досвід взаємодії, що дозволяє зробити припущення про поверхневий характер ставлення до інвалідності у широкої публіки -воно не формується через особисті чинники, а більше залежить від загального соціального контексту, медіа, культурних установок тощо.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що соціально-демографічні характеристики мають різну предиктивну цінність залежно від наявності у людини досвіду життя з інвалідністю. Найбільший вплив виявлено саме серед людей з інвалідністю -для них вік є не лише біологічною, а й соціально-психологічною категорією, що відображає процеси адаптації, прийняття себе, самореалізації. Отримані результати підкреслюють необхідність врахування внутрішньогрупових відмінностей у дослідженнях соціального сприймання, а також перегляду універсальних стратегій інформування, просвітництва і комунікацій у сфері інклюзії.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було здійснено поглиблений аналіз емпіричних даних, зібраних у результаті анкетування двох груп респондентів - осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності - з метою виявлення особливостей соціального сприймання людей з інвалідністю в умовах воєнного часу. Результати дослідження дозволяють сформулювати комплексне уявлення про рівень прийнятності, емоційні реакції, когнітивні установки та поведінкові моделі, що зумовлюють соціальну інтеграцію або, навпаки, соціальне відторгнення цієї вразливої групи.

Аналіз соціально-демографічних характеристик респондентів підтвердив, що вибірка є різномірною за віком, статтю, регіоном проживання, причинами інвалідності, що створило надійне підґрунтя для узагальнення результатів. Було встановлено, що контрольна група демонструє загалом високий рівень соціального прийняття людей з інвалідністю, особливо в контексті повсякденних, формальних і професійних взаємодій. При цьому найменший рівень прийнятності спостерігався в категорії «партнер / близька особа», що свідчить про збереження символічних бар'єрів у сфері інтимної взаємодії.

Респонденти з інвалідністю продемонстрували нижчі показники соціальної прийнятності у всіх категоріях, зокрема - у ролі колеги та партнера. Це може бути інтерпретовано як наслідок внутрішньої стигматизації, соціального досвіду відторгнення або обмежених можливостей у міжособистісній сфері. Водночас такі відповіді вказують на занижену очікувану підтримку з боку суспільства, що потребує не лише практичної, а й психоемоційної компенсації у процесі реінтеграції осіб з інвалідністю.

Порівняльний аналіз за статтю не виявив статистично значущих відмінностей, проте в обох групах простежується тенденція до вищої

відкритості серед жінок. Це відповідає загальним соціально-психологічним спостереженням про більшу емпатійність, соціальну гнучкість і мотивацію до підтримки у жіночій частині населення. Водночас у віковому розрізі молодші респонденти виявили дещо вищі рівні соціальної відкритості, що дозволяє припустити вплив нових освітніх, культурних та інформаційних практик на зміну установок у молодому поколінні.

Емоційний компонент соціального сприймання було досліджено за допомогою методики APPD. Її результати засвідчили, що інвалідність сприймається суспільством по-різному залежно від її контексту. Образ військових, які втратили здоров'я внаслідок війни, асоціюється з гордістю, вдячністю та повагою, тоді як щодо «звичайних» людей з інвалідністю частіше фіксуються байдужість або емоційна невизначеність. Це дозволяє говорити про явище соціальної диференціації інвалідності - тобто неоднакового символічного статусу в межах однієї категорії людей. Така ситуація потребує суспільної рефлексії та медійного врівноваження акцентів у репрезентації інвалідності в публічному просторі.

Результати методики «Attitudes and Behaviors toward People with Disabilities» показали високий рівень нормативної підтримки прав осіб з інвалідністю: більшість респондентів вважають, що ці люди мають право на активне життя, участь у суспільстві, політичну активність. Проте твердження, що відображають емоційний дискомфорт під час взаємодії, набирали середні бали - це свідчить про певні труднощі у побудові щоденних контактів і комунікації. Інакше кажучи, в українському суспільстві наявна декларативна підтримка інклюзії, яка ще не повною мірою інтегрована в емоційно-поведінкову практику.

Ці спостереження поглиблюються результатами проективної методики «Незавершені речення», яка дала змогу проникнути у глибинні шари соціального сприймання. Приблизно половина відповідей демонстрували емпатію, солідарність і прийняття, що узгоджується з результатами шкал. Проте майже третина відповідей виявляла емоційну тривогу, уникання,

невпевненість у поведінці. І ще 10–15% респондентів мали виражені стереотипні чи навіть агресивні судження, які вказують на глибоко вкорінені упередження, що можуть бути неусвідомленими, але впливають на взаємодію.

Окрему увагу було приділено відповідям людей з інвалідністю на блок запитань про соціальну інтеграцію. Було зафіксовано, що доступність освіти вважається скоріше задовільною, проте проблеми з працевлаштуванням, дискримінацією, соціальною ізоляцією й емоційним вигоранням залишаються надзвичайно гострими. При цьому підтримка з боку родини та близьких виявилася вирішальним фактором емоційної стабільності. Респонденти висловлювали потребу у ширшому суспільному розумінні, емоційній підтримці та реальних змінах у ставленні.

Проведений факторний аналіз дозволив виявити три ключові психологічні механізми, що зумовлюють ставлення до людей з інвалідністю. У контрольній групі це були: 1) тривожність і емоційна дистанція, 2) стереотипізація, 3) інклюзивна установка. У основній групі: 1) внутрішня стигматизація, 2) обережна емпатія, 3) позитивна ідентичність. Така структура свідчить, що соціальне сприймання інвалідності - багатовимірне, неоднозначне і залежить як від досвіду взаємодії, так і від ширших культурних контекстів.

Загальний висновок: хоча в українському суспільстві наявна висока готовність до декларованого прийняття осіб з інвалідністю, значну роль відіграють емоційні та когнітивні бар'єри - зокрема, тривога, невизначеність, автоматизовані стереотипи. Люди з інвалідністю також часто сприймають себе як частково виключених з повноцінного соціального простору. Така ситуація вимагає комплексної відповіді - з боку державної політики, громадянського суспільства, освітніх інституцій і медіа.

Отже, емпіричне дослідження підтвердило важливість багаторівневого підходу до проблеми соціальної інтеграції: необхідно не лише гарантувати права та доступність, але й працювати з глибинними соціально-

психологічними установками через освітні, культурні та комунікативні практики. Саме так можна забезпечити не лише номінальну, а й реальну інклюзію, яка базується на взаємоповазі, емпатії та гідності кожної людини.

РОЗДІЛ 4. ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

4.1 Роль соціально-психологічної підтримки у формуванні культури осіб з інвалідністю

Формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю є складним та багаторівневим процесом, у центрі якого перебуває не лише зовнішня соціальна підтримка, але й внутрішнє відчуття цінності, гідності та спроможності особистості [30]. Йдеться про створення такого соціально-психологічного середовища, у якому особа з інвалідністю має змогу не просто виживати чи адаптуватися до наявних умов, а повноцінно реалізовувати свій потенціал -у професійній, освітній, особистісній та громадській сферах. Ця культура формується як через зовнішні інституційні зміни, так і через внутрішню трансформацію особистості, яка включає в себе переживання, установки, емоційне благополуччя та суб'єктивне відчуття «бути частиною» суспільства [21].

Соціально-психологічна підтримка у цьому контексті виступає не просто допомогою в подоланні кризових станів, а фундаментом для розвитку позитивної ідентичності та суб'єктивної активності. Саме вона створює умови, в яких людина з інвалідністю починає усвідомлювати власну цінність незалежно від наявних обмежень, формує новий образ себе, заснований не на дефіциті, а на можливостях, досвіді та здатності взаємодіяти зі світом. Таке усвідомлення є надзвичайно важливим, оскільки соціальні уявлення про інвалідність в українському суспільстві ще часто залишаються патерналістськими, зосередженими на допомозі, а не на підтримці автономії[8].

Одним із ключових ефектів соціально-психологічної підтримки є зменшення почуття ізоляції та «відокремленості», з якими стикаються багато осіб з інвалідністю. Як показали результати емпіричного дослідження, значна

частина респондентів зазначала, що почуваються «невидимими» у суспільстві, не завжди мають підтримку навіть з боку соціальних служб, а в багатьох випадках -не звертаються по допомогу через недовіру, попередній негативний досвід або сором [46]. Відсутність контактів, емоційна замкненість і переконання, що «ніхто не зрозуміє», призводять до вторинної ізоляції, яка може бути гіршою за фізичні бар'єри.

Тут важливу роль відіграє не лише професійна допомога (психологи, соціальні працівники), а й наявність стабільного підтримувального оточення -родини, друзів, спільнот. Респонденти вказували, що саме близькі люди є найнадійнішим джерелом підтримки в кризових ситуаціях. Така підтримка сприяє не лише психологічній стабільності, а й формує умови для активного життя: участі в соціальних ініціативах, навчанні, працевлаштуванні, творчості [31].

Важливим напрямом соціально-психологічного супроводу є розвиток навичок самопомоги та емоційної стійкості, що включає в себе здатність до рефлексії, розуміння власних потреб і кордонів, а також вміння звертатися по допомогу. Ці аспекти є критичними для формування відчуття життєвої спроможності. У цьому контексті великого значення набувають групи підтримки, програми взаємодопомоги за принципом «рівний рівному», психотерапевтичні тренінги, де учасники можуть не лише отримати підтримку, а й побачити, що не єдині у своїх переживаннях, -а це, у свою чергу, руйнує стигму [10].

Отже, соціально-психологічна підтримка виконує трансформаційну функцію, формуючи нові уявлення людини про себе і суспільство. Вона допомагає перейти від позиції об'єкта допомоги до суб'єкта дії -людини, яка не лише потребує підтримки, а й здатна діяти, впливати, брати участь[9]. А це і є основою культури життєдіяльності: коли людина з інвалідністю не просто існує в межах суспільства, а живе в ньому гідно, активно і з усвідомленням власної значущості.

Результати проведеного емпіричного дослідження (див. розділ 3) засвідчили, що значна частина респондентів з інвалідністю переживає емоційні труднощі, які мають системний і багатовимірний характер. Вони виявляються у почуттях ізоляції, втрати життєвої впевненості, внутрішнього занепаду, а також -у стійкому переживанні вторинності, непотрібності або навіть тривалого емоційного виснаження. Зафіксовані відповіді свідчать про наявність внутрішньої фрустрації, зумовленої не лише власним функціональним обмеженням, а й сприйняттям з боку оточення, у якому відчувається прихована чи відкрита недовіра, співчуття, знецінення або уникнення[18; 19].

Найбільш болісно респонденти описували ситуації, коли емоційний стан погіршується через брак контактів, підтримки або реакції на звернення. Ізоляція, згідно з відповідями, часто набуває не фізичного, а психологічного змісту -людина формально залишається у структурі суспільства, однак відчуває себе соціально виключеною, непочутою, невидимою [24; 36]. У низці відповідей траплялося навіть ототожнення власного досвіду із «усвідомленим забуттям», коли інші воліють уникати контакту, аби не зіштовхнутися з реальністю «чужого болю»:

«Інвалідність -це як клеймо. Всі тебе бачать, але вдають, що не помічають» (Жінка, 33 роки, інвалідність після ампутації).

«Тобі кажуть: ти маєш рівні права, але ти постійно відчуваєш, що для всіх -ти не такий. І це зжирає зсередини» (Чоловік, 36 років, інвалідність, пов'язана з війною).

«Найгірше -це не втрата ноги, а втрата довіри до світу» (Чоловік, 42 роки, інвалідність унаслідок бойових дій).

Близько половини респондентів зазначили, що ніколи не зверталися по психологічну допомогу, навіть попри наявність кризових станів, симптомів депресії або тривалого стресу [20]. Основними причинами такої поведінки були названі: відсутність доступу до фахівців, брак інформації, недовіра до системи, страх бути засудженим або переконання, що психолог «не

зрозуміє». Багато хто підкреслював, що психологічна допомога для них або недоступна, або вважається «не для таких, як я», тобто неактуальною, абстрактною або формальною.

«Я не йду до психолога, бо не вірю, що вони можуть зрозуміти мій біль. Вони цього не проживали» (Жінка, 31 рік, інвалідність з дитинства).

«Психолог -це для «нормальних», які просто втомилися. У мене -інше» (Чоловік, 38 років, інвалідність через травму).

Водночас, навіть серед тих, хто не звертався по допомогу, чітко звучала потреба у підтримці, зокрема емоційній присутності інших, визнанні переживань, відчутті, що хтось поруч і не осуджує. Цей запит не завжди артикулювався прямо, але впевнено прочитувався між рядками -у формулюваннях про «потребу говорити», «відчувати людяність», «бути вислуханим». Особливо важливу роль у цьому контексті відігравали родина, друзі та волонтери -їхня підтримка не лише знижувала рівень емоційної тривожності, але й ставала тим елементом, який «тримає» людину в кризі [35; 42].

«Без рідних я б просто не витягнув той період. Вони -як опора, коли ти сам не можеш стояти» (Чоловік, 40 років, інвалідність унаслідок поранення).

«Іноді буває відчуття, що все проти тебе. І тоді дуже потрібен хтось, хто скаже: “ти не сам”» (Жінка, 29 років, інвалідність з дитинства).

У таблиці 3.4, присвяченій джерелам соціальної підтримки, було зафіксовано, що найчастіше респонденти покладаються на сім'ю, яка відіграє роль первинного ресурсу -емоційного, психологічного, а часто й організаційного. Волонтери, друзі, громадські ініціативи -також згадуються як потужні джерела підтримки, проте більш ситуативні. Соціальні служби, навпаки, рідко згадувались у позитивному контексті, а в низці випадків -узагалі не згадувались, що свідчить про низький рівень їхньої доступності або ефективності.

Значущим є також те, що частина респондентів заявили про повну відсутність будь-якої підтримки, а це, своєю чергою, прямо корелює з

високим рівнем внутрішньої тривоги, розгубленості, втрати сенсу. Саме в цій групі частіше з'являлися згадки про емоційне виснаження, почуття непотрібності, пограничні стани (у тому числі -суїцидальні думки). Відсутність підтримки в таких випадках є не просто соціальною прогалиною, а прямою загрозою для психологічного виживання людини.

На тлі цього особливого значення набуває психологічна підтримка у форматі рівного рівному (peer support) [53]. Хоча ця модель ще недостатньо інституціоналізована в Україні, її потенціал є надзвичайно високим. Ідея в тому, що людина з аналогічним досвідом може надати допомогу більш ефективно, ніж фахівець без особистого переживання. Це дозволяє зняти бар'єри сорому, недовіри, очікування осуду. У неформальних групах підтримки такого типу активується відчуття спільності, взаємного розуміння та солідарності [55].

«Коли ти чуєш, що хтось був у ще гіршій ситуації і вижив -це дає сили. Ти вчишся не жаліти себе, а діяти» (Чоловік, 28 років, інвалідність унаслідок травми).

Таким чином, можна зробити кілька ключових висновків:

1. Емоційні труднощі осіб з інвалідністю є поширеним, системним феноменом, який не обмежується особистісними чинниками, а значною мірою зумовлений соціальним контекстом, стереотипами та відсутністю належної підтримки.

2. Психологічна допомога залишається недоступною або недовіреною для великої частини респондентів, що вимагає реформування інфраструктури психосоціального супроводу, а також розвитку програм адаптованої допомоги -як очної, так і дистанційної.

3. Сім'я, друзі, волонтери та спільноти відіграють ключову роль у компенсації дефіциту підтримки, і саме ці ресурси потребують розвитку, зокрема через навчання, просвіту та інтеграцію в системи охорони здоров'я та соціального захисту.

4. Наявність або відсутність соціального оточення прямо впливає на емоційний стан, самооцінку та спроможність людини підтримувати життєву активність, а отже - і на її здатність до формування власної культури життєдіяльності.

5. Розвиток інноваційних моделей підтримки, зокрема peer-to-peer програм, може значно знизити бар'єри для отримання допомоги, а також сприяти формуванню інклюзивної ментальності не лише серед осіб з інвалідністю, але й у суспільстві загалом.

У цьому контексті важливо наголосити, що психологічна підтримка не зводиться лише до терапевтичного втручання. Йдеться про цілісну систему впливу, яка включає:

- індивідуальні психотерапевтичні інтервенції, спрямовані на роботу з почуттям втрати, стигматизації, заниженої самооцінки;
- групи підтримки як простір безпечного спілкування, спільного проживання досвіду та емоційної регуляції;
- peer-підходи, коли допомогу надають люди з аналогічним досвідом -це особливо ефективно для зменшення почуття «іншості»;
- психопросвітницькі програми для родичів, громад та працівників соціальних служб.

В Україні в умовах війни були створені численні ініціативи, які частково закривають ці потреби. Наприклад:

- мобільні психологічні бригади для ветеранів та цивільних осіб з інвалідністю;
- реабілітаційні центри для поранених військових із компонентом психотерапевтичної роботи;
- телефонні та онлайн-лінії довіри;
- ініціативи громадських організацій, зокрема «Без бар'єрів», «Повернись живим», «Точка опори».

Однак, попри позитивну динаміку, частина респондентів наголошувала на формальності або тимчасовості такої допомоги. Бракує програм,

орієнтованих на тривалу підтримку, індивідуальний супровід, а також настановлення внутрішніх ресурсів, а не лише компенсацію зовнішніх втрат:

«Раз дали психолога -добре. Але потім? Жити ж далі треба, щодня...»
(Чоловік, 35 років, інвалідність, отримана в АТО).

Соціально-психологічна підтримка повинна виконувати не лише функцію стабілізації психоемоційного стану, як це часто сприймається в рамках кризових втручань, а й служити джерелом формування нової життєвої позиції, орієнтованої на розвиток, самореалізацію та участь у суспільному житті [68; 69]. У випадку з людьми з інвалідністю, ця підтримка має бути не разовим актом допомоги, а системним ресурсом, який супроводжує людину на різних етапах її адаптації, інтеграції та зростання. У цьому процесі можна виділити послідовну логіку змін, яка відображає перехід від внутрішнього відновлення -до соціальної активності та трансформації суспільства:

Психологічна підтримка. Це перший і критично важливий етап, який включає в себе як надання фахової допомоги у кризових станах, так і створення середовища безпечного емоційного вираження, в якому людина може говорити про свої переживання без страху осуду. Йдеться не лише про роботу з травмою, втратою або депресією, а про відновлення базового відчуття опори, яке дає змогу відчувати себе суб'єктом дії, а не лише об'єктом допомоги [71]. Саме в цей момент відбувається перше «вивільнення» потенціалу -коли людина починає вірити, що її досвід не є вироком, а реальністю, з якою можна працювати.

Формування самоцінності та життєстійкості. На наступному етапі особа починає відновлювати усвідомлення власної цінності, що є каркасом внутрішньої стабільності. Соціально-психологічна підтримка має тут функцію «дзеркала», яке допомагає людині побачити себе поза рамками діагнозу чи функціонального обмеження, розпізнати особистісні якості, ресурси, таланти, досвід. Цей етап пов'язаний із формуванням життєстійкості (resilience) -здатності справлятися із викликами, не втрачаючи внутрішнього

ядра. Самоцінність стає тим фундаментом, на якому будується новий спосіб життя - не з фокусом на «чим я гірший», а на «чим я можу бути корисний, важливий, живий».

Зростання суб'єктивної активності. На цьому етапі відновлена самооцінка поступово перетворюється на потребу діяти, взаємодіяти з іншими, впливати на своє життя, брати відповідальність. Людина з інвалідністю перестає бачити себе як «пасивного споживача допомоги» й починає ініціювати нові дії: шукати роботу, навчання, залучатися до громадських ініціатив, волонтерства. Саме соціально-психологічна підтримка на цьому етапі має на меті розвивати навички саморегуляції, планування, відновлення довіри до себе та світу, що є критично важливим у процесі соціального включення. Заохочення ініціативності, навіть у малих кроках - це перші сходинки до розбудови повноцінної життєвої траєкторії.

Реалізація себе в соціальних ролях. Поступове зростання внутрішньої спроможності знаходить своє продовження у розширенні соціальної присутності людини. Це може бути роль працівника, студента, волонтера, митця, батька/матері, активіста. Кожна з цих ролей зміцнює ідентичність і поглиблює зв'язок із соціумом. Важливо, що саме в цьому моменті людина з інвалідністю стає помітною не через статус чи жалість, а через внесок, який вона робить. У такий спосіб змінюється сама природа взаємодії між особою з інвалідністю та суспільством - з пасивної на активну, з вертикальної (допомога зверху) на горизонтальну (взаємна участь) [13]. Це також впливає на колективні уявлення: від «людини, яку треба жаліти» - до «людини, з якою можна творити спільну справу».

Розвиток культури інклюзії в суспільстві. Завершальним і найширшим за масштабом етапом є формування культури інклюзії, яка не обмежується створенням доступного середовища чи правовим захистом, а передбачає глибоку зміну уявлень, цінностей, міжособистісної етики [58]. Люди з інвалідністю стають видимими, повноправними учасниками соціального життя, а суспільство - навчається слухати, чути, взаємодіяти та

трансформуватися разом із ними. Цей процес не може відбутися без активної участі самих осіб з інвалідністю, а їхня активність, у свою чергу, на пряму залежить від якості та доступності соціально-психологічної підтримки.

На індивідуальному рівні це означає повернення до відчуття повноцінності, можливість жити життя не «попри», а «завдяки» -із прийняттям себе, зі стабільним емоційним фоном, з відчуттям «я можу». Психологічна підтримка в такому випадку -не просто терапія, а інструмент розбудови внутрішньої структури особистості, що дозволяє бути активним у світі.

На соціальному рівні це відкриває шлях до ширшого прийняття, трансформації суспільних уявлень про інвалідність, відмови від патерналістських моделей у бік партнерства, солідарності, емпатійної взаємодії. Інвалідність перестає бути «особливою темою» -вона стає частиною нормального розмаїття людського існування.

У цьому контексті соціально-психологічна підтримка повинна розглядатись не як допоміжний елемент, а як стратегічна основа формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Її впровадження повинно бути інтегрованим у всі суспільні сфери -від освіти до політики, від медицини до громадської взаємодії [12]. Необхідно не лише створювати окремі сервіси, а інтегрувати принципи психологічної підтримки у логіку функціонування всієї системи соціальних взаємин -у школі, на роботі, у громаді, у державній політиці [38; 66].

4.2 Інклюзивні та інноваційні підходи до формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю

Інклюзія як соціальна практика є основою для формування сучасної культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Інклюзія як ціннісний та повсякденний принцип може стати основою нової культури взаємодії [4].

Інклюзивні практики -це не набір окремих заходів або проєктів, а система взаємодії, яка формує нову якість життя людини з інвалідністю та нового типу суспільних зв'язків. Їхній вплив на культуру життєдіяльності є багатовимірним: він охоплює інтелектуальний, емоційний, соціальний та культурний рівні.

Як продемонстрували результати емпіричного дослідження, інклюзія не завжди є глибинною [39]. Вона часто реалізується як формальна доступність, без справжньої соціальної залученості. Респонденти вказували на численні емоційні бар'єри -страх, сором, відчуття інакшості, ніяковість, - які свідчать про те, що суспільна відкритість ще не стала нормою. І саме тут інклюзивні практики мають надзвичайно важливе значення: вони створюють простір безпеки, визнання та співучасті, в якому людина може розкривати себе і бути побаченою [2].

У сфері освіти інклюзія дозволяє зруйнувати стереотипи ще в дитинстві, закласти основи співжиття у різноманітті. Вона допомагає дитині з інвалідністю не лише здобути знання, а й сформувати почуття належності - а це критично важливо для розвитку особистості [62].

Інклюзивне працевлаштування створює умови для економічної незалежності та самореалізації, але його ефективність залежить не лише від технічної доступності робочого місця, а від готовності роботодавців до партнерської моделі співпраці. Респонденти дослідження чітко показали: навіть із високою мотивацією вони стикаються з недовірою, недооцінкою, нерозумінням. Це доводить необхідність перетворення інклюзії з декларації - на дію [7].

Сфера культури та спорту є унікальним простором для виходу за межі стереотипів, де людина з інвалідністю може реалізувати себе не як об'єкт опіки, а як творець, виконавець, натхненник. Такі проєкти не лише змінюють внутрішній світ учасників, а й впливають на глядача, на спільноту, відкриваючи нові горизонти сприймання [52].

Усі ці приклади свідчать про те, що реальна інклюзія починається там, де зникає потреба пояснювати, чому вона важлива. Вона має стати частиною повсякденних практик, стилю мислення, мови, освітніх програм, корпоративної етики, політичних стратегій.

Успішність інклюзивної трансформації полягає не в кількості збудованих пандусів чи ухвалених програм, а в тому, наскільки ці зміни стають частиною цілісної соціальної політики[11]. Така політика повинна бути спрямована на реальне забезпечення прав, рівність можливостей і участь у прийнятті рішень. Інклюзія має вийти за межі формального виконання нормативних вимог і перетворитися на життєвий стандарт у кожному освітньому закладі, на підприємстві, в установі, громаді. Лише тоді вона перестане бути чимось «особливим» і стане органічною частиною суспільного буття.

Результати дослідження переконливо свідчать: справжня інклюзія можлива лише за умови одночасної трансформації як зовнішнього середовища, так і внутрішнього ставлення -як у самих людей з інвалідністю, так і в їх соціальному оточенні [14]. Тобто, крім змін у доступності, важливо працювати з психологічною складовою -зняти бар'єри упереджень, страху, ніяковості, змінити уявлення про «інакшість» [16]. Люди з інвалідністю мають побачити себе як активних суб'єктів, а не як об'єктів допомоги, водночас суспільство має навчитися бачити в них не обмеження, а ресурс.

Саме тому формування культури життєдіяльності не може бути разовим актом чи локальною ініціативою. Воно потребує постійного розвитку інклюзивних практик у кожній сфері -від дитячого садка до парламенту. Участь людей з інвалідністю має стати нормою в політичному житті, економіці, медіа, мистецтві, спорті. Адже інклюзія -це не про окрему категорію людей, а про спосіб організації суспільства в цілому. І саме таке суспільство -відкритого партнерства, рівності й взаємоповаги -здатне забезпечити гідне життя для кожного, незалежно від функціональних обмежень.

У сучасних умовах, коли технологічний прогрес швидко трансформує всі сфери суспільного життя, особливого значення набувають інноваційні підходи до формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю. Йдеться не лише про нові технології, а передусім -про нові форми взаємодії, підтримки, освіти та участі, які дозволяють особам з інвалідністю бути не просто присутніми, а повноцінно включеними в суспільне життя. Інновації стають важливими не лише з точки зору зручності або технічного прогресу, а як засіб реального розширення соціальних можливостей, що сприяє самореалізації, автономії та формуванню гідності.

Інноваційні підходи є не доповненням, а новим етапом у розвитку інклюзивної культури. Вони не просто розширюють спектр інструментів підтримки чи модернізують існуючі моделі -вони змінюють саму логіку взаємодії, відкриваючи простори, які раніше були закритими не через відсутність ресурсів, а через обмеженість уявлень, мислення, практик.

Інновації у сфері підтримки осіб з інвалідністю -це насамперед про перехід від лінійних, вертикальних моделей допомоги до горизонтальних, партнерських форматів. У таких форматах самі люди з інвалідністю стають не лише отримувачами послуг, а й ініціаторами змін, агентами впливу, носіями знань. Завдяки цьому інклюзія перестає бути лише умовою, а стає живим соціальним процесом, який оновлюється, адаптується, зростає разом із суспільством.

Упродовж останніх десятиліть традиційні інституції інклюзії зазнали численних реформ. Але ключовою проблемою залишалося відставання системного мислення від реальних потреб людини [60]. Саме інноваційні підходи -гнучкі, міждисциплінарні, відкриті до досвіду -здатні заповнити цю прогалину. Вони надають людині з інвалідністю не лише інструменти для компенсації функціональних обмежень, а й засоби формування нової, сильної, ресурсної ідентичності.

Одним із найбільших зрушень, яке приносять інновації, є зміна соціальної ролі людини з інвалідністю. Раніше цю роль часто зводили до

об'єкта допомоги, пасивного отримувача турботи. Тепер, у контексті інноваційних практик, така людина виступає як ментор, лідер, експерт, творець, підприємець, активіст. Такий зсув кардинально трансформує культурне тло, на якому розгортається інклюзивна взаємодія.

Розвиток менторства, реєр-підтримки, соціального підприємництва, цифрових платформ і арт-терапевтичних просторів, як описано вище, свідчить про те, що інклюзивність більше не є питанням окремих політик, а частиною ширшої культурної трансформації [54]. Це нова форма спільного життя, що ґрунтується на відкритості до різноманіття.

Водночас інновації дають відповідь і на один із найтонших, але найглибших бар'єрів -внутрішню стигматизацію. Як показали результати факторного аналізу, навіть у доброзичливому зовнішньому середовищі, людина може залишатися ізольованою -якщо всередині себе вона не бачить перспективи, гідності, впливу [26; 47]. Саме інноваційні практики -тренінги з усвідомлення стігми, групи рівного партнерства, спільноти творчості - формують альтернативні історії про себе. Вони руйнують тишу сорому, відкриваючи голос дії.

Окреме значення має інклюзивність у сфері комунікації. У межах традиційних моделей багато людей з інвалідністю не мали змоги заявити про себе публічно. Інноваційні платформи -подкасти, інклюзивні медіа, сторітелінг-форуми -дозволяють повертати суб'єктність через слово, відкриваючи ті життєві наративи, які раніше не мали простору для вираження. Це створює новий культурний контекст, де досвід інвалідності стає видимим, багатозначним, соціально резонансним.

Інновації також роблять акцент на інтеграції інвалідності в інші сфери: молодіжну політику, урбаністику, диджиталізацію, освіту, культуру, підприємництво [64]. Це зменшує ізоляцію, створює точки перетину з іншими спільнотами, допомагає побачити інвалідність не як «особливість», а як один із варіантів людського досвіду. Така інтеграція знижує ризики стигматизації, водночас посилюючи культурну ідентичність.

Не менш важливим є те, що інновації ініціюють діалог між різними секторами: державою, громадським сектором, бізнесом, освітніми установами. Такі кроссекторальні зв'язки відкривають можливості для спільного вироблення рішень, зменшують ризики формального підходу та стимулюють пошук нових форм партнерства [72].

Крім того, інноваційні практики мають здатність масштабуватися - вони легко переносяться в інші міста, регіони, адаптуються під нові умови. Це дає змогу ефективно реагувати на виклики (зокрема -наслідки війни, внутрішнє переміщення, травму), не очікуючи змін на рівні великих державних реформ [49]. Таким чином, інновації створюють екосистему швидкого впливу, яка діє локально, але мислить стратегічно.

Також варто зазначити, що інновації -це про майбутнє, але й про відновлення минулого. Вони дають змогу повернути втрачені зв'язки, змінити уявлення про себе, відновити відчуття значущості. У цьому сенсі інновації є не лише інструментом розвитку, а й терапевтичною практикою суспільства [77].

Усе це дає підстави говорити про те, що інноваційні практики формують нову культуру життєдіяльності людей з інвалідністю. Ця культура має такі характеристики:

- динамічність -здатність змінюватися, бути чутливою до потреб;
- відкритість -інклюзивність на рівні процесів, не лише результатів;
- партнерськість -відмова від ієрархії на користь горизонтальних відносин;
- орієнтація на розвиток - фокус не на збереженні статусу, а на зростанні, реалізації, русі вперед.

Саме завдяки інноваціям ми спостерігаємо, як культура життєдіяльності набуває нових форм - не лише в теорії, а в повсякденному житті: у мові, в архітектурі, в інтерфейсах, у спільнотах [41]. І якщо раніше

«людина з інвалідністю» була для суспільства категорією, яку треба врахувати, сьогодні вона стає категорією, яка бере участь у визначенні спільного майбутнього.

Висновки до Розділу 4

У четвертому розділі було проаналізовано шляхи формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю в умовах війни. Проведене дослідження засвідчило, що ключову роль у цьому процесі відіграє соціально-психологічна підтримка, інклюзивні практики та інноваційні підходи, що здатні трансформувати як внутрішню позицію особистості, так і соціальне середовище.

По-перше, соціально-психологічна підтримка виступає фундаментом для відновлення суб'єктності людини з інвалідністю. Вона не лише знижує емоційну напругу, але й формує почуття самоцінності, життєстійкості, віри у власні можливості. Результати емпіричного дослідження підтверджують, що дефіцит підтримки з боку соціальних служб компенсується участю родини, друзів, волонтерів та реєг-спільнот. Саме ці джерела є критично важливими для запобігання ізоляції, психологічного виснаження, а в окремих випадках - навіть суїцидальних настроїв. Водночас виявлено недовіру до інституційної допомоги, низький рівень звернень до психологів та потребу у підтримці, яка є не формальною, а дійсно присутньою й емпатійною.

По-друге, інклюзивні практики, охоплюючи освіту, працевлаштування, культуру, спорт, створюють передумови для активної участі людей з інвалідністю у суспільному житті. Однак інклюзія в Україні часто залишається формальною - як доступ до простору, а не до взаємодії. Емоційні бар'єри, страх, сором, відчуття «інакшості» гальмують глибоку інтеграцію. Отже, необхідно розвивати не лише інфраструктуру, але й нову мову, етику спілкування та партнерські моделі взаємодії.

По-третє, інноваційні підходи, зокрема реєг-підтримка, менторство,

соціальне підприємництво, інклюзивні медіа та арт-практики, формують нову якість культури життєдіяльності. Завдяки їм особа з інвалідністю перестає бути «об'єктом» допомоги і стає суб'єктом дії, творцем, лідером. Інновації змінюють фокус суспільної уваги: від жалісної допомоги - до партнерства і співтворення [48]. Вони мають потенціал швидкого масштабування і формування культури, яка базується на динамічності, відкритості, взаємності та орієнтації на розвиток.

Таким чином, культура життєдіяльності осіб з інвалідністю не може бути зведена лише до доступності фізичного середовища. Йдеться про глибоку трансформацію соціальних уявлень, міжособистісної етики та самосприйняття людей з інвалідністю. Це можливо лише за умови комплексного підходу, який поєднує психологічну підтримку, практичну інклюзію та інноваційні формати участі. Лише таке поєднання дозволить створити не просто «умови для життя», а простір для гідного, активного, осмисленого існування в спільноті.

ВИСНОВКИ

Здійснене нами теоретичне та емпіричне дослідження особливостей сприймання людей з інвалідністю в умовах війни, а також аналіз шляхів формування культури їх життєдіяльності в сучасному українському суспільстві, дозволило нам не лише описати існуючі соціально-психологічні тенденції у ставленні до осіб з інвалідністю, але й запропонувати стратегічні орієнтири для розбудови культури життєдіяльності та інклюзивного суспільства.

1. На основі аналізу наукових джерел виявлено, що поняття інвалідності в сучасному дискурсі зазнало трансформації - від медичної моделі до біопсихосоціального розуміння. Інвалідність нині розглядається як результат взаємодії між обмеженнями здоров'я та бар'єрами соціального середовища. Таким чином, ключовим стає не факт фізичного чи когнітивного порушення, а ставлення до такої людини з боку суспільства. Соціальне сприймання інвалідності включає когнітивні (установки, стереотипи), емоційні (реакції, відчуття) та поведінкові (готовність до взаємодії) компоненти. Саме тому комплексний підхід до дослідження дозволяє охопити глибину та багатовимірність цієї теми.

2. Отримані емпіричні дані засвідчили, що виокремлені нами групи респондентів продемонстрували високий рівень прийняття осіб з інвалідністю в таких соціальних ролях, як знайомий, сусід, друг, колега. Однак у ролі «партнер/близька особа» спостерігається значно вища дистанція. Це свідчить про наявність бар'єрів у сфері інтимної близькості, емоційної довіри та уявленнях про сімейне життя людей з інвалідністю.

Виявлено, що емоційне сприймання інвалідності є контекстно залежним. Військові з інвалідністю сприймаються з повагою, вдячністю, гордістю. Натомість до «звичайних» людей з інвалідністю частіше фіксується байдужість або емоційна відстороненість. Таке диференційоване сприймання

створює подвійні стандарти, які потребують подолання через освітні, медійні та контактні практики.

Поряд з тим, що отримані дані засвідчили загальну підтримку рівності прав, але також виявили емоційні бар'єри: ніяковість, тривогу, уникання. Висока когнітивна підтримка поєднується з амбівалентним емоційним фоном, що підкреслює необхідність практичного досвіду інклюзивної взаємодії.

У групі респондентів без інвалідності виявлено три основні патерни у сприйманні осіб з інвалідністю: емпатія та прийняття, тривожність і уникання, упередження. Навіть серед позитивно налаштованих респондентів фіксувалась глибока внутрішня напруга під час контакту з людьми з інвалідністю.

Узагальнення відкритих відповідей респондентів з інвалідністю засвідчило наявність численних соціальних (формальна доступність, але відсутність практичної інтеграції; брак адаптацій, інфраструктурних змін; недостатня підготовка фахівців) та соціально-психологічних бар'єрів: значна частина респондентів переживає емоційну ізоляцію, втрату довіри до суспільства, почуття невидимості. Попри наявність інституційної підтримки, найбільш надійним джерелом допомоги виявилися родина, друзі, волонтери. Соціальні служби згадувалися рідко або з негативним контекстом. Частина респондентів зовсім не мала підтримки, що корелює з високим рівнем емоційної тривоги. Більше половини цих респондентів ніколи не зверталася по психологічну допомогу через недовіру, брак доступу, страх осуду, переконання, що «це не допоможе». Водночас, внутрішній запит на підтримку чітко артикулюється у формі потреби бути вислуханим, не відчувати сорому, мати простір для емоцій.

3. Результати факторного аналізу засвідчили наявність трьохфакторної структури соціального сприймання інвалідності як у контрольній (респонденти без інвалідності), так і в основній групі (респонденти з інвалідністю), однак зі змістово різним наповненням. У контрольній групі

домінують фактори емоційної тривожності, ніяковості у міжособистісній взаємодії та стереотипних уявлень про інвалідність як залежність чи слабкість. В основній групі провідними є фактори інтеріоризованої стигматизації, емоційної рефлексії та прагнення до особистісного самоствердження і соціального визнання. Це вказує на амбівалентність у сприйманні в контрольній групі та на глибші, більш інтегровані переживання теми інвалідності в основній.

Кореляційний аналіз виявив, що серед людей з інвалідністю віковий показник достовірно пов'язаний із зростанням прийняття себе та зменшенням емоційної вразливості, а також із більшою відкритістю до соціальної участі. Натомість у контрольній групі соціально-демографічні характеристики (вік, стать, рівень освіти) не продемонстрували статистично значущих зв'язків з параметрами сприймання, що свідчить про переважання стереотипних уявлень незалежно від життєвого досвіду. Таким чином, отримані результати підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу в дослідженнях і комунікаційних стратегіях у сфері інклюзії.

4.3 огляду на отримані емпіричні дані проаналізовано три ключові напрями трансформації культури життєдіяльності осіб з інвалідністю: соціально-психологічна підтримка, інклюзивні практики та інноваційні підходи, реалізація яких поєднує індивідуальний розвиток і соціальну участь.

Соціально-психологічна підтримка повинна виходити за межі кризового втручання, її завданням є формування суб'єктної позиції, стійкої ідентичності, готовності до участі в суспільному житті. Важливим є перехід від терапевтичної допомоги до середовища сталого емоційного супроводу.

Інклюзивні практики мають включати не лише фізичну доступність, але й зміну цінностей, соціальних ролей, включення осіб з інвалідністю у прийняття рішень, громадські ініціативи, культурне життя.

Інноваційні підходи, такі як реєг-підтримка, менторство, кейс-менеджмент, цифрові сервіси - дозволяють не просто компенсувати бар'єри,

а трансформувати саму логіку взаємодії. Інвалідність перестає бути винятком - вона стає однією з форм людського існування.

Результати даного дослідження відкривають нові напрями для наукового пошуку: порівняльний аналіз сприймання інвалідності в різних регіонах України; дослідження досвіду людей з ментальними або сенсорними порушеннями; аналіз ефективності конкретних інклюзивних практик (інтервізія, коучинг, менторинг); розробка моделей інтеграції реєг-підтримки в офіційну систему допомоги тощо.

Інвалідність - не межа, а виклик для суспільства. Те, як ми реагуємо на нього - через стигму або підтримку, через страх або солідарність - визначає не лише якість життя окремої людини, а й рівень гуманності нашого соціуму. Культура життєдіяльності - це не лише про людей з інвалідністю. Це про нас усіх: про право бути почутим, прийнятим, потрібним.

Результати даної роботи дозволяють стверджувати, що українське суспільство вже має потенціал до інклюзії. Залишається зробити крок - від прийняття до дії, від добрих намірів - до системних змін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ortega y Gasset J. The Revolt of the Masses. - New York : W. W. Norton & Company, 1930. - 190 p.
2. Sydorchenko O. I., Palii S. M. Універсальний дизайн як спосіб вирішення проблем доступності [Електронний ресурс] // Майбутнє. - 2016. - С. 148-151. - Режим доступу: <https://sworld.education/nvnb/n116-10.pdf#page=148> - Дата звернення: 20.01.2025 р.
3. Агаєв Н. А., Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. - Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. - 234 с.
4. Бадюк М. І., Гайда І. М. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні // Екстрена медицина: від науки до практики. – 2018. – № 1 (27). – С. 21–30.
5. Балл Г. А., Зверева І. Д. Психологічні аспекти соціальної адаптації осіб з інвалідністю. - Київ : Наукова думка, 2011. - 264 с.
6. Безверхня О. В. Стереотипізація інвалідності в українській масовій свідомості // Український соціум. - 2019. - № 3. - С. 50-60.
7. Березовська Л. І. Психологічне благополуччя та задоволеність життям: емпіричний ракурс // Вісник Національного університету оборони України. - 2019. - № 3(53). - С. 24-29.
8. Білий В. Я., Верба А. В., Жаховський В. О. Еволюція поглядів та розвиток системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ – уроки для Збройних Сил України // Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : зб. наук. праць. – Київ : ДП «НВЦ» Пріоритети», 2016. – С. 60–76.

9. Благополуччя особистості як мета психологічних і соціальних практик : матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару / за ред. Ю. М. Швалба. - Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2019. - 54 с.

10. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України : зб. наук. праць. – Київ : НУОУ, 2014. – Вип. 4 (41). – С. 168–173.

11. Богуславська Н. І. Інвалідність і гідність: як цивільне суспільство бачить ветеранів // *Права людини і суспільство*. – 2022. – № 5. – С. 42–49. *Критичний огляд ставлення до учасників бойових дій у поствоєнному дискурсі*.

12. Бойко Ю. Ю. Соціальний супровід людей з інвалідністю в умовах воєнного стану : кваліфікац. роб. бакалавра / Нац. ун-т «Запорізький нац. ун-т». - 2024. - 52 с. - Режим доступу: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/19416/1/Бойко%20Кваліфікаційна%20робота.pdf> - Дата звернення: 01.04.2025 р.

13. Бондаренко Н. О. Суспільне ставлення до учасників бойових дій з інвалідністю: досвід постконфліктних країн // *Психологія і суспільство*. – 2022. – № 4. – С. 103–110. *Аналізує міжнародні моделі ставлення до ветеранів, акцентуючи на подібностях із українським контекстом*.

14. Бриндікова Ю. та ін. Соціально-психологічна реабілітація осіб з інвалідністю засобами інклюзивного туризму [Електронний ресурс] // Матеріали монографії. - Умань : Уманський держ. пед. ун-т ім. П. Тичини, 2020. - С. 250-257. - Режим доступу: [https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/16085/1/Монографія_03.1_1_\(1\)%20\(4\)%20\(1\).pdf#page=250](https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/16085/1/Монографія_03.1_1_(1)%20(4)%20(1).pdf#page=250) - Дата звернення: 02.03.2025 р.

15. Василюк Ф. Є. Психологія переживання. - Київ : Либідь, 2000. - 256 с.

16. Васюк Л. С. Формування інклюзивної культури молоді [Електронний ресурс]. - 2023. - Режим доступу: https://elibrary.kdpu.edu.ua/bitstream/123456789/8092/1/Васюк_2023.pdf - Дата звернення: 02 травня 2025 р.
17. Виговська Л. М., Ковальчук О. В. Типи інвалідності й суспільне ставлення: когнітивні та емоційні патерни // Актуальні проблеми психології. - 2021. - № 2. - С. 113-122.
18. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості // *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. І. Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. - 2010. - Вип. 10. - С. 120-128.
19. Герман Д. Психологічна травма та шляхи до видужання: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору. - Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. - 416 с.
20. Горбенко Ю. Л., Горбенко А. Ю. Інформаційно-психологічні та ментальні чинники російсько-українського протистояння // Вісник Національного університету оборони України. - 2015. - № 1 (44). - С. 50-57.
21. Горбунова Н. Психосоціальна підтримка осіб з інвалідністю. - Чернігів : ЧНТУ, 2022. - 184 с.
22. Гресь Л. О. Наукові підходи до аналізу чинників перебігу кризи середини життя // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Сер. : Психологія. - 2014. - Т. 1, № 44 (т. 6). - С. 59-65.
23. Гриневич Л. В. Готовність українського суспільства до реінтеграції військових з інвалідністю // *Наука і суспільство*. – 2021. – № 3. – С. 119–126. *Дослідження громадської думки щодо повернення ветеранів до активного життя.*
24. Гринечко А. Я. Співвідношення рівнів тривожності та самооцінки сучасної молоді [Електронний ресурс] // Вісник психології і

соціальної педагогіки. - 2010. - Вип. 2. - С. 54-72. - Режим доступу: <http://www.psyh.kiev.ua> - Дата звернення: 12 квітня 2023 р.

25. Гуліна М. М. Психологія інвалідності : навч. посіб. - Київ : Каравела, 2013. - 192 с.

26. Дзюба Т. М. «Життєва криза» як феномен внутрішнього світу дорослої людини // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / ред. кол. : С. Д. Максименко (гол. ред.) та ін. - Київ : А.С.К., 2012. - Т. I : Організаційна психологія. Соціальна психологія. Економічна психологія. - 2011. - Ч. 32. - С. 155-160.

27. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології : навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. - Київ : Центр учбової літератури, 2013. - 172 с.

28. Донченко О. А. Методологія і методи дослідження соціально вразливих груп. - Київ : ІССТ, 2021. - 176 с.

29. Донченко О. А. Соціально-психологічні аспекти толерантності та інтеграції людей з інвалідністю. - Київ : [б. в.], 2020. - 128 с.

30. Дроздовська О. Правові аспекти соціальної інтеграції та реалії життєдіяльності людей з інвалідністю в Україні (інклюзія та доступність) // Сучасний світ і незрячі. - 2019.

31. Дуля А. В. Соціальна робота з особами з інвалідністю в умовах війни. - Київ : [б. в.], 2024. - 142 с.

32. Дяченко С. Ю. Упередження до військових з інвалідністю в мирному середовищі: соціально-психологічний аналіз // *Актуальні проблеми психології*. – 2022. – № 4. – С. 74–82. *Розкриває приховані негативні установки цивільних осіб.*

33. Ентоні М., Рова К. Розлад соціальної тривоги. - Львів : Свічадо, 2018. - 122 с.

34. Занюк С. С. Психологія мотивації та емоцій : навч. посіб. - Луцьк : Волинський держ. ун-т ім. Лесі Українки, 1997. - 306 с.
35. Зимбардо Ф., Герріг Р. Психологія : підручник. - Київ : Наук. думка, 2004. - 750 с.
36. Іванова А. О. Бар'єри у сприйнятті ветеранів війни: досвід волонтерів та соціальних працівників // *Соціальна робота в Україні*. – 2022. – № 2. – С. 59–66. *Практичний погляд на типові реакції та емоційні бар'єри цивільного населення.*
37. Ігнатенко Г. Г. Соціальна адаптація осіб з інвалідністю: теоретичні основи та практичні аспекти. - Київ : Інтерсервіс, 2019. - 228 с.
38. Іпатов А. В. Комплексна технологія реабілітації інвалідів в Україні / А. В. Іпатов // *Медична реабілітація, курортологія, кінезотерапія*. – 2004. – № 3 (39). – С. 44–45.
39. Іпатов А. В., Сергієні О. В., Тітов Г. І. Обґрунтування системних заходів з профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2007. – № 4. – С. 75–80.
40. Капська А. Й., Безпалько О. В. Соціальна робота: теорія і практика. - Київ : Центр учбової літератури, 2012. - 424 с.
41. Карасьов М. І. Ветеран з інвалідністю як соціальний образ: між героїзацією та стигматизацією // *Гуманітарний вісник*. – 2021. – № 9. – С. 25–31. *Досліджує дихотомію сприймання – від шани до емоційного уникання.*
42. Каргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя: теоретичний аспект // *Наука і освіта*. - 2015. - № 3. - С. 48-55.
43. Кашицька Т. В. Шляхи формування психологічної стійкості осіб з інвалідністю : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. - Тернопіль,

2024. - 212 с. - URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/>... - Дата звернення: 29.02.2025.

44. Коваленко А. Б., Корнєв М. М. Соціальна психологія : підручник. - Київ : Видавництво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. - 352 с.

45. Когут І. О. Соціально-гуманістичні засади розвитку адаптивної фізичної культури в Україні (на матеріалі адаптивного спорту) : автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.02 / Ірина Олександрівна Когут ; МОН України, Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. - Київ, 2016. - 44 с. - Режим доступу: <https://reposit.uni-sport.edu.ua/handle/787878787/657>. - Дата звернення: 02.02.2025

46. Кочеткова Л. Психологія травми та підтримка. - Київ : Академвидав, 2021. - 168 с.

47. Кравченко О. О., Міщенко М. М. Соціально-психологічна підтримка учасників освітнього процесу в умовах дистанційного навчання // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. - 2021. - Вип. 8. - С. 1-10.

48. Кравченко О., Міщенко М. Соціально-психологічна підтримка учасників освітнього процесу в умовах дистанційного навчання [Електронний ресурс] // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2021. – Вип. 8. – С. 1–10. – Режим доступу: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/8_2021/13.pdf (дата звернення: 09.03.2025). Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. - Київ : Центр учбової літератури, 2014. - 368 с.

49. Кузнецова І. П. Медіаобраз ветерана війни з інвалідністю: проблеми репрезентації // *Медіанпростір і соціальна динаміка*. – 2023. – № 1. – С. 50–57. *Аналіз телевізійного та публічного дискурсу навколо постраждалих військових.*

50. Лурін І. А. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2017. – № 49 (2). – С. 62–70.

51. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2014. – 368 с.

52. Марчук Н. Г., Грабовенко Н. В. Досвід соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю в Німеччині та шляхи його імплементації в українських реаліях [Електронний ресурс]. - 2018. - С. 1-10. - Режим доступу:

53. Микитенко Н. В. Етика соціальної роботи з людьми з інвалідністю. - Київ : Ліра-К, 2021. - 136 с.

54. Моргун В. Ф. Основи психодіагностики. - Київ : Центр учбової літератури, 2012. - 312 с.

55. Москалюк Л. М. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів : навч.-метод. комплекс / укл. Л. М. Москалюк. – Київ : Вид-во Національної академії внутрішніх справ, 2014. – 38 с.

56. Павлюк Т. Світовий досвід реалізації державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства [Електронний ресурс] // Перспективи ренесансу HR-інжинірингу, економіки і бізнесу за умов конвергенції України з ЄС у рамках європейської інтеграції. - 2023. - С. 204-208. - Режим доступу: <https://bine.khmnmu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/54/zbirnyk-isbn.pdf#page=204> - Дата звернення: 02 травня 2025 р.

57. Попович М. В. Нариси з філософії культури. - Київ : АртЕк, 2005. - 328 с.

58. Прокопенко І. Ф. Методологія наукових досліджень : навч. посіб. - Харків : Основа, 2011. - 256 с.

59. Савенко Р. Психологічні стратегії адаптації осіб з інвалідністю. - Київ : [б. в.], 2020. - 120 с.

60. Савченко В. Соціальні інновації в сфері інвалідності. - Київ : [б. в.], 2023. - 168 с.
61. Савчин М. В. Соціальна перцепція в міжособистісній взаємодії : монографія. - Івано-Франківськ : ПНУ, 2019. - 204 с.
62. Савчин М. В., Василенко Л. П. Соціальна психологія : навч. посібник. – Львів : Львівський університет, 2017. – 256 с.
63. Семигіна Т. В. Патерналізм як бар'єр соціальної інклюзії: виклики для соціальної роботи // Наука і соціальні проблеми суспільства : науковий журнал. - 2020. - № 1. - С. 25-33.
64. Соловійова О. В., Бутко О. В. Героїзація чи жалість до людей з інвалідністю: соціально-психологічний вимір // Сучасне суспільство. - 2019. - № 1. - С. 52-58.
65. Ставицький О. О. Психологічні особливості прояву інтолерантності щодо осіб з особливими потребами: методика “Незавершені речення” [Електронний ресурс] // *Наука і освіта*. - 2017. - № 3. - С. 65-70. - Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/...](http://irbis-nbuv.gov.ua/) - Дата звернення: 02 травня 2025 р.
66. Столяренко Л. Д. Основи наукових досліджень : навч. посіб. - Київ : Каравела, 2010. - 320 с.
67. Ступінська Л. Шляхи удосконалення механізму забезпечення реабілітації осіб з інвалідністю [Електронний ресурс]. - 2021. - Режим доступу: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/44724/1/Ступінська%20Л.pdf> - Дата звернення: 02.12.2024 р.
68. Терещенко О. П. Психологічна інвалідність як суспільна категорія: сприймання ПТСР у ветеранів // *Психологічний дискурс*. – 2021. – № 6. – С. 132–140. *Окремо висвітлює громадське ставлення до психічних розладів у військових.*
69. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навч.-метод. посіб. – Вінниця : ТОВ «Віндрук», 2004. – 102 с.

70. Храмова І. С. Суспільне ставлення до ветеранів війни з інвалідністю: виклики та парадокси // Соціальна психологія. - 2023. - № 1. - С. 45-56.

71. Чиханцова О. А. Життєстійкість людей з інвалідністю. - Київ : Центр освітніх ініціатив, 2021. - 96 с.

72. Чупіна К. О. Соціально-психологічна реабілітація осіб з інвалідністю засобами інклюзивного туризму [Електронний ресурс]. - 2020. - С. 1-6. - Режим доступу: <https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/14069/1/39.pdf> - Дата звернення: 02 травня 2025 р.

73. Шевченко І. Г. Соціальна інклюзія ветеранів АТО/ООС: бар'єри і можливості // Соціальний захист. – 2020. – № 2. – С. 38–44. *Містить дані опитувань цивільного населення про готовність до взаємодії з ветеранами.*

74. Шевченко І. Роль НГО у підтримці людей з інвалідністю. // Соціальний захист. - 2019. - № 4. - С. 45-49.

75. Шульга Л. Соціальна інклюзія як стратегія. - Київ : УАД, 2018. - 192 с.

76. Юрченко А. М. Громадське ставлення до військових з інвалідністю у період воєнного стану // Соціологія в дії. – 2023. – № 1. – С. 88–95. *Подає результати актуальних соціологічних опитувань.*

77. Ясеновська М., Зіненко О. Кращі практики інклюзії [Електронний ресурс]. - 2020. - Режим доступу: [https://publicalternative.com.ua/...](https://publicalternative.com.ua/) - Дата звернення: 02.04.2025.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальний лист для респондентів – осіб з інвалідністю

Вітаю!

Просимо Вас взяти участь у нашому дослідженні, яке проводжу я, студент магістратури Київського національного університету імені Тараса Шевченка Володимир Моїсей і яке стосується вивчення особливостей ставлення українського суспільства до людей з інвалідністю.

Опитування анонімне.

Усі отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді.

Просимо відповідати щиро на поставлені нижче питання, це дозволить отримати максимально реалістичні дані з такого важливого сьогодні суспільного питання

Загальні дані

1. Вкажіть Ваш вік:

2. Стать:

- Чоловіча
- Жіноча
- Інше

3. Вкажіть назву населеного пункту, в якому Ви проживаєте

4. Вкажіть, будь ласка, причину інвалідизації?

- інвалідність з дитинства;
- загальне захворювання;
- нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);
- професійне захворювання пов'язане з трудовою діяльністю;

- поранення, контузії, каліцтва та інші захворювання, одержані військовослужбовцем при захисті Батьківщини

- поранення, контузії, каліцтва та інші захворювання, одержані цивільним внаслідок військових дій

5. Тип інвалідності (за бажанням):

- Фізична
- Сенсорна (зір, слух)
- Інтелектуальна або психічна
- Інше (вказіть) _____

6. Хто підтримує вас у повсякденному житті? (Можна вибрати кілька варіантів)

- Сім'я
- Друзі
- Соціальні служби
- Інше (вказіть) _____

Розділ 1. Сприйняття людей з інвалідністю

7. Оцініть, будь ласка, з Вашого особистого досвіду та відчуттів, за шкалою від 1 до 5 (де 1 – повністю недопустимо; 2 – скоріше недопустимо; 3 – важко відповісти; 4 – скоріше допустимо; 5 – повністю допустимо), наскільки для українського суспільства прийнятно, щоб людина з інвалідністю була чийось:

- другом
- знайомим
- сусідом
- колегою по роботі
- партнером, близькою людиною

8. Як Ви вважаєте, з Вашого особистого досвіду та відчуттів, що в першу чергу відчуває хтось, коли зустрічає людину з інвалідністю? (можна вибрати декілька варіантів):

- Сором

- Сум, печаль
- Співчуття
- Гнів
- Надія
- Неприязнь
- Розгубленість
- Вдячність
- Провина
- Радість
- Байдужість
- Страх
- Гордість
- Вдячність
- Розгубленість
- Не відчуваю нічого
- Важко відповісти

9. Як Ви вважаєте, з Вашого особистого досвіду та відчуттів, що в першу чергу відчуває хтось, коли зустрічає військових, які отримали інвалідність на війні? (можна вибрати декілька варіантів):

- Сором
- Сум, печаль
- Співчуття
- Гнів
- Надія
- Неприязнь
- Розгубленість
- Вдячність
- Провина
- Радість
- Байдужість

- Страх
- Гордість
- Вдячність
- Розгубленість
- Не відчуваю нічого
- Важко відповісти

10. На Вашу думку, як ставиться українське суспільство до цивільних людей з інвалідністю?

- 1 – дуже негативно
- 2 – скоріше негативно
- 3 – ані негативно, ані позитивно
- 4 – скоріше позитивно
- 5 – дуже позитивно

11. На Вашу думку, як ставиться українське суспільство до військових з інвалідністю?

- 1 – дуже негативно
- 2 – скоріше негативно
- 3 – ані негативно, ані позитивно
- 4 – скоріше позитивно
- 5 – дуже позитивно

12. Оцініть, з Вашого особистого досвіду та відчуттів, наскільки поширеним є подібне ставлення до людей з інвалідністю в українському суспільстві (твердження нижче), де:

- 1 – повністю відсутнє
- 2 – скоріше відсутнє
- 3 – важко сказати
- 4 – скоріше присутнє
- 5 – дуже поширене

Твердження1. Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити так, як вони хочуть

Твердження 2. Люди з інвалідністю можуть вести активне життя, як і люди без інвалідності

Твердження 3. Люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах

Твердження 4. Люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до себе

Твердження 5. Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими

Твердження 6. Люди з інвалідністю є тягарем для своїх близьких

Твердження 7. Іншим здається, що люди з інвалідністю покарані за свої вчинки

Твердження 8. Іншим незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що вони не знають, як їм допомогти

Твердження 9. Іншим незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що вони не знають, як до них ставитися

Твердження 10. Коли в якійсь сім'ї є людина з інвалідністю, вони б не хотіли, щоб про це дізналися інші

Твердження 11. Іншим важко підійти до людей з інвалідністю, тому що вони відрізняються від них.

Розділ 3. Досвід соціальної інтеграції

13. Як ви оцінюєте доступність освіти для людей з інвалідністю?

1 – освіта була недоступною

2 - скоріше недоступна

3 – важко відповісти

4 – скоріше доступна

5 – освіта була доступна

14. Чи були у вас труднощі з працевлаштуванням через інвалідність?

1 - Так, значні

2 - Часто

3 – важко сказати

4 – рідко

5 – ніколи

15. Які соціальні перешкоди найбільше впливають на ваше життя?

(Можна вибрати кілька варіантів)

- Недоступність інфраструктури
- Відсутність рівного доступу до освіти чи роботи
- Дискримінація та упередження
- Низький рівень розуміння суспільством потреб людей з інвалідністю
- Інше (вказіть)

16. Чи відчуваєте ви підтримку від оточення?

1 – не відчуваю

2 – скоріше не відчуваю

3 - Важко відповісти

4 – скоріше відчуваю

5 – так, відчуваю

17. Які емоційні чи психологічні труднощі найчастіше виникають у вашому житті? (Можна вибрати кілька варіантів)

- Почуття ізоляції
- Страх бути неприйнятним
- Відсутність впевненості у власних силах
- Інше (вказіть) _____

18. Чи зверталися ви за психологічною допомогою?

1 – ні, не звертались

2 - ні, але планую

3 – сумніваюсь в доцільності

4 - так, але вона не допомогла

5 – так, звертались/звертаюсь за потреби /регулярно

Розділ 3. Пропозиції та ідеї

19. Що, на вашу думку, могло б покращити якість вашого життя?

- Доступ до спеціалізованих програм підтримки
- Більше доступної інфраструктури
- Підвищення рівня розуміння суспільством ваших потреб

• Інше (вказіть) _____

20. Як, на вашу думку, суспільство може краще інтегрувати людей з інвалідністю?

21. Що ви хотіли б змінити у своєму оточенні або громаді?

Розділ 4. Особистий досвід

22. Які ваші найбільші досягнення або приклади успішного подолання труднощів, пов'язаних з інвалідністю?

23. Чи хочете ви поділитися своїми ідеями або досвідом, який може допомогти іншим людям з інвалідністю?

Дякуємо за ваші відповіді!

ДОДАТОК Б

Опитувальний лист для респондентів контрольної групи (особи без інвалідності).

Вітаю!

Просимо Вас взяти участь у нашому дослідженні, яке проводжу я, студент магистратури Київського національного університету імені Тараса Шевченка Володимир Моїсей і яке стосується вивчення особливостей ставлення українського суспільства до людей з інвалідністю.

Опитування анонімне.

Усі отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді.

Просимо відповідати щиро на поставлені нижче питання, це дозволить отримати максимально реалістичні дані з такого важливого сьогодні суспільного питання.

Розділ 1. Загальні дані

1. Вкажіть Ваш вік:

2. Стать:

- Чоловіча
- Жіноча
- Інше

3. Вкажіть назву населеного пункту, в якому Ви проживаєте

4. Чи є серед Ваших близьких або знайомих люди, які живуть із інвалідністю?

- Член сім'ї
- Друзі, знайомі
- Сусіди, колеги
- Немає

Розділ 2. Дослідження компонентів сприйняття людей з інвалідністю

5. Оцініть за шкалою від 1 до 5 (де 1 – повністю недопустимо; 2 – скоріше недопустимо; 3 – важко відповісти; 4 – скоріше допустимо; 5 – повністю допустимо), наскільки для Вас прийнятно, щоб людина з інвалідністю була Вашим:

- Другом
- Знайомим
- Сусідом
- Колегою по роботі
- Партнером, близькою людиною

6. Що Ви в першу чергу відчуваєте, коли Ви зустрічаєте людину з інвалідністю? (можна вибрати декілька варіантів):

- Сором
- Сум, печаль
- Співчуття
- Гнів
- Надія
- Неприязнь
- Розгубленість
- Вдячність
- Провина
- Радість
- Байдужість
- Страх
- Гордість
- Вдячність
- Розгубленість
- Не відчуваю нічого
- Важко відповісти

7. Що Ви в першу чергу відчуваєте, коли зустрічаєте військових, які отримали інвалідність на війні? (можна вибрати декілька варіантів):

- Сором
- Сум, печаль
- Співчуття
- Гнів
- Надія
- Неприязнь
- Розгубленість
- Вдячність
- Провина
- Радість
- Байдужість
- Страх
- Гордість
- Вдячність
- Розгубленість
- Не відчуваю нічого
- Важко відповісти

8. На Вашу думку, як ставиться українське суспільство до цивільних людей з інвалідністю?

- 1 – дуже негативно
- 2 – скоріше негативно
- 3 – ані негативно, ані позитивно
- 4 – скоріше позитивно
- 5 – дуже позитивно

9. На Вашу думку, як ставиться українське суспільство до військових з інвалідністю?

- 1 – дуже негативно
- 2 – скоріше негативно

3 – ані негативно, ані позитивно

4 – скоріше позитивно

5 – дуже позитивно

10. Як часто в повсякденному житті Ви бачите людей з інвалідністю?

1 – ніколи, майже ніколи

2 – рідко

3 – важко сказати

4 - часто

5 – дуже часто, кожного дня

11. Оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із наведених тверджень, використовуючи шкалу, де:

1 – повністю не погоджуюсь

2 – скоріше не погоджуюсь

3 - Важко відповісти

4 – скоріше погоджуюсь

5 – повністю погоджуюсь

Твердження 1. Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити так, як вони хочуть

Твердження 2. Люди з інвалідністю можуть вести активне життя, як і люди без інвалідності

Твердження 3. Люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах

Твердження 4. Люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до себе

Твердження 5. Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими

Твердження 6. Люди з інвалідністю є тягарем для своїх близьких

Твердження 7. Іноді мені здається, що люди з інвалідністю покарані за свої вчинки

Твердження 8. Мені незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як їм допомогти

Твердження 9. Мені незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як до них ставитися

Твердження 10. Якби в моїй сім'ї була людина з інвалідністю, я б не хотів, щоб про це дізналися інші

Твердження 11. Мені важко підійти до людей з інвалідністю, тому що вони відрізняються від мене.

Розділ 3. Будь ласка, завершіть речення, подані нижче. Намагайтесь відповідати швидко, по довгу не задумуючись над відповіддю. Нагадуємо, що тут немає правильних чи неправильних відповідей. Опитування анонімне.

- Дивно, чому інвалідизовані....
- Щоб не відчувати ворожості до інвалідизованого, я...
- Я боюсь бути з інвалідизованим, бо...
- Упереджене ставлення до інвалідизованих є виправданим, оскільки...
- Щоб викликати у мене презирство, інвалідизований повинен....
- Спілкування з інвалідом викликає депресію тоді, коли...
- Терпимо ставитися до інвалідизованих для мене...
- Почуття гніву особливо гостре, коли інвалідизований...
- Мене не хвилюють проблеми інвалідизованого тому, що...
- Я відчую відразу, коли інвалідизований...
- Соромно не допомогти інвалідизованому, якщо він...
- Упередження до інвалідизованих виникає тільки тоді, коли...
- Коли я дивлюся на інвалідизованого, то боюсь, що...
- Особливо дивує, що інвалідизований...

- Тривога, що виникає при спілкуванні з інвалідизованим, змушує мене...
- Коли я думаю про інвалідизованого, в мене викликає депресію те, що...
 - Інвалідизований викликає у мене гнів, якщо..
 - При порівнянні себе з інвалідизованим я відчуваю...
 - Взаємодія з інвалідизованим може викликати сором, якщо...
 - Інвалідизований заслуговує на презирство, якщо...
 - Якби я відчував симпатію до інвалідизованого, то...
 - Не можу побороти відразу до інвалідизованого, тому що...
 - При спілкуванні з інвалідизованим мене лякає...
 - Щоб викликати у мене вопожість інвалідизований повинен...
 - Якби інвалідизований усвідомлював свою неповноцінність, він би ніколи....
 - Щоб заслужити толерантне ставлення, інвалідизовані повинні...
 - Інвалідизовані не заслуговують на симпатію, оскільки...
 - Співчувати інвалідизованому....
 - Щоб не викликати упереджене ставлення, інвалідизовані...
 - Мене дивує, як інвалідизовані можуть...
 - Щоб позбавитися почуття тривоги при взаємодії з інвалідизованим, я повинен...
 - Відчувати презирство до інвалідизованого – це...
 - Якби не відчуття ворожості до інвалідизованого, я зміг би...

- Я міг би відчувати до інвалідизованих симпатію, якби...
- Взаємодія з інвалідизованим може ввести мене в депресію, якщо..
- При спілкуванні з інвалідизованим я поводжусь егоїстично, тому що...
- Якби я співчував інвалідизованим...
- Мені стає соромно за свою поведінку, коли інвалідизований...
- Якби я зациклювався на труднощах, які переживають інвалідизовані, то....
- Інвалідизований не викликає співчуття, якщо...
- Проявом моєї відрази до інвалідизованого може бути...
- Людина, що проявляє толерантність у ставленні до інвалідизованого, ...
- Інвалідизовані ніколи не зможуть адаптуватися в суспільстві тому, що ...
- Я відчуваю страх, коли інвалідизований ...
- Я не можу позбутися тривоги, коли інвалідизовани
- Щоб викликати у мене гнів, інвалідизований повинен ...
- Я відчуваю сором, коли інвалідизований ...
- Якщо інвалідизований викликає презирство, я ...
- Інвалідизований викликає відразу, якщо ...
- Моя ворожість до інвалідизованого зумовлена ...
- Коли я думаю про інвалідизованого, мене дивує, як ...
- Я відчуваю тривогу, якщо інвалідизований...
- Я близький до стану депресії, коли інвалідизований ...

- Навіщо звертати увагу на інвалідизованого, якщо...
- Я кращий за інвалідизованого, тому що...
- У мене виникає антипатія до інвалідизованих, тому що...
- Прояви інтолерантності до інвалідизованих пов'язані з ...
- Упередження щодо інвалідизованих є ...
- Інвалідизований заслуговує на співпереживання ...
- Гніватись на інвалідизованого – це ...

Дякую за участь!