



РЕАБІЛІТАЦІЯ В УКРАЇНІ (Rehab4U)

Стигматизація людей з інвалідністю:
результати опитування у шести регіонах
України (2025)

ВЕРЕСЕНЬ 2025

Це дослідження стало можливим завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Уряд США. Зміст є відповідальністю Моментум Вілз фор Хьюменіті і не обов'язково відображає погляди Уряду США.

Цей документ підготовлено:

Товариством з обмеженою відповідальністю «Група Рейтинг»
01010 вул. Еспланада, 20
Київ, Україна

Контактна інформація:

Олексій Антипович, засновник і CEO Rating Group

antypovych@ratinggroup.ua

Наталія Халімоненко, керівниця департаменту стратегічних досліджень

khalimonenko@ratinggroup.ua

Роман Борисов, керівник відділу аналітики, департамент стратегічних досліджень

borysov@ratinggroup.ua

Анна Константинова, аналітикиня, департамент стратегічних досліджень

konstantinova@ratinggroup.ua

Обкладинка: Згенеровано ШІ

ЗМІСТ

АБРЕВІАТУРИ	4
СТИСЛИЙ ОГЛЯД.....	5
ПЕРЕДУМОВИ ТА ЦІЛІ	7
МЕТОДИ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ.....	15
РЕЗУЛЬТАТИ	32
1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ РЕСПОНДЕНТІВ	32
2. РІВЕНЬ ТА СТРУКТУРА СТИГМАТИЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	36
3. ДОСВІД КОНТАКТУ, СОЦІАЛЬНА ДИСТАНЦІЯ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ЗІ СТИГМАТИЗАЦІЄЮ.....	40
4. РІВЕНЬ ДЕКЛАРАТИВНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ПРОЄКТИВНІ ОЦІНКИ СТАВЛЕННЯ СУСПІЛЬСТВА ДО ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	43
5. ЕМОЦІЙНІ РЕАКЦІЇ РЕСПОНДЕНТІВ НА ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	45
6. ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ВИДИМІСТЬ ЇХНІХ ПРОБЛЕМ	47
ВИСНОВКИ	57
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	60
ЛІТЕРАТУРА	61
ДОДАТКИ	64
ДОДАТОК А. АНКЕТА ДЛЯ ОПИТУВАННЯ.....	64
ДОДАТОК Б. ІНФОРМОВАНА ЗГОДА	73
ДОДАТОК В. ВИСНОВОК КОМІСІЇ З ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ СОЦІОЛОГА СОЦІОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ УКРАЇНИ	74
ДОДАТОК Г. ОГЛЯД МІЖНАРОДНИХ ВАЛІДІЗОВАНИХ ШКАЛ.....	77
ДОДАТОК Г'. ПРОФІЛЬ ВИБІРКИ.....	89
ДОДАТОК Д. ТАБЛИЦІ З РЕЗУЛЬТАТАМИ КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ	91

АБРЕВІАТУРИ

ADS – Attitudes to Disability Scale

APPD – Attitudes and Perspectives Toward Persons With Disabilities

ATDP – Attitudes Toward Disabled Persons

MAS – Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities

MSPD – Multidimensional Scale of Perceived Discrimination

SADP – Scale of Attitudes Toward Disabled Persons

SDS – Social Distance Scale

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy

CAPI – computer-assisted personal interviewing

ООН – Організація Об'єднаних Націй

СТИСЛИЙ ОГЛЯД

У серпні 2025 року на замовлення Представництва «Проект ХОУП – The People-to-People Health Foundation, Inc.» в Україні Соціологічна група «Рейтинг» провела соціологічне опитування для оцінки рівня стигматизації людей з інвалідністю у шести областях України. Метою дослідження стала оцінка рівня стигматизації людей з інвалідністю, включно з ветеранами та цивільними особами, серед дорослого населення України.

Дослідження було проведено **методом особистих формалізованих інтерв'ю згідно опитувальника з використанням планшета (CAPI)** серед 600 респондентів віком 18 років і старші, які проживають на території шести областей України – Дніпропетровської, Житомирської, Івано-Франківської, Одеської, Рівненської та Черкаської областей.

Індекс стигматизації становить 30 балів¹, що відповідає помірному рівню. Соціально-демографічні характеристики не впливають на рівень стигматизації. Факторний аналіз дозволив виділити чотири складові: милосердя (70 балів), відчуття тягаря (54 бали), дискомфорт (16 балів) та інтегрованість у спільноту (9 балів). Однією із можливих проблем є ризик патерналістського ставлення: люди з інвалідністю сприймаються як об'єкти допомоги, а не повноцінні суб'єкти.

Видимість впливає на стигматизацію. 70% респондентів бачать людей з інвалідністю часто або щодня, найбільше – на вулицях, у магазинах, транспорті. Чим частіше відбувається взаємодія, тим нижчий рівень стигматизації.

Декларативна толерантність versus приховані упередження. Близько 90% респондентів декларують готовність прийняти людей з інвалідністю як сусідів, друзів, знайомих, 86% – як колег, 75% – як партнерів. Водночас поширена думка про нейтральне ставлення до людей з інвалідністю в українському суспільстві загалом. Така розбіжність може свідчити про латентні упередження, які маскуються соціально бажаними відповідями.

Диференціація за військовим статусом. Емоційне сприйняття ветеранів з інвалідністю є інакшим, ніж цивільних з інвалідністю: до

¹ За шкалою від 0 до 100, де 0 – відсутність стигматизації, 100 – максимальний рівень стигматизації

перших відчують вдячність, співчуття, гордість, що пов'язано з їхнім сприйняттям як захисників, до других – насамперед співчуття, а також милосердя, сум і печаль.

Обмежені можливості та структурні бар'єри. Найгірше оцінюються можливості людей з інвалідністю у працевлаштуванні, спорті та дозвіллі. Найбільш видимими проблемами є недостатні соціальні виплати та непристосована інфраструктура. Особливо критичною є ситуація з транспортом для людей з кріслами колісними та адаптованістю сайтів органів влади для незрячих – респонденти оцінили ці сфери на 2 бали².

Відповідальність на місцевому рівні. 83% респондентів вважають, що вирішенням питань людей з інвалідністю має займатися місцева влада, 39% – центральна влада.

Дослідження виявило, що за високої декларативної готовності до інклюзії існують приховані упередження, які можуть набути патерналістського характеру. Помірний рівень стигматизації формується через милосердя та сприйняття людей з інвалідністю як тягаря. Регулярна взаємодія корелює з рівнем стигматизації, що вказує на важливість підвищення видимості людей з інвалідністю у публічному просторі.

² За шкалою від 1 до 5, де 1 – «жахливо», 5 – «відмінно»

ПЕРЕДУМОВИ ТА ЦІЛІ

Згідно із законом України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» № 875-XII від 21 березня 1991 року **особа з інвалідністю** – це особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності (Закон України, 1991). Такий підхід до визначення інвалідності відповідає сучасним міжнародним стандартам, зокрема положенням Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (CRPD), яка була ратифікована Україною у 2009 році. У статті 1 Конвенції зазначено, що особи з інвалідністю – це ті, хто має довготривалі фізичні, психічні, інтелектуальні чи сенсорні порушення, які у взаємодії з різноманітними бар'єрами можуть заважати їхній повній і ефективній участі в житті суспільства на рівних умовах з іншими (United Nations, 2006).

Сучасне розуміння інвалідності значно змінилося впродовж останніх десятиліть. Якщо раніше акцент робився переважно на медичному аспекті – як на індивідуальній характеристиці, яку потрібно виправити, – то зараз все більше поширення має соціальна модель інвалідності. Відповідно до неї, саме суспільні бар'єри, а не лише фізичні чи психічні порушення, обмежують людину у правах та можливостях. Таке бачення закріплене і в Європейській соціальній хартії (переглянутій), яка зобов'язує держави забезпечити рівність можливостей для осіб з інвалідністю (Council of Europe, 1996). Як зазначає Рада Європи у своїх просвітницьких матеріалах, зокрема в посібнику «COMPASS: Manual for Human Rights Education with Young People», проблема інвалідності пов'язана з упередженнями стигматизацію, що ускладнюють життя мільйонам людей з інвалідністю (Council of Europe, 2002).

Враховуючи існуючу нормативно-правову базу, у цьому дослідженні особи з інвалідністю розглядаються як соціальна група, яка в умовах бар'єрного середовища систематично позбавляється можливостей для самореалізації, повної участі в суспільному житті та користування правами на рівні з іншими.

Стигматизація людей з інвалідністю залишається однією з ключових соціальних проблем, що впливають на якість їхнього життя, рівень соціальної інтеграції та реалізації прав. Протягом останніх трьох

десятиліть кількість людей з інвалідністю в Україні значно зросла. За даними Міністерства соціальної політики України, на початку 1990-х років загальна кількість осіб з інвалідністю становила майже 3% усього населення країни (Урядовий кур'єр, 2018), що за оцінками відповідало приблизно 1,5 мільйона осіб при загальній чисельності населення близько 51–52 мільйони. Станом на 1 січня 2022 року в Україні налічувалося 2 725 826 людей з інвалідністю, що становить 6,6% (від 41167335) у структурі населення країни (Державна служба статистики України, 2022).

Особливо інтенсифікувалася тенденція зростання чисельності людей з інвалідністю з 2014 року внаслідок початку військової агресії російської федерації проти України та продовжує загострюватися після повномасштабного вторгнення, що розпочалося 24 лютого 2022 року. За словами колишньої міністерки соціальної політики Оксани Жолнович (19.07.2022-17.07.2025), з початку повномасштабного вторгнення кількість осіб з інвалідністю в Україні зросла щонайменше на 300 тисяч осіб, перетнувши позначку у 3 мільйони (Жолнович, 2024).

Разом із фізичними бар'єрами особи з інвалідністю стикаються з невидимими, але не менш обмежувальними соціальними бар'єрами - упередженнями, страхами та стереотипами, які формують атмосферу стигми. Поняття **СТИГМИ** застосовується у західному науковому дискурсі для аналізу девіантної поведінки – такої, що відхиляється від соціокультурної норми. Його почали активно використовувати соціологи у 1960-х роках у зв'язку з поглибленням інтересу формування стереотипів та їхнього поширення у громадській думці (Goffman, 1963). У концепції І. Гофмана до стигматизованих належали передусім ті, хто мав порушення функцій, девіантну поведінку або належав до груп, що зазнають системної дискримінації (Goffman, 1959). Згодом, починаючи з 1980–1990-х років, у наукових підходах до цього явища посилився інституційний і культурний вимір. Стигма почала осмислюватися як результат впливу соціальних структур, політики, медіа та громадської думки. Це призвело до розширення груп, які вважалися стигматизованими: до класичних категорій долучилися люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, бездомні, особи з ментальними розладами, колишні ув'язнені, жертви насильства та

інші соціально вразливі категорії. Таке розширення сприяло формуванню уявлення про стигматизацію як явище, що не обмежується окремими індивідами, а є частиною ширшої системи соціальної ексклюзії.

Упродовж тривалого часу соціологічні дослідження стигми фокусувалися переважно на феноменах, пов'язаних із психічними розладами або ВІЛ/СНІДом. Натомість теми упередженого ставлення та дискримінації найчастіше розглядалися в контексті таких статусних ознак, як раса, етнічне походження, стать, соціально-економічне становище чи сексуальна орієнтація. Однак із початку ХХІ століття ці аналітичні межі стали менш чіткими: соціологія дедалі частіше інтегрує підходи суміжних галузей, зокрема психологічної соціальної психології, що сприяє комплекснішому розумінню механізмів стигматизації (Link & Phelan, 2001; Major & O'Brien, 2005).

Поняття **стигматизації** у науковому дискурсу розвивалося паралельно із застосуванням понять «дискримінація», «стереотипізація», «наклеювання ярликів» (labelling), «соціальна дистанція» тощо. Важливо підкреслити, що проблематика стигматизації не обмежується упередженням сприйняттям певної соціальної групи, але й є потенційно небезпечним для психологічного стану окремих представників такої групи через активний процес інтроєкції, що завершується внутрішнім погодженням та прийняттям стигматизованої характеристики щодо власної особистості. Отже, стигматизація будь-якої соціальної групи є небезпечною через, з одного боку, встановлення додаткових бар'єрів для життєдіяльності її представників, з іншого – зниження їхньої агентності і як здатності впливати на своє життя, і як можливості брати активну участь у соціальних змінах.

Як зазначав І. Гоффман (1963), **стигма** є насамперед соціальним явищем, укоріненим у системі соціальних відносин і сформованим культурними нормами та соціальними структурами. Відповідно, підходи до її подолання мають бути не індивідуалістичними, а такими, що також вбудовані в зміну соціальних відносин і трансформацію структур, які ці відносини формують. Як підкреслюють Естрофф та ін. (Estroff, Penn, Toporek, 2004), попри тривалий історичний контекст і широке поширення антистигматизаційних ініціатив, досі існує дефіцит

досліджень, які б системно аналізували їхню ефективність, масштаб впливу чи довгострокові наслідки. Огляд Stuart et al. (Stuart, Arboleda-Flórez, Sartorius, 2012) окреслює ключові напрямки таких зусиль, їхні результати та потенційні шляхи розвитку. Навіть якщо деякі дослідники та політики зауважують, що «можливо, нереалістично думати, що ми можемо повністю позбутися стигми» (Brown et al., 2001), більшість фахівців погоджуються: її можна значною мірою зменшити - хоча самотійно, без цілеспрямованих дій, вона навряд чи зникне (Schnittker, 2008).

Дослідження стигматизації людей з інвалідністю в Україні

В Україні дослідження стигматизації інвалідності є нечисленними. Вони свідчать про те, що в українському суспільстві людей з інвалідністю нерідко сприймають крізь призму жалю, безпорадності або навіть тягаря для держави (Куриляк, Полумісна, Шевчук, 2023). Глибинні інтерв'ю з ветеранами вказують на їхній досвід ізоляції, браку довіри з боку суспільства та обмеженого доступу до підтримки, яка нерідко є фрагментарною й не відповідає реальним потребам. Водночас кількісні дослідження серед загального дорослого населення та учнівської молоді демонструють сталість стереотипів про залежність, низьку соціальну цінність та обмеженість людей з інвалідністю.

Одне з небагатьох кількісних досліджень, що застосовували валідизовану шкалу для вимірювання громадської думки щодо ставлення до людей з інвалідністю, було проведено Соціологічною групою «Рейтинг» у Національному соціологічному дослідженні про сприйняття людей з інвалідністю в Україні у 2023 р. (Національне соціологічне дослідження, 2023). Особливу увагу було приділено вимірюванню соціальної дистанції, емоційної реакції та інтеграційного потенціалу, як щодо цивільних осіб з інвалідністю, так і щодо ветеранів. Результати засвідчили амбівалентність суспільного сприйняття: хоча респонденти загалом демонструють високий рівень підтримки соціальної інтеграції людей з інвалідністю, це часто супроводжується емоцією жалю, особливо щодо цивільних. У випадку з військовими з інвалідністю переважає вдячність, що супроводжується повагою та визнанням їхнього внеску. Учасники

фокус-груп підкреслювали, що військові не потребують жалю, а гідним проявом підтримки є просте «дякую».

Попри декларативну підтримку інклюзії, українське суспільство на той момент ще не мало сталих моделей взаємодії з людьми з інвалідністю. Це проявлялося, зокрема, у вузькому розумінні поняття «інклюзивність», яке асоціюється виключно з освітою. Водночас у відповідях респондентів простежується вплив соціальної бажаності: більшість погоджується, що люди з інвалідністю здатні вести повноцінне життя, проте установки, пов'язані зі стигматизацією, не зникають. Найменшою підтримкою користувалися твердження, які виражають моральне засудження чи негативні емоції – як-от переконання, що інвалідність є покаранням. Проте ці установки все ще були присутні серед частини опитаних, включно з самими людьми з інвалідністю.

У відповідях була зафіксована нерівність між військовими і цивільними з інвалідністю: військових вважали тими, хто заслуговує на більшу допомогу й має більше можливостей. Водночас у реальному житті основними бар'єрами залишаються не соціальні уявлення, а інституційні обмеження. Люди з інвалідністю найбільше страждають від недоступності середовища, формального працевлаштування, нестачі реабілітаційних послуг, особливо в невеликих містах. Вони самі часто оцінюють свій стан і можливості як незадовільні, а найголовнішою потребою вважають видимість і прийняття. Бажання бути залученими до змін, брати участь у прийнятті рішень та формувати публічний простір звучало серед багатьох опитаних. Водночас питання відповідальності за зміни інтерпретується по-різному: люди з інвалідністю частіше покладаються на власні зусилля, тоді як інші громадяни - на місцеву або центральну владу.

У дослідженні Соціологічної групи «Рейтинг», присвяченому стигматизації ветеранів і ветеранок в Україні, виявлено, що це явище має комплексний і багатоаспектний характер, який проявляється як у соціальній взаємодії, так і у ставленні до ветеранів з боку державних інституцій, медіа та суспільства загалом (Стигматизація ветеранів і ветеранок, 2025). Стигматизація часто ґрунтується на страху, нерозумінні або упередженнях і має руйнівні наслідки як для самих

ветеранів, так і для соціальної згуртованості. Дослідження виявило п'ять основних компонентів стигматизації: підкреслення відмінностей, стереотипи, відокремлення, дискримінація/втрата статусу та емоційні реакції. Наголошення на відмінності, тобто сприйняття ветеранів як «інших», проявлялося як у позитивному, так і в негативному ключі: з одного боку – через повагу, а з іншого – як інструмент для маніпуляцій або джерело конфліктів. Поширеними виявилися стереотипи про агресивність, психічну нестабільність, схильність до залежностей та утриманські настрої ветеранів, а також героїзований образ, який водночас викликає повагу і створює завищені очікування.

Окремим аспектом є соціальне відокремлення, коли як самі ветерани, так і їхні близькі обмежують спілкування до «свого кола» – людей з бойовим досвідом або подібним статусом. Це явище, хоча й природне у певному контексті, може свідчити про ізоляцію та закріплення меж між ветеранською спільнотою та ширшим суспільством. Також досвід ветеранів свідчить про випадки дискримінації, зокрема щодо осіб з інвалідністю: відмова в роботі, недоступність простору, обмежений доступ до послуг. Стигматизація посилюється у випадках невидимої інвалідності – таких ветеранів часто піддають сумніву, що спричиняє додатковий тиск.

Емоційні реакції суспільства на ветеранів варіюються від вдячності та поваги до страху, жалю чи агресії. Гендерна стигма посилює виклики для жінок-ветеранок: вони зіштовхуються з недовірою, сумнівами щодо своїх повноважень або мотивів служби, а також із патерналістським ставленням цивільних чоловіків. Особливо важливою є виявлена наявність саможестигматизації серед ветеранів, зокрема у сфері психічного здоров'я. Боючись осуду, вони уникають звертатися по допомогу, що може поглиблювати психологічні проблеми.

Дослідження також порівнює український контекст із досвідом США. Там стигматизація ветеранів зазнала значних трансформацій упродовж XX століття: після громадянської війни, Другої світової війни, конфліктів у Кореї та В'єтнамі. Ключову роль у подоланні упереджень відіграли структурні політики, як-от «G.I. Bill», що інтегрували ветеранів у систему освіти, ринку праці та охорони здоров'я. Центри реабілітації,

індивідуальні програми професійного навчання та офіційне визнання посттравматичного стресового розладу стали інструментами зменшення соціальної стигми. У сучасному американському законодавстві також заборонена дискримінація ветеранів при працевлаштуванні, що забезпечує їм формальну рівність.

Отже, стигматизація людей з інвалідністю в Україні залишається значною проблемою, яка має прояви як на індивідуальному, так і на інституційному рівнях. Вона підтримується та відтворюється через низку соціальних механізмів – зокрема, через застаріле нормативно-правове регулювання, брак ефективних реабілітаційних послуг, обмежений доступ до інклюзивної інфраструктури, а також завдяки тому, як людей з інвалідністю зображують у медіа (Лавренюк, 2025).

Україна поступово рухається до більш інклюзивного суспільства, однак стигматизація людей з інвалідністю – зокрема ветеранів війни та постраждалих цивільних осіб – продовжує перешкоджати їхній повноцінній економічній, культурній та громадській участі. Незважаючи на актуальність проблеми, в Україні бракує репрезентативних кількісних даних про рівень і форми стигматизації таких осіб.

Мета дослідження

Дослідження ініційоване Представництвом «Проект ХОУП – The People-to-People Health Foundation, Inc.» в Україні (далі – Замовник / Project HOPE) і має на меті виявити рівень стигматизації людей з інвалідністю в окремих регіонах України, виявити ключові стигматизуючі установки та механізми їхнього формування, а також розглянути особливості ставлення до ветеранів з інвалідністю.

Завдання дослідження

1. Провести огляд попередніх досліджень та оцінок, проведених з тематики рівня стигматизації людей з інвалідністю (ветеранів і цивільних осіб) в Україні.
2. Виміряти рівень стигматизації людей з інвалідністю серед дорослого населення шести регіонів України із застосуванням валідизованих міжнародних інструментів.

3. Дослідити зв'язок між досвідом контакту з людьми з інвалідністю та рівнем стигматизуючих установок, а також проаналізувати соціальну дистанцію у різних сферах взаємодії.
4. Проаналізувати емоційні реакції респондентів на контакт з людьми з інвалідністю як компонент механізму формування стигматизуючих установок.
5. Оцінити сприйняття населенням можливостей для людей з інвалідністю в українському суспільстві та видимість їхніх проблем у публічному дискурсі.
6. Визначити соціально-демографічні чинники, що впливають на рівень стигматизації людей з інвалідністю.
7. Надати практичні рекомендації для розробки ефективних стратегій подолання стигматизації та сприяння інклюзії людей з інвалідністю, включно з ветеранами та цивільними особами.

МЕТОДИ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

Використання кількісних методів у дослідженні дозволило отримати дані про ставлення українців до людей з інвалідністю та визначити рівень стигматизації цієї соціальної групи. Результати дослідження репрезентують думку мешканців шести областей України.

Дослідження складалось з двох етапів:

1. Кабінетне дослідження (вторинний аналіз).
2. Репрезентативне опитування мешканців шести областей України.

Кабінетне дослідження проводилось у період з 1 по 11 серпня 2025 року з метою всебічного аналізу феномену стигматизації людей з інвалідністю, вивчення міжнародного досвіду досліджень ставлення до осіб з інвалідністю та аналізу ситуації в Україні. Дослідження здійснювалось у три послідовні стадії, кожна з яких мала специфічні завдання та критерії пошуку інформації.

Стадія 1. Теоретико-концептуальний аналіз

На цій стадії здійснювався пошук наукових публікацій, присвячених феномену стигматизації як соціальному явищу, а також пошук валідизованих психометричних інструментів для вимірювання ставлення до людей з інвалідністю. Основний пошук проводився через платформи Google Scholar та ResearchGate, що забезпечило доступ до широкого масиву рецензованих наукових публікацій. Мова наукових публікацій – англійська.

Пошук здійснювався поетапно, починаючи з широких запитів та поступово звужуючись до більш конкретних словосполучень. Використовувались такі ключові слова та фрази: disability, persons with disabilities, attitudes toward disability, disability stigma, stigma, stigmatization, social exclusion, attitudes toward people with disabilities, disability stigma survey. Лапки для точного пошуку фраз не застосовувались, що дозволило охопити ширший спектр релевантних публікацій.

Відповідно до Протоколу, основний фокус зосереджувався на дослідженнях, проведених у США та країнах Європи. Додатково, в процесі аналізу було виявлено релевантний матеріал дослідників з

Південної Кореї, який також був включений до огляду через його методологічну цінність. До аналізу **включались** рецензовані наукові статті, опубліковані у фахових журналах, що забезпечувало високу якість та достовірність інформації. З переліку джерел **виключались** публікації, присвячені само-стигматизації людей з інвалідністю, оскільки фокус дослідження був зосереджений на суспільному сприйнятті людей з інвалідністю.

Стадія 2. Аналіз міжнародного досвіду емпіричних досліджень

Друга стадія передбачала систематичний пошук емпіричних соціологічних досліджень, присвячених вивченню ставлення суспільства до людей з інвалідністю в різних країнах світу. Пошук здійснювався через спеціалізовані платформи Google Scholar та ResearchGate, а також офіційні веб-сайти міжнародних організацій. До бази даних включались джерела англійською мовою. Географічний фокус – США та країни Європи. У базу даних увійшли рецензовані наукові статті з результатами емпіричних досліджень, звіти міжнародних організацій, зокрема, були використані документи Організації Об'єднаних Націй (ООН) та Ради Європи як джерела нормативно-правової бази та концептуальних рамок щодо прав людей з інвалідністю. Критеріями включення були наявність емпіричних досліджень з чіткою методологією, звіти авторитетних міжнародних організацій.

Стадія 3. Аналіз українського контексту

Третя стадія була присвячена вивченню ситуації в Україні, включаючи статистичні дані, нормативно-правову базу та результати українських соціологічних досліджень. Пошук здійснювався на офіційних веб-сайтах українського уряду та міністерств, веб-сайтах українських соціологічних організацій, а також за допомогою Google Scholar для пошуку україномовних наукових публікацій.

У процесі пошуку та первинного відбору було переглянуто приблизно 40 джерел. Після детального аналізу релевантності та відповідності критеріям включення до остаточного звіту було включено 28 джерел. Систематизація даних: систематизована база даних у форматі окремої системи управління посиланнями не створювалась. Натомість

відібрані джерела систематизувались та аналізувались безпосередньо в процесі роботи.

При відборі джерел враховувалась їхня достовірність та авторитетність. Пріоритет надавався рецензованим науковим публікаціям у фахових журналах. Серед документів міжнародних організацій використовувались виключно матеріали ООН та Ради Європи як визнаних авторитетних інституцій у сфері прав людини. Для українських джерел перевірялась офіційність урядових даних та репутація соціологічних організацій. Водночас, усі типи джерел, що відповідали встановленим критеріям включення, розглядались як рівноцінні для цілей дослідження, без встановлення ієрархії важливості між рецензованими статтями, урядовими звітами та документами міжнародних організацій.

Формування вибірки

З метою досягнення дослідницьких завдань та забезпечення базового рівня репрезентативності на регіональному рівні встановлений загальний обсяг вибірки 600 респондентів загалом для шести регіонів України. Такий підхід дозволив здійснити порівняльний аналіз одномірних показників між визначеними трьома регіонами Захід, Центр та Південний Схід. Крім того, це забезпечило необхідну кількість інтерв'ю для проведення аналізу за типом населеного пункту та статеві-віковими групами.

Статеві-віковий розподіл вибірки ґрунтується на останніх доступних даних щодо демографічної структури населення України згідно з даними Держстату, станом на 01.01.2022³. Статеві-вікова структура відповідають кількості населення в кожному типі населеного пункту (обласний центр, міста, села) в межах області.

³ <https://www.ukrstat.gov.ua/>

Таблиця 1. Розрахунок вибірки

Область	N	%	Обласний центр	Міста	Села	Вибірка	Обласний центр центр	Міста	Села	Похибка при значеннях близько 50%
Дніпропетровська	2533376	30,6%	30,1%	53,8%	16,1%	184	55	99	30	7,2%
Житомирська	951302	11,5%	22,9%	37,1%	40,0%	69	16	26	27	11,8%
Івано-Франківська	1079459	13,0%	17,5%	27,5%	55,0%	78	13	22	43	11,1%
Одеська	1874094	22,6%	44,2%	23,9%	31,9%	136	60	33	43	8,4%
Рівненська	868238	10,5%	21,9%	26,6%	51,6%	63	14	17	32	12,3%
Черкаська	968605	11,7%	22,5%	33,8%	43,7%	70	16	23	31	11,7%
Всього	8275074	100%	26,5%	33,8%	39,7%	600	174	220	206	

N – Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2022 року

Загальна характеристика інструментарію

Для збору емпіричних даних було розроблено структуровану анкету, яка містить 55 основних питань та 11 соціально-демографічних показників (див. Додаток А). Анкета призначена для вимірювання ставлення населення України до людей з інвалідністю, виявлення рівня стигматизації цієї соціальної групи та оцінки доступності середовища для осіб з інвалідністю. Інструментарій базується на адаптації та інтеграції елементів валідизованих міжнародних шкал вимірювання ставлення до інвалідності, зокрема APPD, з урахуванням специфіки українського контексту та актуальної ситуації в умовах повномасштабної війни.

Анкета складається з декількох тематичних блоків, які послідовно розкривають різні аспекти ставлення до людей з інвалідністю.

Блок 1. Загальне сприйняття статусу людей з інвалідністю (питання 1-5). Цей блок вимірює базові уявлення респондентів про місце людей з інвалідністю в суспільстві та загальне ставлення до них. Блок включає п'ять питань, що оцінюють сприйняття повноправності людей з інвалідністю як членів суспільства, а також ставлення українського суспільства та найближчого оточення респондента до

двох окремих категорій: цивільних людей з інвалідністю та ветеранів з інвалідністю.

Блок 2. Багатовимірна шкала ставлення (питання 6-19). Це центральний блок анкети, адаптований на основі APPD. Блок містить 14 тверджень, які вимірюють ставлення до людей з інвалідністю. Усі твердження подаються з ротацією для мінімізації ефекту порядку та уникнення патернів відповідей. Усі твердження у цьому блоці оцінюються за п'ятибальною шкалою згоди від «зовсім не погоджуюся» до «однозначно погоджуюся», що дозволяє зафіксувати градації установок респондентів.

Блок 3. Емоційні реакції (питання 20-21). Цей блок використовує метод вимірювання спонтанних емоційних реакцій при зустрічі з людьми з інвалідністю. Респондентам пропонується список з 13 емоцій, серед яких як негативні (гнів, неприязнь, страх, сором, сум, провина, розгубленість, напруга), так і позитивні або нейтральні (вдячність, гордість, співчуття, милосердя, байдужість). Респонденти можуть обрати до трьох варіантів відповіді, що дозволяє зафіксувати складність та амбівалентність емоційних реакцій. Питання 20 та 21 окремо вимірюють емоції щодо ветеранів з інвалідністю та цивільних людей з інвалідністю. Це дозволяє порівняти емоційні профілі реакцій на ці дві групи та виявити можливу різницю у сприйнятті залежно від контексту набуття інвалідності. Обидва питання використовують ротацію варіантів відповідей для уникнення систематичних похибок.

Блок 4. Шкала соціальної дистанції (питання 22-26). Блок базується на класичній шкалі соціальної дистанції Богардуса, адаптованій для вимірювання готовності респондентів до різних рівнів близькості з людьми з інвалідністю. П'ять питань відображають градацію соціальної близькості від найменш близької (сусід) до найбільш близької (партнер, близька людина). Респонденти оцінюють прийнятність кожного рівня близькості за десятибальною шкалою, де 1 означає «повністю недопустимо», а 10 – «повністю допустимо». Використання десятибальної шкали дозволяє зафіксувати тонкі градації готовності до взаємодії та виявити пороги соціальної дистанції.

Блок 5. Досвід контакту та видимість (питання 27-28). Цей блок вимірює частоту зустрічей респондентів з людьми з інвалідністю у

повсякденному житті та місця цих зустрічей. Він важливий для розуміння видимості людей з інвалідністю у публічному просторі, що є індикатором як доступності середовища, так і рівня соціальної інклюзії.

Блок 6. Оцінка можливостей для реалізації (питання 29-44).

Питання 29-36 просять респондентів оцінити рівень можливостей в Україні загалом для всього населення, а питання 37-44 – рівень можливостей конкретно для людей з інвалідністю. Обидва підблоки оцінюють одні й ті самі сфери: працевлаштування, підприємництво, досягнення успіху, проведення дозвілля, самореалізація, освіта та навчання, спорт, якісні медичні послуги.

Блок 7. Проблеми та бар'єри, оцінка локальної інфраструктури та послуг (питання 45-53).

Питання 45 пропонує респондентам список з 9 типових проблем, з якими можуть стикатися люди з інвалідністю в Україні. Це питання дозволяє зрозуміти, які бар'єри є найбільш помітними для широкого загалу, та порівняти суб'єктивне сприйняття проблем з об'єктивними даними про стан доступності середовища. Питання 46-53 оцінюють стан доступності та якості послуг для людей з інвалідністю у конкретному населеному пункті респондента.

Блок 8. Потреби та відповідальність (питання 54-55).

Два заключні питання основної частини анкети вимірюють уявлення респондентів про потреби людей з інвалідністю та відповідальність за вирішення їхніх проблем. Питання 54 пропонує список з 9 типів допомоги (психологічна, медична, фінансова, правова, реабілітаційна, працевлаштування, освітня, житлова, соціальна підтримка) та дозволяє обрати до трьох найважливіших, на думку респондента. Питання 55 визначає, які стейкхолдери мають нести відповідальність за вирішення питань людей з інвалідністю. Список включає місцеву та центральну владу, громадські організації, благодійні фонди, міжнародні організації, волонтерів, найближчих родичів та самих людей з інвалідністю. Респонденти можуть обрати дві відповіді, що дозволяє зрозуміти баланс між очікуваннями від держави, громадянського суспільства та індивідуальною відповідальністю.

Блок 9. Демографічні та соціально-економічні характеристики (D1-D11, D99).

Заключний блок збирає стандартні демографічні та соціально-економічні показники респондентів, які є стандартними

контрольними змінними у соціологічних дослідженнях. Критично важливими для аналізу є питання про наявність людей з інвалідністю у оточенні респондента (D7), наявність близьких родичів, які служать або служили на війні (D8), наявність ветеранів з інвалідністю у оточенні (D9) – ці змінні дозволяють сегментувати респондентів за рівнем особистого досвіду та близькості до теми дослідження, що є важливим для розуміння джерел установок щодо людей з інвалідністю.

Процедура проведення опитування

Вибірка була поділена за типами поселення (обласний центр, інші міста і села області). Учасники дослідження відбиралися для опитування випадковим чином відповідно до встановлених критеріїв відбору.

Перед початком польових робіт кожному інтерв'юеру був наданий планшет, який має свій унікальний номер, що також використовується для входу в систему та отримання завдання опитування. За виконанням завдань стежили супервайзери, які знаходяться в кожній області. На наступному етапі супервайзери отримали завдання через цифрову систему та розподілили їх виконання між інтерв'юерами.

Кожне завдання містило характеристики, на основі яких визначається вибір респондента: область, район, тип населеного пункту. Сформовані завдання програмувалися в систему EROLL. При побудові маршруту опитування, спочатку підбираються вулиці (початкові точки маршруту інтерв'юера).

Навантаження на кожен маршрут опитування склало від 8 до 20 інтерв'ю, в залежності від загальної кількості інтерв'ю в цьому населеному пункті. Опитування проводилося за принципом «від дверей до дверей» або виключно біля будинків, що вказані в маршруті. У вибраних домогосподарствах респонденти обиралися випадковим чином згідно з правилом наступного дня народження. У будинках, які мають декілька секцій, наступний респондент обирався, пропускаючи вхід в одну секцію.

Наступна будівля обиралася з кроком 3 (через одну), а якщо ця будівля відсутня в завданні маршруту, інтерв'юери шукали будь-яку іншу, зазначену в завданні. Якщо на маршруті є приватні будинки,

опитування також проводилося з кроком 3 (якщо респондент був опитаний в будинку №1, то наступного слід шукати в будинку №3 і так далі). Побудова маршруту також передбачає обмеження:

- Опитування проводилося виключно в багатоквартирних будинках, або біля під'їздів, а також в приватних будинках.
- В одній секції багатоквартирного будинку або біля його входу може бути опитано не більше одного респондента, що входить або виходить з будівлі.
- Допускається проведення опитування не більше ніж 5 респондентів в одному багатоквартирному будинку, за умови, що будівля має 10 або більше секцій.

Заборонялося проводити опитування в парках, на зупинках громадського транспорту, біля магазинів тощо. Кожен маршрут контролювався за допомогою геолокації.

Мінімальна **тривалість інтерв'ю** становила 10 хв. 01 сек., максимальна – 31 хв. 59 сек. Заохочення респондентам не пропонувалось.

Етап збору інформації тривав 14-24 серпня 2025 р. Чисельність польової групи склала шість регіональних менеджерів та 28 інтерв'юерів.

Відсоток досяжності респондентів (**response rate**) склав 52,4%.

Контроль за виконанням здійснювався регіональними менеджерами, які звітували перед центральним офісом Групи Рейтинг про перебіг польового етапу, успіхи або складнощі польового етапу. Польові менеджери проводили вибіркове прослуховування записів інтерв'ю після їх завантаження на сервер. За результатами контролю відхилень від методики не виявлено.

Для збору інформації на кількісному етапі дослідження було використано **програмний комплекс EPOLL™**, який належить Соціологічній групі «Рейтинг» і включає в себе програму для проведення опитувань за допомогою планшетів на базі операційної системи Android та серверне програмне забезпечення для постановки завдання дослідження, обробки оперативної інформації, попереднього аналізу даних, контролю маршруту і якості роботи

інтерв'юерів, а також автоматичне формування масиву даних у форматі SPSS (.sav).

Результати опитування не зберігалися на планшеті. Інтерв'юер не міг переглядати результати опитування, виправляти результати тощо. Інтерв'юер опитував виключно у затвердженому порядку запитань анкети і не мав можливості перескакувати з питання на питання, пропускати питання тощо.

Планшет постійно підключений до інтернету (3G, 2G). Після успішного завершення інтерв'ю, його результати автоматично потрапляють на сервер і в масив даних SPSS проекту. У разі відсутності будь-якого з'єднання інтернету (відсутності мобільного зв'язку), результати опитування зберігаються (тимчасово) і потрапляють на сервер одразу після під'єднання до інтернету (відновлення мобільного зв'язку або приєднання до мережі WiFi).

EROLL підтримує всі можливі типи питань: закриті, у т.ч. з кількома альтернативами, відкриті, комбіновані (закрите питання містить альтернативу інше, яку можна розшифрувати). Програмне забезпечення також підтримує функції випадкової ротації альтернатив, запитань фільтрів, програмування логічних переходів і взаємовиключних альтернатив. Фіналізована анкета програмується в систему EROLL© для використання інтерв'юерами на своїх планшетах.

Аналіз даних

Результати кількісного дослідження були зібрані в електронний масив даних SPSS. За допомогою цього програмного пакета була здійснена обробка даних: побудовані одновимірні та двовимірні розподіли відповідей респондентів на запитання анкети (формат Excel).

У звіті був використаний описовий аналіз результатів кількісного опитування, передусім вивчаючи частотний розподіл відповідей серед різних категорій учасників. Зокрема, у звіті досліджувалися соціально-демографічні змінні (вік, стать, регіон), а також наявність людей з інвалідністю в найближчому оточенні.

Вимірювання загального **рівня стигматизації** було здійснено через побудову агрегованого індексу на основі відповідей респондентів на низку тверджень, що відображають ставлення до людей з інвалідністю

за шкалою APPD (Myong et al., 2021). Усі твердження шкали були сформульовані у вигляді оцінювальних суджень, з якими респонденти мають висловити ступінь згоди за 5-бальною шкалою Лікерта, загальний бал коливається від 14 до 70:

- 1 – зовсім не погоджуюся,
- 2 – скоріше не погоджуюся,
- 3 – у чомусь погоджуюся, у чомусь ні,
- 4 – скоріше погоджуюся,
- 5 – однозначно погоджуюся.

Нижче наведені пункти шкали 14 пунктів шкали APPD:

- люди з інвалідністю повинні жити з людьми без інвалідності в одній громаді;
- за умови належної підтримки, люди з інвалідністю можуть вести соціальне життя так само, як і люди без інвалідності;
- люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити там, де вони хочуть, і так, як вони хочуть;
- маючи достатню кваліфікацію, люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах;
- я не дозволю своїм дітям спілкуватися з людиною з інвалідністю;
- мені незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що я відчуваю, що маю їм допомагати;
- мені незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як до них ставитися;
- мені важко звертатися до людей з інвалідністю, тому що я відчуваю, що вони відрізняються від мене;
- якби в моїй сім'ї була людина з інвалідністю, я б не хотів, щоб про це дізналися інші;
- люди з інвалідністю вважають себе нещасливими;
- мені шкода людей з інвалідністю;
- я співчуваю людям з інвалідністю, коли їм потрібно докладати додаткових зусиль для виконання повсякденних завдань;
- люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до своєї інвалідності;
- люди з інвалідністю схильні залишати складні завдання людям без інвалідності.

1-4 пункти шкали APPD мають зворотне кодування, щоб гарантувати, що вищі загальні бали однаково вказують на більш негативне або стигматизуюче ставлення.

Середнє арифметичне розраховано з необроблених даних відповідей усіх респондентів опитування, зібраних за допомогою інструменту APPD (мінімальний бал – 14; максимальний бал – 70). Чисельник індексу необроблених балів: сума необроблених балів усіх респондентів опитування. Знаменник індексу необроблених балів: загальна кількість респондентів опитування.

Середнє арифметичне необробленого балу APPD перетворено на стандартизований бал індексу стигматизації в діапазоні від 0 до 100 за такою формулою:

Бал індексу стигматизації = (Необроблений бал - Мінімальний бал / (Максимальний бал - Мінімальний бал)) × 100 = (Необроблений бал - 14/56) × 100, де:

Необроблений бал = Спостережуваний бал, отриманий за допомогою вимірювання або анкети.

Мінімальний бал = Найнижчий можливий необроблений бал за шкалою (тут 14).

Діапазон балів = Загальний можливий розкид шкали (тут 70 - 14 = 56).

Оцінка стигматизації включає аналіз її регіональних та соціодемографічних відмінностей.

Оскільки попередні дослідження не встановлювали порогових значень для інтерпретації цього індексу, дослідницькою командою запропоновано наступну **градацію рівнів стигматизації** на основі квартильного розподілу шкали:

0-25 балів – низький рівень стигматизації,
25-50 балів – помірний рівень стигматизації,
50-75 балів – високий рівень стигматизації,
75-100 балів – дуже високий рівень стигматизації.

Цільовий рівень стигматизації для програм рекомендується встановлювати на рівні нижче 25 балів (низький рівень), що

відповідатиме спільноті з мінімальними проявами стигматизаційних установок щодо людей з інвалідністю.

З метою виокремлення окремих показників стигматизації та побудови підшкал на отриманих даних був проведений факторний аналіз. Це рішення базувалося на методологічному підході, застосованому авторами оригінальної шкали APPD у південнокорейському дослідженні серед працівників університетських лікарень. Автори методики Myong та колеги продемонстрували, що факторний аналіз дозволив їм виокремити чотири підшкали з первісно розробленої багатовимірної шкали ставлення до людей з інвалідністю: інтеграція у спільноті (community integration), дискомфорт (discomfort), милосердя (charitability) та відчуття тягаря (sense of burdening) (Myong et al., 2021).

У нашому дослідженні збір даних здійснювався в принципово іншому соціокультурному та популяційному контексті порівняно з оригінальним корейським дослідженням. Відмінність полягає у географічному та культурному контексті: оригінальне дослідження проводилось у Південній Кореї серед працівників університетських лікарень у 2018 році, тоді як наше дослідження реалізовувалось в Україні серед загального населення 6 областей у серпні 2025 року, в умовах повномасштабної війни. Корейські дослідники опитували медичних працівників, соціальних працівників, адміністративний персонал та волонтерів лікарень – тобто осіб, які професійно або систематично контактують з людьми з інвалідністю, тоді як наша вибірка представляє загальне населення України з різноманітним досвідом взаємодії з людьми з інвалідністю. Ці фундаментальні відмінності роблять необхідним емпіричну перевірку факторної структури шкали в українському контексті.

Факторний аналіз був проведений на всіх твердженнях шкали APPD, включених до анкети. Для визначення адекватності даних до факторного аналізу були застосовані стандартні статистичні критерії.

Міра адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна (Kaiser-Meyer-Olkin, КМО) оцінює, наскільки дані **придатні для факторного аналізу**, вимірюючи частку дисперсії змінних, яка може бути спричинена латентними факторами. Значення КМО від 0,8 і вище вважається відмінним, від 0,7 до 0,8 – добрим, від 0,6 до 0,7 – посереднім. Значення

нижче 0,5 вказує на те, що факторний аналіз може бути не придатним для даного набору даних (Kaiser, 1974).

Додатково був застосований **тест сферичності Бартлетта** (Bartlett's Test of Sphericity), який перевіряє нульову гіпотезу про те, що кореляційна матриця є одиничною матрицею, тобто що змінні не корелюють між собою. Статистично значуще відхилення цієї гіпотези ($p < 0.05$) свідчить про наявність достатніх кореляцій між змінними для проведення факторного аналізу. Тест базується на хі-квадрат статистиці і є критично важливим для підтвердження того, що змінні дійсно пов'язані між собою і можуть бути згруповані у латентні фактори (Bartlett, 1951).

Факторна модель була отримана за допомогою **методу Varimax** – ортогонального обертання факторів, яке максимізує дисперсію факторних навантажень для кожного фактору. Метод Varimax прагне створити «просту структуру», де кожна змінна має високе навантаження на один фактор і низькі навантаження на інші фактори (Kaiser, 1958). Це полегшує інтерпретацію факторів, роблячи їх більш чіткими та змістовно відокремленими. Вибір Varimax обертання у нашому дослідженні обумовлений його широким визнанням у психометричних дослідженнях та здатністю продукувати факторні структури, які легко інтерпретуються.

Кумулятивний відсоток пояснюваної дисперсії використовувався для оцінки загальної адекватності факторної моделі. Загальноприйнято, що факторна структура, яка пояснює 50-60% загальної дисперсії відповідей у соціальних науках, вважається задовільною (Hair et al., 2006). В оригінальному корейському дослідженні чотирифакторна модель пояснювала 52.061% дисперсії, що встановлює стандарт для порівняння з результатами українського дослідження.

На основі тверджень, що увійшли до виявлених факторів, були побудовані підшкали у вигляді стандартизованих індексів – стандартизований бал індексу в діапазоні від 0 до 100 шляхом перетворення середнього арифметичного балу відповідних пунктів шкали APPD. Обчислення окремих індексів для різних вимірів стигматизації, що забезпечує більш нюансоване розуміння установок українського населення.

Рівень соціальної дистанції є показником готовності респондентів до безпосередньої взаємодії з людьми з інвалідністю, що визначає готовність громадськості до збільшення рівня інклюзивності суспільства. Усі твердження сформульовані у вигляді оцінювальних суджень про рівень близькості, на який респонденти готові прийняти осіб з інвалідністю, а саме як сусідів, знайомих, колег по роботі, друзів, партнерів / близьких людей. Респонденти висловлювали ступінь згоди за 10-бальною шкалою: від 1 («зовсім недопустимо») до 10 («повністю допустимо»). Всі відповіді кодуються числовими значеннями від 1 до 10 відповідно до шкали. Індекс був розрахований як середнє арифметичне по відповідях респондента на всі релевантні твердження, що входять до індексу. Значення індексу варіюються в межах від 1 до 10: чим менше значення, тим більший рівень соціальної дистанції до людей з інвалідністю.

Для виявлення зв'язків між показниками сприйняття людей з інвалідністю (загальне ставлення, емоційні реакції, соціальна дистанція, оцінка можливостей тощо) та демографічними та іншими характеристиками респондентів (стать, регіон проживання, тип населеного пункту, рівень освіти, рівень доходу, наявність людей з інвалідністю в оточенні) використовувався кореляційний аналіз. Порядкові змінні розглядалися як псевдометричні з припущенням рівних інтервалів між категоріями. За таких умов використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона (Pearson's r). Для аналізу зв'язків із номінальними змінними застосовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (Spearman's).

Етичні аспекти

Соціологічне опитування реалізовано з дотриманням принципу добровільної та інформованої згоди респондентів. Перед початком інтерв'ю учасникам надавалась повна інформація про мету дослідження, умови участі, можливість відмови на будь-якому етапі, а також про порядок обробки та збереження їхніх персональних даних. Опитування передбачало отримання усної згоди респондента перед початком інтерв'ю (див. Додаток Б). Його участь була повністю добровільною, з правом перервати розмову у будь-який момент без пояснення причин. Уся інформація, отримана в ході опитування, була

оброблена конфіденційно та використана виключно в узагальненому вигляді.

Усі інтерв'юери та модератори пройшли попереднє навчання з питань етики соціологічних досліджень, взаємодії з респондентами та захисту персональних даних. Особливий акцент у навчанні був зроблений на дотриманні поваги до респондента, уникненні тиску чи нав'язування думки, а також коректному реагуванні на емоційні або чутливі відповіді.

Етичні засади дослідження розроблені на базі кодексу професійної етики соціолога САУ. Під час проведення дослідження Соціологічна група «Рейтинг» дотримуватиметься Загального регламенту захисту даних ЄС (GDPR) та Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010, усіх галузевих правил, визначених CASRO та Кодексом ICC/ESOMAR. Для захисту персональної інформації були застосовані суворі заходи безпеки та захисту даних із дотриманням українського та міжнародного законодавства та правил захисту даних.

Під час проведення опитувань Соціологічна група «Рейтинг» збирала лише ті персональні дані респондентів, які необхідні для їхньої ідентифікації, побудови маршруту та контролю проведення опитувань. Жодні особисті дані респондентів (ім'я, номер телефону чи інші контактні дані, адреса) не пов'язані з даними, зібраними під час дослідження.

Для персоналу Соціологічної групи «Рейтинг» етика проектів, а також безпека та захист даних є критично важливими та є частиною загальної організаційної культури. Кожен співробітник Соціологічної групи «Рейтинг» працює відповідно до кодексу поведінки ESOMAR (<https://www.esomar.org/what-we-do/code-guidelines>) і дотримується GDPR. Кожен працівник проходить систематичне навчання з етичних та інших аспектів збору, управління та захисту даних (включно з використанням і зберіганням даних) при працевлаштуванні (вступний інструктаж) і під час підвищення кваліфікації.

Загальний набір персональних даних, отриманих під час опитування, доступний лише обмеженій групі працівників, уповноважених працювати з цими даними. Такі дані зберігаються на захищених серверах з обмеженим доступом і максимальним рівнем захисту.

Інтерв'юери та неавторизовані працівники не мають доступу до цієї інформації. Сервери компанії оснащені останньою версією брандмауера.

Дані зберігались на високозахищених серверах під цілодобовим моніторингом. Відповідно до правил, які діють в компанії, ці дані зберігатимуться протягом року після їх публікації, після чого всі дані буде остаточно видалено.

Дані респондентів, зібрані інтерв'юєрами, в узагальненому вигляді зберігаються у програмному забезпеченні (EPOOL та SPSS), що знаходиться на серверах Соціологічної групи «Рейтинг».

Після завершення етапу збору даних на місцях і етапу контролю якості даних зібрані дані було повністю анонімізовано протягом тижня для подальшої обробки та підготовки звітів.

На етапі обробки та аналізу даних жодні персональні дані (імена, адреси, контакти тощо) не містились міститися у масивах даних, не були доступні відповідним працівникам Соціологічної групи «Рейтинг» та не були надані Замовнику або будь-якій іншій стороні.

Усі дані, які проаналізовані та представлені в частотних таблицях і звітах, є анонімними.

Висновок етичної комісії

Висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України №08/08 був отриманий 08 серпня 2025 року. У Висновку зазначено, що підходи, заплановані у «Соціологічному дослідженні для оцінки рівня стигматизації осіб з інвалідністю» забезпечують дотримання прав, людської гідності та морально-етичних норм у відповідності до Міжнародного процесуального кодексу маркетингових і соціальних досліджень ICC/ESOMAR, та відповідають етичним засадам, що сформульовані в Кодексі професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України (*див. Додаток В*).

Обмеження методології

Станом на час опитування обсяг генеральної сукупності мешканців шести досліджуваних областей не був достеменно відомим, зокрема через виїзд частини громадян за кордон після повномасштабного

вторгнення. Для розрахунку вибірки були використані останні доступні дані від Державної служби статистики України станом на 01 січня 2022 року.

Додатковим обмеженням дослідження є зосередженість кабінетного етапу дослідження на англомовних та україномовних публікаціях, що могло виключити релевантні дослідження іншими мовами.

У дослідженні не вимірювалась інтерналізована стигма (самостигматизація) людей з інвалідністю.

Зважаючи на чутливість теми стигматизації, респонденти могли надавати відповіді, які відповідають соціальним нормам та очікуванням, що могло вплинути на точність отриманих даних про ставлення до людей з інвалідністю.

Частка людей з інвалідністю у вибірці дослідження (10,7%) є більшою, ніж середня по країні за даними станом на 01.01.2022 (6,6%). Орієнтовна оцінка, надана колишньою міністеркою соціальної політики О. Жолнович, вказує на зростання кількості людей з інвалідністю з 2 725 826 осіб у 2021 році до більше 3 млн. у 2024 році. На цей момент неможливо оцінити частку людей з інвалідністю у структурі населення України через відсутність достовірних даних про загальну чисельність населення України, яка змінилась внаслідок вимушеної міграції. Частка людей з інвалідністю у вибірці дослідження може не відповідати реальній частці людей з інвалідністю серед населення України.

РЕЗУЛЬТАТИ

1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ РЕСПОНДЕНТІВ

Опитування охопило 600 респондентів з різних регіонів України. Нижче представлено детальну характеристику учасників дослідження. Розподіл респондентів за областями, типом населеного пункту та віковими групами відповідає офіційним даним Державної служби статистики України станом на 01.01.2022.

Географічний розподіл. Респонденти були опитані у шести областях України: Дніпропетровська, Одеська (далі об'єднані у Південно-східний регіон), Житомирська, Черкаська (далі об'єднані у Центральний регіон), Рівненська та Івано-Франківська (далі об'єднані у Західний регіон). Найбільша частка респондентів представляла Південно-Східний регіон – 320 осіб (53,3% вибірки), з них 184 особи (30,7%) з Дніпропетровської області та 136 осіб (22,7%) з Одеської області. Західний регіон був представлений 141 респондентом (23,5%), зокрема 78 осіб (13,0%) з Івано-Франківської області та 63 особи (10,5%) з Рівненської області. Центральний регіон охопив 139 респондентів (23,2%): 69 осіб (11,5%) з Житомирської області та 70 осіб (11,7%) з Черкаської області.

Тип населеного пункту. Обласні центри представлені 174 респондентами (29,0%), інші міста – 220 респондентами (36,7%), села – 206 респондентами (34,3%).

Віковий склад. Наймолодша вікова група (18-35 років) представлена 173 особами (28,8%), середня вікова група (36-50 років) – 184 особами (30,7%), найстарша група (51 рік і старше) – 243 особами (40,5%). Переважання старшої вікової групи відображає демографічну структуру України з її старіючим населенням та дозволяє врахувати установки різних поколінь, що формувалися в різних соціально-історичних контекстах.

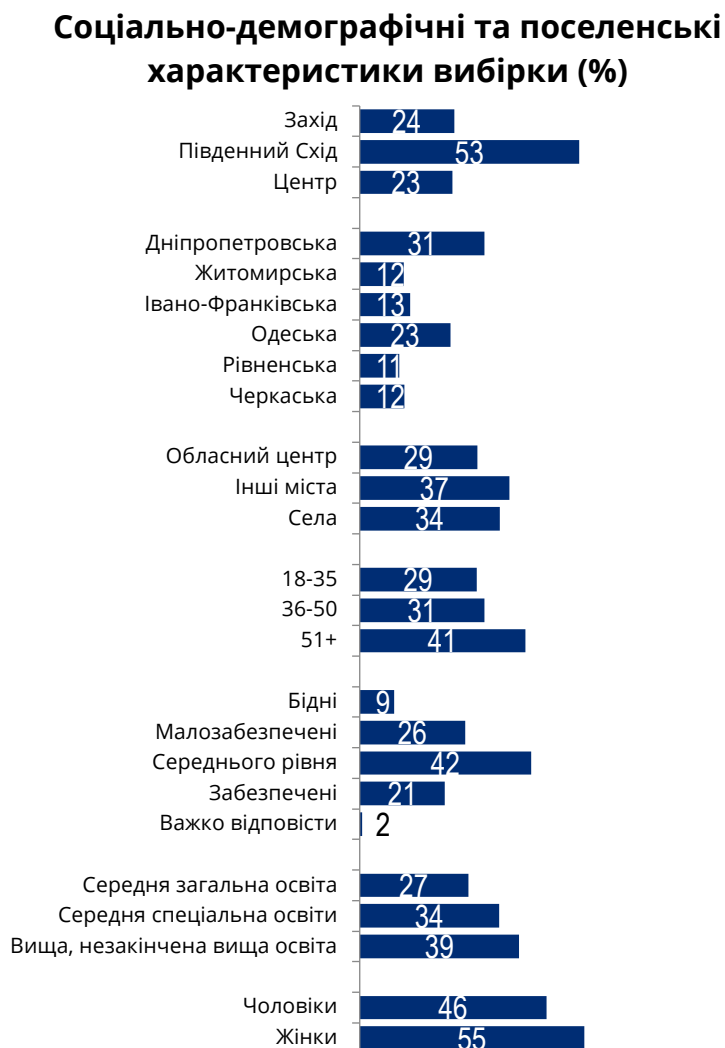
Матеріальне становище. Респондентам пропонувалося обрати одне з п'яти тверджень, що найкраще характеризує їхнє матеріальне становище. До категорії бідних («не вистачає коштів навіть на продукти харчування») віднесли себе 55 осіб (9,2%). До малозабезпечених («на повсякденні витрати вистачає, але купувати одяг вже складно») – 157 осіб (26,2%). Найбільшу групу становлять

респонденти середнього рівня достатку («в основному вистачає, але для купівлі дорогих предметів треба економити або позичати») – 251 особа (41,8%). До забезпечених віднесли себе 128 осіб (21,3%), з них 114 осіб (19,0%) зазначили, що «майже на все вистачає, але купівля квартири, будинку є недоступною», а 14 осіб (2,3%) вказали, що «практично ні в чому собі не відмовляємо». Дев'ять респондентів (1,5%) не змогли визначитися з відповіддю.

Рівень освіти. Початкову або неповну середню освіту мають 9 осіб (1,5%), середню загальну освіту (школа, ПТУ) – 152 особи (25,3%), середню спеціальну (технікум) – 205 осіб (34,2%), вищу або незакінчену вищу освіту – 234 особи (39,0%).

Гендерний склад. Чоловіки становлять 273 особи (45,5%), жінки – 327 осіб (54,5%).

Рис. 1.1



У структурі вибірки спостерігаються значні відхилення за регіональною ознакою порівняно з даними всеукраїнської вибірки, зокрема зміщення у бік регіонів Південного Сходу. За типом поселення зафіксовано помірні відхилення, що виражаються у зміщенні вибірки у бік малих міст. Вікова структура вибірки демонструє незначні відхилення від генеральної сукупності. Розподіл респондентів за віковими групами загалом відповідає структурі дорослого населення досліджуваних регіонів, що забезпечує адекватну репрезентацію різних вікових категорій у результатах дослідження. Співвідношення чоловіків і жінок у вибірці повністю відповідає статевій структурі генеральної сукупності. Відхилення за статевою ознакою відсутні, що свідчить про збалансовану представленість обох статей у дослідженні.

Таблиця 1.1 Соціально-демографічні характеристики вибірки дослідження та загальноукраїнської вибірки (у розрахунку на 600 респондентів) (N)

	Дослідження (6 областей)	Україна
Загальна кількість респондентів	600	600
Захід	141	182
Південний Схід	320	188
Центр	139	230
Обласний центр	174	212
Інші міста	220	187
Села	206	201
18-35	173	166
36-50	184	172
51+	243	262
Чоловіки	273	273
Жінки	327	327

Досвід контакту з людьми з інвалідністю. Критично важливою характеристикою вибірки є досвід респондентів у взаємодії з людьми з інвалідністю. Абсолютна більшість респондентів (68,5%, 411 осіб) мають у своєму оточенні цивільних людей з інвалідністю різного ступеня близькості. Зокрема, 64 особи (10,7%) самі мають інвалідність, 153 особи (25,5%) мають членів сім'ї з інвалідністю, 202 особи (33,7%)

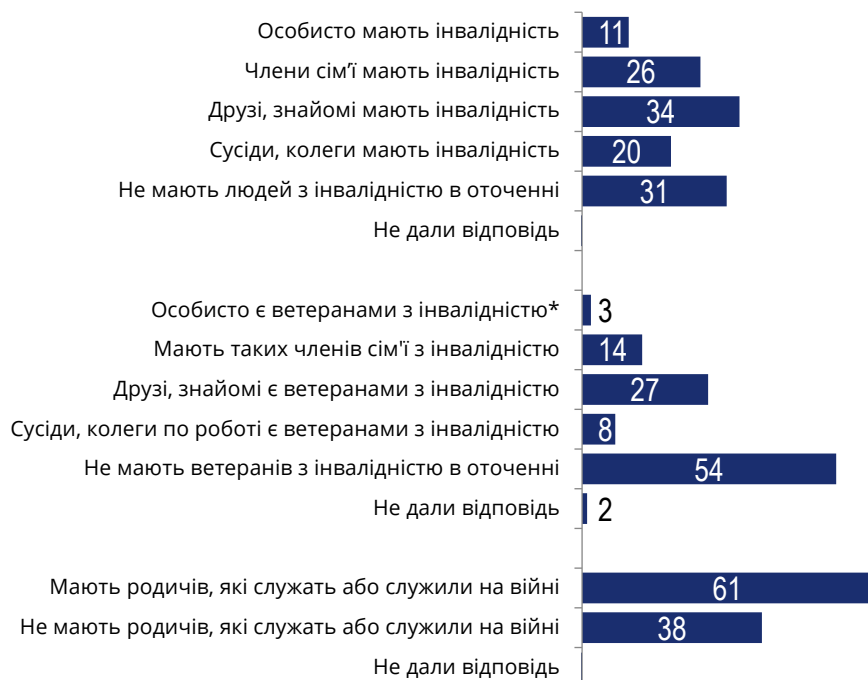
мають друзів або знайомих з інвалідністю, 117 осіб (19,5%) мають сусідів або колег з інвалідністю. Лише 186 респондентів (31,0%) зазначили, що не мають людей з інвалідністю у своєму оточенні, троє (0,5%) не дали відповіді на це питання. Високий відсоток респондентів з досвідом контакту свідчить про значну присутність людей з інвалідністю в українському соціальному просторі та дозволяє очікувати більш реалістичних та менш стереотипних установок у значної частини вибірки.

Присутність ветеранів з інвалідністю в оточенні респондентів є помітно нижчою порівняно з цивільними людьми з інвалідністю. Загалом 306 респондентів (51,0%) мають у своєму оточенні ветеранів з інвалідністю. Із них 17 осіб (2,8%) самі є ветеранами з інвалідністю, 81 особа (13,5%) має членів сім'ї, які є ветеранами з інвалідністю, 163 особи (27,2%) знають друзів або знайомих-ветеранів з інвалідністю, 47 осіб (7,8%) мають сусідів або колег-ветеранів з інвалідністю. Водночас 322 респонденти (53,7%) зазначили, що не мають ветеранів з інвалідністю у своєму оточенні, 12 осіб (2,0%) утрималися від відповіді. Через обмежену чисельність вибірки ветеранів з інвалідністю (N=17), ця категорія була об'єднана з категорією респондентів, які мають членів сім'ї-ветеранів з інвалідністю (N=81), що дозволило сформулювати статистично достатню групу для аналізу (N=98).

Окрема увага приділялася з'ясуванню ширшого контексту зв'язку респондентів з війною через наявність близьких родичів, які служать або служили в лавах Збройних Сил України. Абсолютна більшість респондентів – 368 осіб (61,3%) – мають таких родичів, що свідчить про глибоке проникнення досвіду війни в українське суспільство. Лише 230 осіб (38,3%) не мають близьких родичів серед військовослужбовців, двоє респондентів (0,3%) не дали відповіді.

Рис. 1.2

Досвід контакту з людьми з інвалідністю (%)

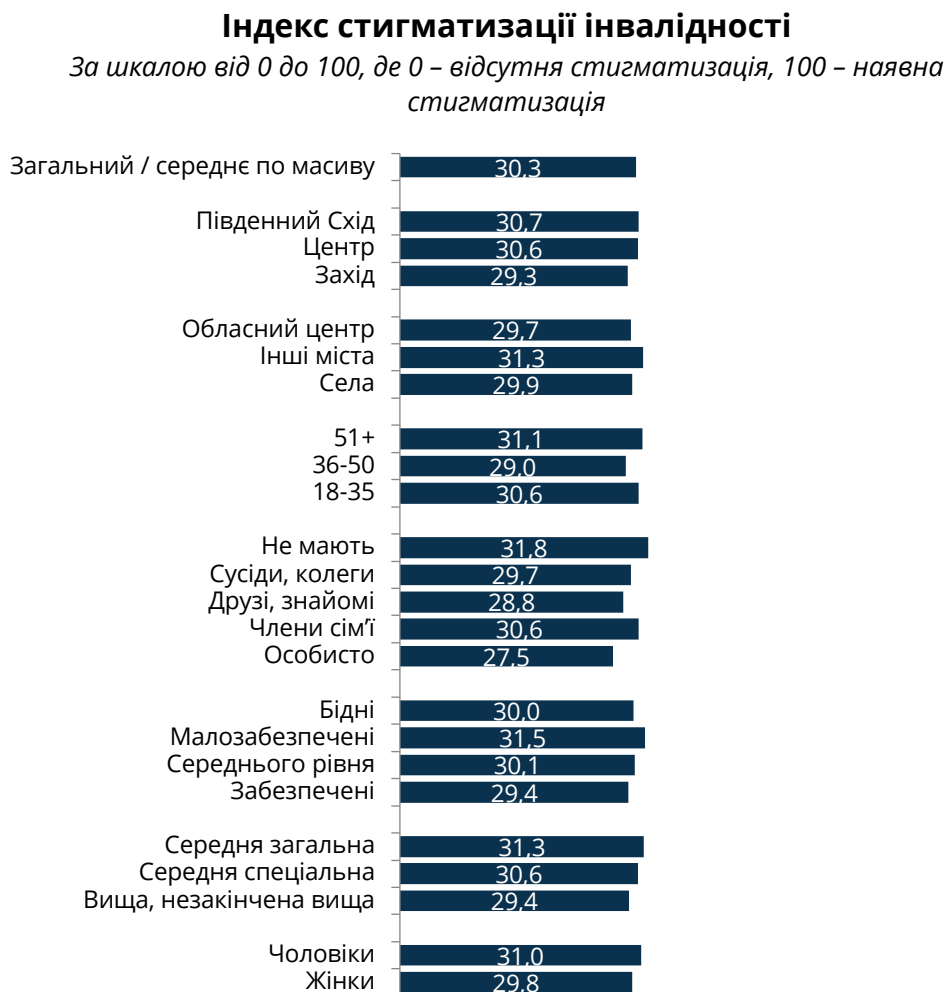


2. РІВЕНЬ ТА СТРУКТУРА СТИГМАТИЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

За результатом дослідження, Індекс стигматизації інвалідності складає 30 балів. Для перевірки взаємозв'язку між рівнем соціальної дистанції та проявами стигматизації було проведено кореляційний аналіз між побудованими індексами із використанням коефіцієнта кореляції. Він показав відсутність зв'язку Індексу стигматизації з місцем проживання (регіон, тип поселення), віком, статтю, рівнем освіти та доходом. Водночас було зафіксовано статистично значущий зв'язок між Індексом стигматизації та наявністю інвалідності. Хоча за коефіцієнтом кореляції⁴ сила цього зв'язку є слабкою, результати свідчать про тенденцію до зниження рівня стигматизації у випадку особистого досвіду інвалідності. Зокрема, серед респондентів, які мають інвалідність, середнє значення індексу стигматизації становить 27,5 бала.

⁴ $s = -0,094$, $p = 0,021$ (коефіцієнт Спірмена)

Рис.2.1



З метою виокремлення окремих показників стигматизації та побудови підшкел на отриманих даних був проведений факторний аналіз. Статистичні критерії засвідчили адекватність даних для факторного аналізу⁵. Факторна модель виявилась тотожною тій, що була отримана розробниками шкали APPD. Ця модель описує 52% дисперсії, що відповідає результатам, отриманими авторами оригінальної шкали (Myong et al., 2021). Виключенням стало твердження «Я не дозволю своїм дітям спілкуватися з людиною з інвалідністю» – у базовій моделі розробників воно увійшло до фактору «Інтеграція у спільноту», у моделі, побудованій на українських даних – до фактору «Дискомфорт».

⁵ КМО = 0.691; коефіцієнт сферичності Бартлетта значущий на рівні $p < 0.001$

Таблиця 2.1 Факторні навантаження

Твердження	Фактори			
	Дискомфорт	Інтеграція у спільноту	Милосердя	Почуття тягара
Мені незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як до них ставитися	0,846	0,063	0,044	0,049
Мені незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що я відчуваю, що маю їм допомагати	0,776	0,017	-0,021	0,018
Мені важко звертатися до людей з інвалідністю, тому що я відчуваю, що вони відрізняються від мене	0,712	0,129	0,032	0,086
Я не дозволю своїм дітям спілкуватися з людиною з інвалідністю	0,398	0,349	0,073	-0,149
Якби в моїй сім'ї була людина з інвалідністю, я б не хотів, щоб про це дізналися інші	0,323	0,127	-0,020	0,190
За умови належної підтримки, люди з інвалідністю можуть вести соціальне життя так само, як і люди без інвалідності*	0,141	0,711	-0,016	0,019
Люди з інвалідністю повинні жити з людьми без інвалідності в одній громаді*	0,016	0,704	-0,078	0,093
Маючи достатню кваліфікацію, люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах*	0,070	0,649	-0,023	0,146
Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити там, де вони хочуть, і так, як вони хочуть*	0,132	0,648	0,002	-0,101
Мені шкода людей з інвалідністю	-0,037	-0,023	0,842	-0,006
Я співчуваю людям з інвалідністю, коли їм потрібно докладати додаткових зусиль для виконання повсякденних завдань	-0,062	-0,122	0,787	0,017
Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими	0,159	0,055	0,525	0,206
Люди з інвалідністю схильні залишати складні завдання людям без інвалідності	0,089	0,072	0,004	0,826
Люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до своєї інвалідності	0,068	-0,005	0,204	0,774

*твердження були обернені відповідно до методики

У результаті були виокремлені 4 фактори, на основі яких побудовані підшкали. Назва факторів та підшкал запозичена з дослідження розробників методики APPD:

- **Інтеграція у спільноту.** До цього фактору увійшли твердження «Люди з інвалідністю повинні жити з людьми без інвалідності в

одній громаді», «За умови належної підтримки, люди з інвалідністю можуть вести соціальне життя так само, як і люди без інвалідності», «Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити там, де вони хочуть, і так, як вони хочуть» та «Маючи достатню кваліфікацію, люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах».

- **Дискомфорт.** До цього фактору увійшли твердження «Мені незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що я відчуваю, що маю їм допомагати», «Мені незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як до них ставитися», «Мені важко звертатися до людей з інвалідністю, тому що я відчуваю, що вони відрізняються від мене», «Якби в моїй сім'ї була людина з інвалідністю, я б не хотів, щоб про це дізналися інші», «Я не дозволю своїм дітям спілкуватися з людиною з інвалідністю».
- **Милосердя.** До цього фактору увійшли твердження «Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими», «Мені шкода людей з інвалідністю», «Я співчуваю людям з інвалідністю, коли їм потрібно докладати додаткових зусиль для виконання повсякденних завдань».
- **Почуття тягаря.** До цього фактору увійшли твердження «Я співчуваю людям з інвалідністю, коли їм потрібно докладати додаткових зусиль для виконання повсякденних завдань», «Люди з інвалідністю схильні залишати складні завдання людям без інвалідності».

Виокремлення факторів дозволило виявити найбільш **ключові складові стигматизації**, які найбільшою мірою підвищують загальний Індекс стигматизації. Найвищим виявився Індекс **милосердя** (70 балів), що може відображати схильність до об'єктивізації. Вагомим фактором є **почуття тягаря** (54 бали), за яким люди з інвалідністю постають як такі, що можуть обтяжувати як суспільство в цілому, так і їхнє найближче оточення зокрема. Натомість інші аспекти стигматизації мають значно нижчі показники: Індекс **інтегрованості** у спільноту дорівнює 9 балів, а почуття **дискомфорту** – 16 балів.

Таблиця 2.2 Складові стигматизації та їхня проявленість

Назва Індексу	Показник індексу
Милосердя	70
Відчуття тягара	54
Дискомфорт	16
Інтегрованість у спільноту	9
Загальний Індекс стигматизації	30

3. ДОСВІД КОНТАКТУ, СОЦІАЛЬНА ДИСТАНЦІЯ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ЗІ СТИГМАТИЗАЦІЄЮ

У повсякденному житті 32% респондентів бачать людей з інвалідністю дуже часто, майже кожного дня, 32% – часто, 30% – рідко, 1% – ніколи або майже ніколи (N=600).

Найчастіше людей з інвалідністю бачать ті, хто має таких людей серед найближчого оточення. Окрім того, людей з інвалідністю частіше помічають опитані середнього (35-50 років: 39% – дуже часто, 34% – часто) і старшого віку (34% – дуже часто, 35% – часто), ніж молодь⁶, бідні (40%), малозабезпечені (36%) та опитані середнього рівня статку (33%)⁷ (див. табл. 1.1 у Додатку Д).

Рис. 3.1

Як часто в повсякденному житті Ви бачите людей з інвалідністю? (%)
N=600



Серед тих респондентів, які бачать людей з інвалідністю (N=410), 82% зазначають, що частіше це трапляється на вулицях міста або села, 59% – в магазинах. Окрім того, 48% стикаються з такими людьми в громадському транспорті, 43% – у парках, громадських просторах, 30%

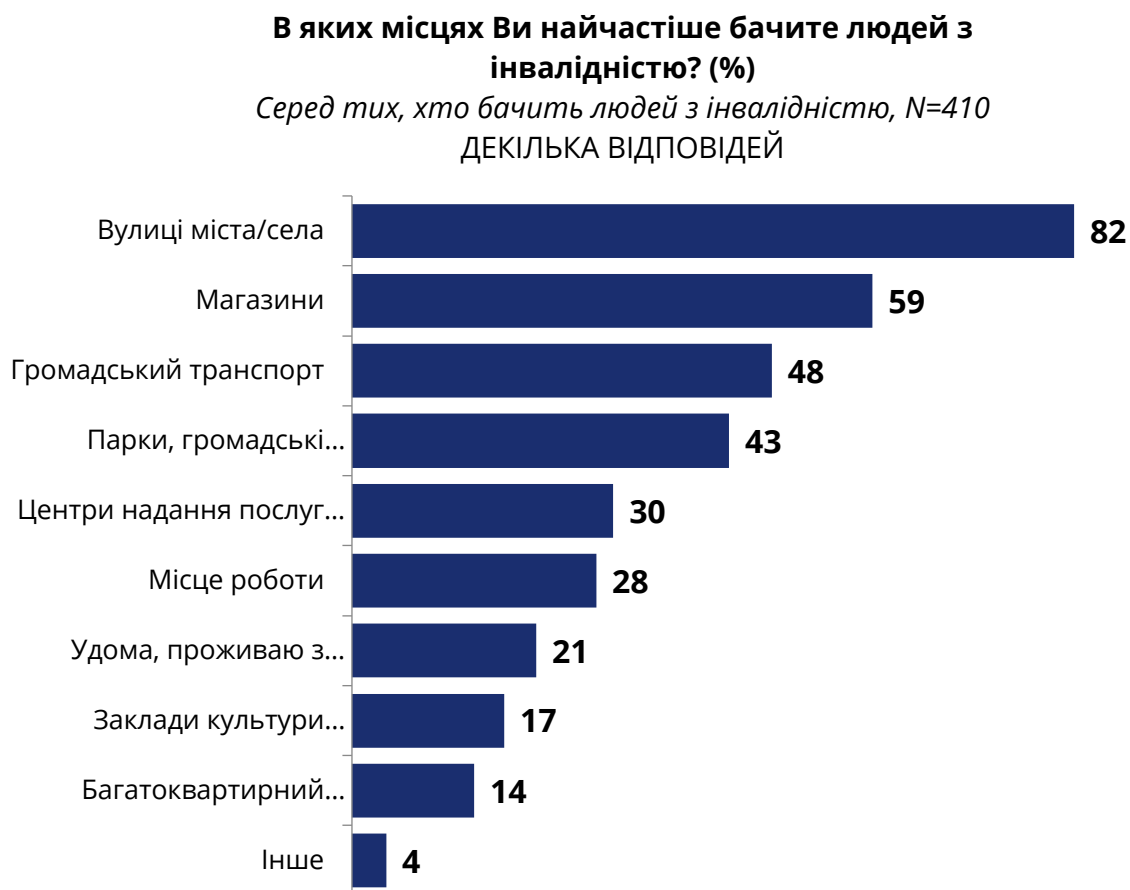
⁶ $r = 0,102$, $p = 0,013$ (коефіцієнт Пірсона)

⁷ $r = -0,088$, $p = 0,031$ (коефіцієнт Пірсона)

– у центрах надання послуг (ЦНАП, банки, пошта), 28% – на місці роботи. Дещо рідше опитані бачать людей з інвалідністю вдома, оскільки проживають з ними (21%), у закладах культури (театри, клуби, кінотеатри; 17%). Рідше за все це трапляється у багатоквартирному будинку, де проживає респондент – 14%.

Результати дослідження засвідчили наявність статистично значущого зв'язку між рівнем стигматизації та видимістю людей з інвалідністю: чим частіше опитані мають досвід контакту із людьми з інвалідністю, тим нижчим є рівень стигматизації⁸. Хоча коефіцієнт кореляції вказує на слабкий зв'язок, проте його значущість показує наявність тенденції (див. табл. 1.2 у Додатку Д).

Рис. 3.2



Для визначення готовності респондентів до інклюзії людей з інвалідністю була застосована адаптована шкала SDS, яка вимірює соціальну дистанцію до них. Кожне питання оцінювало рівень готовності респондентів прийняти людину з інвалідністю у різних соціальних ролях:

⁸ $r = -0,091$, $p = 0,027$ (коефіцієнт Пірсона)

- як сусіда;
- як знайомого;
- як друга;
- як колегу по роботі;
- як партнера / близьку людину.

Відповіді фіксувались за шкалою від 0 до 10, де 0 означало зовсім недопустимо, 10 – повністю допустимо. Результати дослідження показали у цілому готовність опитаних до інклюзії людей з інвалідністю у публічному просторі: повністю приймають їх як сусідів (10 за 10-бальною шкалою) 90% опитаних, як знайомих – 90%, як друзів – 90%. Дещо гіршими є показники сприйняття людей з інвалідністю як колег по роботі (10 балів поставили 86% респондентів), а як партнерів, близьких людей – 75% (N=600 для кожної позиції). Молодь (18-35 років)⁹ поставилась дещо критичніше до того, щоб допустити, що людина з інвалідністю може стати їхнім партнером, близькою людиною (див. табл. 1.3 у Додатку Д).

Рис. 3.3



Для перевірки взаємозв'язку між рівнем соціальної дистанції та проявами стигматизації було проведено кореляційний аналіз між побудованими індексами із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона.

⁹ $s = 0,172$, $p = 0,000$ (коефіцієнт Спірмена)

Результати показали наявність статистично значущого зв'язку між цими змінними¹⁰ (див. табл. 1.4 у Додатку Д). Отже, зі зростанням рівня соціальної дистанції збільшується і рівень стигматизації людей з інвалідністю. Хоча сила зв'язку є помірною, що пов'язано насамперед з низьким рівнем соціальної дистанції до людей з інвалідністю в цілому, його статистична значущість підтверджує, що виявлений ефект не є випадковим.

4. РІВЕНЬ ДЕКЛАРАТИВНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ПРОЄКТИВНІ ОЦІНКИ СТАВЛЕННЯ СУСПІЛЬСТВА ДО ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Дослідження зафіксувало високий рівень декларативної толерантності мешканців опитаних областей: 88% опитаних однозначно погоджуються з тим, що люди з інвалідністю є повноправними членами суспільства, ще 8% скоріше погоджуються. Тією чи іншою мірою незгодні з цим твердженням 3% респондентів. Рівень декларативної толерантності має статистично значущу відмінність тільки за статтю¹¹ (див. табл. 1.5 у Додатку Д): жінки частіше повністю погоджуються з наведеним твердженням (90%), ніж чоловіки (95%).

Рис. 4.1



Щоб уникнути зміщення результатів через соціально бажані відповіді, у дослідженні застосовано проєктивну методику: учасники оцінювали ставлення до людей з інвалідністю не від власного імені, а від імені суспільства загалом та свого найближчого оточення.

¹⁰ $r = -0,254$, $p = 0,000$ (коефіцієнт Пірсона)

¹¹ $s = -0,082$, $p = 0,045$ (коефіцієнт Спірмена)

Цікавим є те, як респонденти визначають ставлення до людей з інвалідністю усього суспільства в цілому, а також їхнього оточення зокрема. Із результатів бачимо, що найближче оточення респондентів, за їхніми словами, демонструє значно краще ставлення до людей з інвалідністю – як до ветеранів (у цілому про таке ставлення їхнього оточення повідомили 86%), так і до цивільних (про це у цілому відповіли 81%). Натомість, оцінка респондентами ставлення суспільства до людей з інвалідністю є більш песимістичною: у цілому позитивного ставлення до ветеранів з інвалідністю очікують 59% опитаних, до цивільних – 35% опитаних. Тут же фіксується і значуща частка респондентів, які вважають, що суспільство ставиться до таких людей негативно у цілому (на відміну від оцінки ставлення оточення, де майже не було зафіксовано повідомлення про негативне ставлення) – 14% – до ветеранів з інвалідністю, 18% – до цивільних з інвалідністю. Окрім того, ставлення до ветеранів з інвалідністю є в цілому більш позитивним: як у випадку оцінок ставлення суспільства, так і у випадку оцінок ставлення найближчого оточення. Існують деякі статистично значущі відмінності в оцінках ставлення до людей з інвалідністю, проте зв'язок між змінними є слабким. Так, простежуються відмінності за типом поселення: у селах частіше зазначають, що українське суспільство більш прихильно ставиться до людей з інвалідністю, ніж у містах¹². Матеріальне становище також відіграє роль: забезпечені та опитані середнього рівня статку частіше очікують, що до людей з інвалідністю (як цивільних, так і ветеранів) і українське суспільство¹³, і їхнє оточення¹⁴ ставиться позитивно (див. табл. 1.6-9 у Додатку Д).

Водночас особистий досвід інвалідності або наявність людей з інвалідністю серед найближчого оточення (друзі або знайомі) пов'язаний з критичнішим сприйняттям: такі респонденти частіше зазначають менш позитивне ставлення як з боку українського суспільства¹⁵, так і з боку найближчого оточення¹⁶ (див. табл. 1.10-11 у Додатку Д).

¹² $r = 0,093$, $p = 0,028$ (коефіцієнт Пірсона)

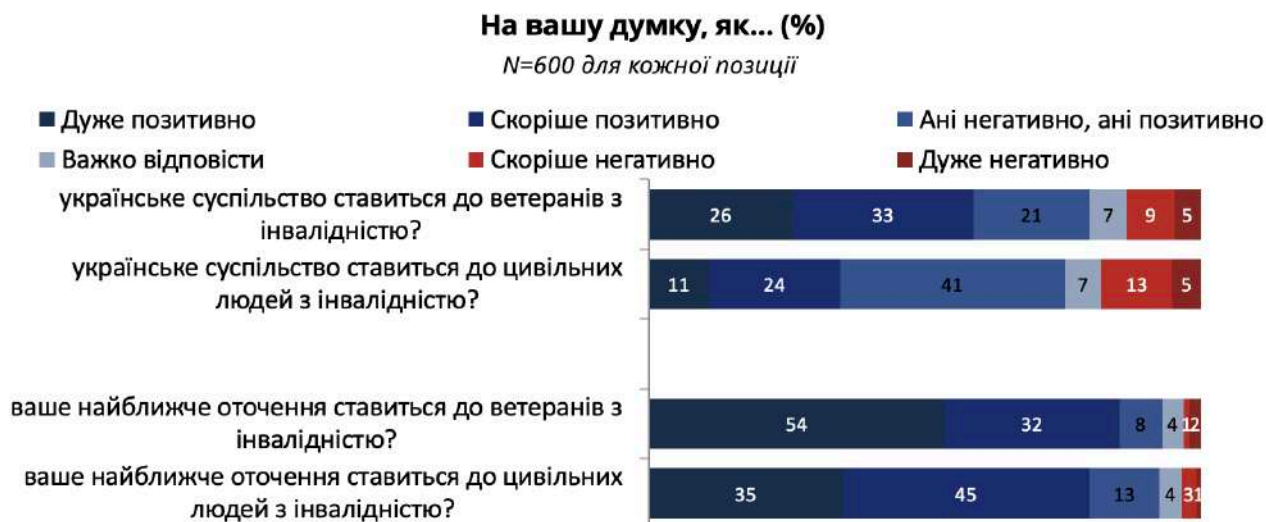
¹³ $r = 0,126$, $p = 0,003$ (коефіцієнт Пірсона)

¹⁴ $r = 0,086$, $p = 0,040$ (коефіцієнт Пірсона)

¹⁵ $s = -0,130$, $p = 0,002$ (коефіцієнт Спірмена)

¹⁶ $s = -0,142$, $p = 0,001$ (коефіцієнт Спірмена)

Рис. 4.2



За очікуваннями респондентів, ставлення до ветеранів з інвалідністю відрізняється від ставлення до цивільних з інвалідністю.

5. ЕМОЦІЙНІ РЕАКЦІЇ РЕСПОНДЕНТІВ НА ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

У ході дослідження було досліджено **емоційний аспект ставлення респондентів до людей з інвалідністю** – відповідь на питання «Що Ви в першу чергу відчуваєте, коли Ви зустрічаєте цивільну людину з інвалідністю» (N=600). Опитані зазначають, що цивільні люди з інвалідністю викликають у них насамперед співчуття (73%).

Другим за поширенням почуттям до цивільних з інвалідністю є жаль – про нього відповіли 36% опитаних. Частіше його відчувають мешканці Центру (42%) і Південного Сходу¹⁷ (38%) (див. табл. 1.13 у Додатку Д).

Сум / печаль став третім за поширеністю почуттям опитаних при зіткненні з цивільною людиною з інвалідністю. Частіше про це говорили мешканці Заходу (33%) і Центру (31%)¹⁸ (див. табл. 1.14 у Додатку Д).

Інші почуття щодо цивільних людей з інвалідністю проявляються значно рідше: у 9% опитаних – розгубленість, у 8% – вдячність, у 4% – гордість, у 3% – напруга, у 1% – байдужість, страх або провина. 2% опитаних зазначили, що нічого не відчувають.

¹⁷ $s = 0,100$, $p = 0,014$ (коефіцієнт Спірмена)

¹⁸ $s = -0,122$, $p = 0,003$ (коефіцієнт Спірмена)

Значну відмінність мають **почуття**, які виникають у респондентів при зустрічі з **ветеранами з інвалідністю** (N=600): 64% повідомлять про вдячність. Частіше це жінки¹⁹ (69%) (див. табл. 1.15 у Додатку Д).

Менша частка респондентів переживають співчуття до ветеранів з інвалідністю (47%). Опитані які особисто мають інвалідність або серед членів сімей яких є ветерани з інвалідністю, зазначають про співчуття дещо рідше²⁰ (38%) (див. табл. 1.16 у Додатку Д).

Третім за поширеністю стало почуття гордості при зустрічі з ветеранами з інвалідністю (37%). Частіше про це відповідали мешканці сіл²¹ (42%), люди молодого (18-35 років: 42%) і середнього (36-50 років: 39%) віку²², більш забезпечені (39%) та опитані середнього рівня статку²³ (42%) (див. табл. 1.17 у Додатку Д).

Достатньо високими є показники милосердя (22%) та суму/печалі (21%). Милосердя частіше відчувають мешканці Південного Сходу (26%) і Центру (22%)²⁴ і ті, хто не мають серед оточення ветеранів, які мають інвалідність (26%)²⁵. Натомість це почуття рідше виникає в тих респондентів, чиї близькі родичі (чоловік, брат, сестра, діти, батьки) служили або служать на війні²⁶ (19%), опитані ветерани, які особисто мають інвалідність²⁷ (24%) (див. табл. 1.18 у Додатку Д).

Сум/печаль частіше відчувають мешканці Заходу (27%)²⁸, молодь (18-35 років: 28%)²⁹ та забезпечені (24%) і опитані середнього рівня статку (23%)³⁰ (див. табл. 1.19 у Додатку Д).

¹⁹ $s = 0,113$, $p = 0,006$ (коефіцієнт Спірмена)

²⁰ $s = -0,083$, $p = 0,042$ (коефіцієнт Спірмена)

²¹ $r = 0,086$, $p = 0,035$ (коефіцієнт Пірсона)

²² $r = -0,099$, $p = 0,015$ (коефіцієнт Пірсона)

²³ $r = 0,098$, $p = 0,017$ (коефіцієнт Пірсона)

²⁴ $s = 0,091$, $p = 0,025$ (коефіцієнт Спірмена)

²⁵ $s = 0,111$, $p = 0,007$ (коефіцієнт Спірмена)

²⁶ $s = 0,084$, $p = 0,040$ (коефіцієнт Спірмена)

²⁷ $s = -0,110$, $p = 0,007$ (коефіцієнт Спірмена)

²⁸ $s = -0,105$, $p = 0,010$ (коефіцієнт Спірмена)

²⁹ $s = -0,117$, $p = 0,004$ (коефіцієнт Спірмена)

³⁰ $s = 0,087$, $p = 0,034$ (коефіцієнт Спірмена)

Рис. 5.1



6. ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ВИДИМІСТЬ ЇХНІХ ПРОБЛЕМ

У ході дослідження було проведено аналіз бачення респондентами можливостей, які, на їхню думку, мають люди з інвалідністю в Україні. Для виявлення особливостей сприйняття можливостей саме для людей з інвалідністю проведено порівняльний аналіз можливостей загалом в Україні і конкретно для людей з інвалідністю.

Загалом оцінювався рівень таких можливостей:

- знайти роботу;
- зайнятися підприємництвом;
- досягти успіху;
- проводити дозвілля;
- самореалізація;
- освіта та навчання;
- спорт;
- якісні медичні послуги.

Кожна з можливостей оцінювалась за шкалою від 1 до 5, де 1 – немає жодних можливостей, 5 – є всі можливості. У результаті було побудовано Індекси можливостей, які розраховано як середнє

арифметичне і який міг набути значення від 1 (немає можливостей) до 5 (є всі можливості).

Можливості для людей з інвалідністю та загалом в Україні є очікувано відмінними в очах респондентів: гірше оцінюються усі можливості для людей з інвалідністю, ніж загалом в Україні. Найбільші відмінності в оцінці можливостей займатися спортом (індекс дорівнює 4,0 в Україні та 3,4 для людей з інвалідністю), проводити дозвілля (індекс дорівнює 3,8 в Україні та 3,5 для людей з інвалідністю) і знайти роботу (індекс дорівнює 3,1 в Україні та 2,5 для людей з інвалідністю). Відповідно, в уявленні опитаних інвалідність значно зменшує можливості для людей у відповідних сферах життєдіяльності. Водночас найменшими є відмінності в тому, щоб досягти успіху (індекс дорівнює 3,5 в Україні та 3,4 для людей з інвалідністю), якісні медичні послуги (індекс дорівнює 3,1 в Україні та 3,0 для людей з інвалідністю).

Найкраще опитані оцінюють такі можливості загалом в Україні, як спорт (N=600; індекс дорівнює 4,0) та освіту і навчання (N=600; індекс дорівнює 4,0). Дещо гірше респонденти оцінюють можливості проводити дозвілля (N=600; індекс дорівнює 3,8), самореалізацію (N=600; індекс дорівнює 3,7), а також досягти успіху (N=600; індекс дорівнює 3,5).

Опитані найгірше оцінили такі можливості загалом в Україні, як зайнятися підприємництвом (N=600; індекс дорівнює 3,3), отримати якісні медичні послуги (N=600; індекс дорівнює 3,1) та знайти роботу (N=600; індекс дорівнює 3,1).

Зауважимо, що оцінка можливостей залежить від регіону проживання: усі запропоновані можливості, за винятком спорту, краще оцінюють мешканці Центру і Заходу і гірше – мешканці Південного Сходу³¹, що може бути рефлексивним відображенням об'єктивно гірших умов в цьому регіоні з огляду на близькість до лінії зіткнення. Певне значення також має вік: молоді опитані (18-35 років) гірше за старші вікові групи оцінюють можливості для людей з інвалідністю заняття спортом³², що може бути наслідком стереотипізованості сприйняття молоддю цієї соціальної групи (див. табл. 1.20 у Додатку Д).

³¹ Показник Краскала-Уоллеса є значущим на рівні $p < 0,01$

³² $s = 0,144$, $p = 0,000$ (коефіцієнт Спірмена)

Окрім того, велике значення має досвід інвалідності – люди, які особисто її мають, оцінили можливості отримати якісні медичні послуги³³ гірше, ніж інші респонденти (див. табл. 1.21 у Додатку Д).

Рис. 6.1



У ході дослідження було виявлено, які з проблем, з якими стикаються люди з інвалідністю, є найбільш видимими для респондентів. На питання «На Вашу думку, з якими проблемами найчастіше стикаються люди з інвалідністю в Україні» (N=600), 62% назвали недостатній розмір соціальних виплат та допомоги від держави, 56% – непристосованість приміщень та громадської інфраструктури. На непристосованість приміщень та громадської інфраструктури частіше звертають увагу більш освічені опитані – насамперед з вищою або незакінченою вищою освітою³⁴ (65%), молодь³⁵ (18-35 років: 62%), проте значно рідше – самі опитані, які мають інвалідність³⁶ (36%) (див. табл. 1.22 у Додатку Д).

³³ $s = -0,138$, $p = 0,001$ (коефіцієнт Спірмена)

³⁴ $s = 0,113$, $p = 0,006$ (коефіцієнт Спірмена)

³⁵ $s = -0,114$, $p = 0,005$ (коефіцієнт Спірмена)

³⁶ $s = -0,136$, $p = 0,001$ (коефіцієнт Спірмена)

Дещо рідше респонденти називають брак необхідних медичних послуг (35%), проблеми з працевлаштуванням (26%) і брак необхідних послуг з реабілітації (19%). На брак необхідних медичних послуг частіше звертають увагу опитані з меншим рівнем доходу³⁷, зокрема бідні (42%) та малозабезпечені (40%) (див. табл. 1.23 у Додатку Д), на актуальність проблеми працевлаштування – респонденти з нижчим рівнем освіти³⁸ (32%) і молодь³⁹ (18-35 років: 34%) (див. табл. 1.24 у Додатку Д). Брак необхідних послуг з реабілітації значно рідше за інших підкреслюють опитані з інвалідністю⁴⁰ (5%), що може бути пояснено тим, що респонденти схильні поширювати проблеми ветеранів з інвалідністю на всіх людей з інвалідністю (див. табл. 1.25 у Додатку Д).

Проблеми самотності і недостатності спілкування (13%), дискримінація і упереджене ставлення з боку оточуючих (12%), недоступність інформації про можливі програми для людей з інвалідністю, а також брак необхідних освітніх послуг (6%) опитані називають найрідше. Молодь⁴¹ (17%), більш забезпечені опитані⁴² (16%) і мешканці⁴³ Південного Сходу (15%) і Заходу (14%) частіше зазначає про актуальність дискримінації та упередженого ставлення (див. табл. 1.26 у Додатку Д), опитані з вищою або незакінченою вищою освітою⁴⁴ (15%) – про недоступність інформації про можливі програми для таких людей (див. табл. 1.27 у Додатку Д).

³⁷ $s = -0,102$, $p = 0,012$ (коефіцієнт Спірмена)

³⁸ $s = -0,088$, $p = 0,031$ (коефіцієнт Спірмена)

³⁹ $s = -0,091$, $p = 0,026$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴⁰ $s = -0,124$, $p = 0,002$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴¹ $s = -0,154$, $p = 0,000$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴² $s = 0,081$, $p = 0,047$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴³ $s = -0,103$, $p = 0,011$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴⁴ $s = 0,118$, $p = 0,004$ (коефіцієнт Спірмена)

Рис. 6.2

На вашу думку, з якими проблемами найчастіше стикаються люди з інвалідністю в Україні? (%)

N=600

НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ



7. ДОСТУПНІСТЬ СЕРЕДОВИЩА, ВИДИ НЕОБХІДНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНСТИТУЦІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

У ході дослідження респонденти оцінили стан таких сфер та ініціатив для людей з інвалідністю в їхньому населеному пункті:

- кількість пандусів, ліфтів, пласких входів;
- адаптований транспорт для людей з кріслами колісними;
- адаптовані сайти місцевих органів влади для незрячих;
- доступність інформації про можливості для людей з інвалідністю;
- соціальні послуги та реабілітація;
- медичні послуги;
- культурні послуги;
- інформаційні кампанії для привернення уваги до проблем людей з інвалідністю.

Для проведення точного порівняння стан кожної сфери та ініціативи був оцінений за шкалою від 1 до 5, де 1 – жахливо, 5 – відмінно. У результаті було побудовано Індекс стану різних сфер та ініціатив для

людей з інвалідністю, який розраховано як середнє арифметичне і який міг набути значення від 1 (жахливий стан) до 5 (відмінний стан).

У цілому, всі наведені сфери та ініціативи були оцінені нижче середнього – Індекс дорівнює від 2,0 до 2,9. Найкраще опитані оцінили стан культурних послуг для людей з інвалідністю (N=600) (Індекс дорівнює 2,9).

Дещо гірше респонденти оцінили стан медичних послуг і доступність інформації про можливості для людей з інвалідністю (Індекс дорівнює 2,7 для кожного питання), соціальні послуги та реабілітацію і інформаційні кампанії для привернення уваги до проблем людей з інвалідністю (Індекс дорівнює 2,6 для кожного питання), а також кількість пандусів, ліфтів, пласких входів (Індекс дорівнює 2,4).

Респонденти найгірше оцінили адаптовані сайти місцевих органів влади для незрячих та адаптований транспорт для людей з кріслами колісними (Індекс дорівнює 2,0).

У цілому, мешканці Заходу оцінюють стан усіх виокремлених сфер та ініціатив для людей з інвалідністю краще за мешканців інших регіонів. Мешканці обласних центрів дещо краще оцінюють адаптований транспорт для людей з кріслами колісними, мешканці сіл – інформаційні кампанії для привернення уваги до проблем людей з інвалідністю. Молодь (18-35 років) краще оцінює культурні послуги, медичні послуги, соціальні послуги та реабілітацію та інформаційні кампанії для привернення уваги до проблем людей з інвалідністю.

Натомість, опитані з інвалідністю є критичними щодо стану зі сфер та ініціатив у їхньому населеному пункті та кожен з них оцінює гірше, ніж інші респонденти.

Рис. 7.1



Під час дослідження респонденти відповіли на питання «На Вашу думку, якої допомоги найбільше потребують люди з інвалідністю» (N=600). На думку опитаних, найбільш актуальними є такі види допомоги, як фінансова (66%), медична (53%) та психологічна (47%). Про актуальність фінансової допомоги частіше відповідали респонденти, які мають членів сімей з інвалідністю⁴⁵ (75%) (див. табл. 1.28 у Додатку Д). Про медичну допомогу частіше відповідали жінки⁴⁶ (58%) та респонденти, які не мають серед знайомих людей з інвалідністю⁴⁷ (59%) (див. табл. 1.29 у Додатку Д). Про необхідність психологічної допомоги частіше відповідають мешканці⁴⁸ сіл (53%) та малих міст (46%), опитані молодого (18-35 років: 53%) і середнього (36-

⁴⁵ $s = 0,107$, $p = 0,009$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴⁶ $s = 0,130$, $p = 0,001$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴⁷ $s = 0,089$, $p = 0,029$ (коефіцієнт Спірмена)

⁴⁸ $r = 0,105$, $p = 0,010$ (коефіцієнт Пірсона)

50 років: 50%) віку⁴⁹. Натомість опитані з інвалідністю рідше надають таку відповідь⁵⁰ (34%) (див. табл. 1.30 у Додатку Д).

Дещо рідше респонденти вважають, що люди з інвалідністю потребують соціальної підтримки (30%) та реабілітаційної допомоги (29%). Про важливість соціальної підтримки значно частіше говорять чоловіки⁵¹ (34%) (див. табл. 1.31 у Додатку Д). Про актуальність реабілітаційної підтримки частіше зазначають респонденти молодого (18-35 років: 34%) та середнього віку⁵² (33%), опитані з вищою освітою⁵³ (34%) та середнього статку (32%) або забезпечені⁵⁴ (35%), а також ті респонденти, які мають сусідів та колег по роботі⁵⁵ (35%) з інвалідністю (див. табл. 1.32 у Додатку Д).

Найрідше респонденти зазначають необхідність допомоги людям з інвалідністю з працевлаштуванням (17%), житлом (9%), правової допомоги (8%), а також освітньої допомоги (1%). Про допомогу з працевлаштуванням частіше говорить молодь⁵⁶ (28%) (див. табл. 1.33 у Додатку Д).

⁴⁹ $r = -0,116$, $p = 0,004$ (коефіцієнт Пірсона)

⁵⁰ $s = -0,085$, $p = 0,037$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵¹ $s = -0,081$, $p = 0,048$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵² $s = -0,106$, $p = 0,009$ (коефіцієнт Спірмена)

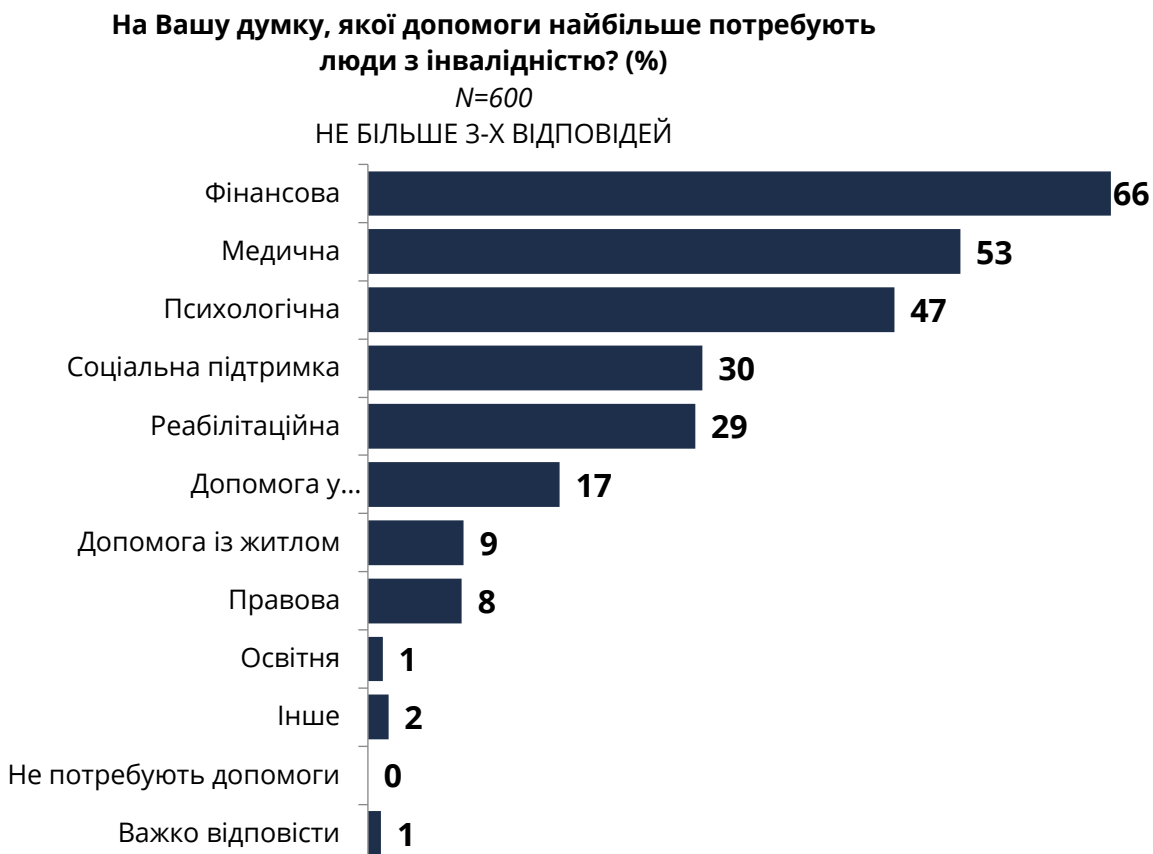
⁵³ $s = 0,085$, $p = 0,046$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵⁴ $s = 0,104$, $p = 0,011$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵⁵ $s = 0,087$, $p = 0,033$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵⁶ $s = -0,156$, $p = 0,000$ (коефіцієнт Спірмена)

Рис. 7.2



На питання «Хто, в першу чергу на Вашу думку, має займатися вирішенням питань людей з інвалідністю» ($N=600$), 83% респондентів відповіли, що місцева влада, 39% - що центральна влада. Опитані жінки⁵⁷ (86%), малозабезпечені респонденти⁵⁸ (90%), а також члени сімей людей з інвалідністю⁵⁹ (90%). На центральну владу частіше покладають відповідальність чоловіки⁶⁰ (45%) і опитані з вищою або незакінченою вищою освітою⁶¹ (44%). Респонденти, які мають друзів з інвалідністю частіше покладають відповідальність і на місцеву владу, і на центральну владу (див. табл. 1.33-34 у Додатку Д).

⁵⁷ $s = -0,086$, $p = 0,036$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵⁸ $s = -0,114$, $p = 0,005$ (коефіцієнт Спірмена)

⁵⁹ $s = 0,106$, $p = 0,009$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶⁰ $s = -0,113$, $p = 0,005$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶¹ $s = -0,094$, $p = 0,021$ (коефіцієнт Спірмена)

Рис. 7.3

Хто, в першу чергу на Вашу думку, має займатися вирішенням питань людей з інвалідністю? (%)

N=600

ДВІ ВІДПОВІДІ



Найближчих родичів, близьких назвали 13% респондентів, 11% – благодійні фонди, 10% – громадські організації. Активну участь громадських організацій частіше називають жінки⁶² (13%), молодь⁶³ (15%), опитані з середнім рівнем матеріального статку (12%) та забезпечені⁶⁴ (13%) (див. табл. 1.36 у Додатку Д). Про відповідальність міжнародних організацій і фондів частіше говорять мешканці Заходу (8%) і Південного Сходу⁶⁵ (7%), жителі обласних центрів (8%) та інших міст⁶⁶ (7%), молодь⁶⁷ (11%) і забезпечені опитані⁶⁸ (9%) (див. табл. 1.37 у Додатку Д).

На інші інституції (міжнародні організації і фонди, волонтери), а також на самих людей з інвалідністю покладають відповідальність менше 7% респондентів.

⁶² $s = 0,115$, $p = 0,005$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶³ $s = -0,121$, $p = 0,003$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶⁴ $s = 0,105$, $p = 0,010$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶⁵ $s = -0,082$, $p = 0,045$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶⁶ $s = -0,098$, $p = 0,016$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶⁷ $s = -0,155$, $p = 0,000$ (коефіцієнт Спірмена)

⁶⁸ $s = 0,088$, $p = 0,032$ (коефіцієнт Спірмена)

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно оцінити рівень стигматизації людей з інвалідністю серед дорослого населення шести областей України та виявити ключові характеристики ставлення суспільства до цієї категорії громадян.

Індекс стигматизації становить 30 балів (за шкалою від 0 до 100, де 0 – відсутня стигматизація, 100 – наявна стигматизація), що відповідає помірному рівню. Найнижчі показники проявляються серед опитаних, які особисто мають інвалідність (27,5 балів). Аналіз соціально-демографічних характеристик не виявив статистично значущих відмінностей: стать, вік, рівень доходу, тип поселення, регіон проживання та рівень освіти не впливають на рівень стигматизації людей з інвалідністю. Це свідчить про універсальний характер виявлених установок, які є спільними для різних сегментів населення.

Дезагрегація Індексу стигматизації, проведена за допомогою факторного аналізу, показала наявність чотирьох складових стигматизації людей з інвалідністю: інтегрованість у спільноту, дискомфорт, милосердя та відчуття тягара. Загальний показник стигматизації є помірним через високий показник милосердя до людей з інвалідністю (70 балів) та їх сприйняття як тягара (54 балів). Інші аспекти стигматизації мають значно нижчі показники: дискомфорт (16 балів) та інтегрованість у спільноту (9 балів).

Виявлена структура стигматизації демонструє, що основною складовою стигматизації є прояв милосердя, який включає усвідомлення страждання і бажання полегшити його, що може призводити до ставлення до людей з інвалідністю як до об'єктів допомоги, а не як повноцінних суб'єктів суспільного життя або обмежувати їх автономію. Такий тип стигматизації є більш прихованим, але не менш руйнівним для процесів соціальної інклюзії, оскільки може перешкоджати автономії людини.

Дослідження засвідчило наявність високої декларативної толерантності опитаних до людей з інвалідністю. За шкалою соціальної дистанції близько 90% респондентів повністю готові прийняти людей з інвалідністю у різних соціальних ролях: як сусідів, знайомих, друзів. Дещо нижчі показники спостерігаються щодо більш

тісних чи професійних контактів: повне прийняття людей з інвалідністю як колег по роботі задекларували 86% опитаних, як партнерів або близьких людей – 75%.

Водночас поширеною є думка про те, що в Україні загалом ставляться до людей з інвалідністю скоріше нейтрально. Така розбіжність між особистими оцінками та оцінками суспільного ставлення може свідчити про наявність латентних упереджень, які респонденти або не усвідомлюють, або не висловлюють відкрито під впливом механізму «спіралі замовчування». Це свідчить, що соціально бажані відповіді можуть маскувати реальні установки, а декларована готовність до інклюзії не завжди транслюється у повсякденну практику.

Емоційне сприйняття ветеранів з інвалідністю є інакшим, ніж цивільних з інвалідністю: до перших відчувають вдячність, співчуття, гордість, що пов'язано з їхнім сприйняттям як захисників, до других – насамперед співчуття, а також милосердя, сум і печаль.

Крім того, рівень стигматизації має статистично значущий зв'язок із рівнем соціальної дистанції: респонденти з нижчим рівнем стигматизованості виявляють більшу готовність до інклюзії людей з інвалідністю до особистого та публічного простору.

Третина респондентів бачать людей з інвалідністю дуже часто, майже кожного дня, ще 37% – часто. Люди з інвалідністю є більш видимими на вулицях міста або села, у магазинах, громадському транспорті. Видимість позитивно впливає на рівень стигматизації: чим частіше респонденти взаємодіють з людьми з інвалідністю, тим меншим є рівень стигматизації.

Респонденти найгірше оцінюють такі можливості для людей з інвалідністю, як пошук роботи, заняття спортом та проведення дозвілля. Різниця між оцінкою інших можливостей в Україні в цілому та для людей з інвалідністю зокрема (освіта і навчання, самореалізація, досягнення успіху, заняття підприємництвом, якість медичних послуг) є мінімальною. Це свідчить про те, що проблеми доступності та можливостей для людей з інвалідністю сприймаються як невід'ємна частина загальносистемних проблем українського суспільства.

Найбільш видимими проблемами людей з інвалідністю є недостатній рівень соціальних виплат та допомоги від держави, а також

непристосованість приміщень та громадської інфраструктури. Серед сфер та ініціатив, які реалізуються у населених пунктах, де проживають респонденти, найкраще оцінили стан культурних послуг для людей з інвалідністю, найгірше – адаптованість сайтів місцевих органів влади для незрячих та транспорту для користувачів крісел колісних. Виявлені оцінки вказують на серйозні інфраструктурні та інституційні бар'єри, які обмежують можливості повноцінної участі людей з інвалідністю у суспільному житті. Прийняття та забезпечення виконання стандартів веб-доступності для всіх сайтів державних та комунальних установ та розробка плану оновлення транспортного парку з включенням низькопідлогових транспортних засобів дозволять вирішити цю проблему.

Переважна більшість респондентів очікують, що займатися вирішенням питань людей з інвалідністю має перш за все місцева влада (83%), що відображає очікування вирішення питань на локальному рівні. Значна кількість покладає відповідальність на центральну владу (39%), і лише 10% покладають відповідальність на громадські організації, що свідчить про недооцінку ролі громадянського суспільства. Водночас 13% респондентів покладають відповідальність на найближчих родичів, що відображає елементи патерналістської моделі сімейного догляду.

Результати дослідження виявляють складну та суперечливу картину ставлення до людей з інвалідністю в Україні. За високої декларативної готовності до інклюзії існують приховані упередження.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

За результатами проведеного дослідження були сформульовані такі практичні рекомендації:

Органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування:

- Залучати людей з інвалідністю до розробки та створення політик і програм для людей з інвалідністю, керуючись принципом «Нічого для нас без нас».

Організаціям громадянського суспільства:

- Посилити адвокацію та представництво людей з інвалідністю на різних рівнях влади, а також виконувати роль watch dog у сфері захисту прав людей з інвалідністю;
- Провести дослідження кращих практик щодо досвіду квотування та позитивної селекції щодо інклюзивного підходу до людей з інвалідністю в суспільне життя, прийняття рішень і формування політик, що може стати основою такого підходу в Україні;
- Проводити медіа-моніторинг ЗМІ щодо висвітлення тем, пов'язаних з людьми з інвалідністю.

Дослідницьким інституціям:

- Залучати людей з інвалідністю до розробки методології досліджень, які вивчають питання, пов'язані з людьми з інвалідністю;
- Провести дослідження для вивчення саможигматизації людей з інвалідністю;
- Провести повторне дослідження стигматизації людей з інвалідністю з метою моніторингу ситуації.

Міжнародним і донорським організаціям:

- Приділити особливу увагу розробці та впровадженню заходів, спрямованих на підвищення рівня обізнаності журналістів і редакторів щодо етичного, професійного та коректного висвітлення тем, пов'язаних з людьми з інвалідністю.

ЛІТЕРАТУРА

- Antonak, R. F., & Livneh, H. (2000). Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and rehabilitation*, 22(5), 211–224. <https://doi.org/10.1080/096382800296782>
- Bartlett, M. S. (1951). The effect of standardization on a χ^2 approximation in factor analysis. *Biometrika*, 38(3/4), 337–344.
- Brown P. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J. Health Soc. Behav.* 1995:Spec. No.34–52. <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Council of Europe. (2002). Compass: Ma nual for Human Rights Education with Young People. Отримано з: <https://www.coe.int/en/web/compass>
- Dachez, J., Ndobu, A., & Ameline, A. (2015). French validation of the Multidimensional Attitude Scale toward persons with disabilities (MAS): The case of attitudes toward autism and their moderating factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2508–2518. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2417-6>
- Estroff, S.E., Penn, D.L., & Toporek, J.R. (2004). From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophr. Bull.* 30:493–509.DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007097
- Findler, L., Vilchinsky, N., & Werner, S. (2007). The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS): Construction and Validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166-176. <https://doi.org/10.1177/00343552070500030401>
- Goffman, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry*, 22(2), 123-142.
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23(3), 187–200. <https://doi.org/10.1007/BF02289233>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Link, B.G. Cullen, F.T. Frank, J. & Wozniak, J.F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *The American Journal of Sociology*, 92 (6): 1461- 1500.

- Lyon, L., & Houser, R. (2016). Psychometric evaluation of the Attitudes to Disability Scale for use with nurse educators. *Journal of Nursing Measurement*, 24(3), 465–489. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.24.3.465>
- Major, B., O'Brien, L.T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.* 56:393–421
- Molero, F., Recio, P., García-Ael, C. et al. (2013) Measuring Dimensions of Perceived Discrimination in Five Stigmatized Groups. *Soc Indic Res* 114, 901–914. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0179-5>
- Satchidanand, N., Gunukula, S. K., Lam, W. Y., McGuigan, D., New, I., Symons, A. B., Withiam-Leitch, M., & Akl, E. A. (2012). Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 91(6), 533–545. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3182555ea4>
- Schnittker J. (2008). An uncertain revolution: why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance. *Social science & medicine* (1982), 67(9), 1370–1381. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.07.007>
- Sinha, T., Pelton, S., Boulineaux, E., & Longenecker, R. (2024). Integration of Disability Awareness Improves Medical Students' Attitudes Toward People with Disabilities. *Medical Science Educator*, 34, 561–569. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02004-0>
- Stuart, H., Arboleda-Flórez, J. & Sartorius, N. (2012). *Paradigms Lost: Fighting Stigma and the Lessons Learned* New York: Oxford Univ. Press.
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
Отримано з: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Wöhrle, J., Franke, S., & Kissgen, R. (2018). The German Multidimensional Attitude Scale Toward Persons With Disabilities (G-MAS): A factor analytical study among high-school students. *Rehabilitation psychology*, 63(1), 83–91. <https://doi.org/10.1037/rep0000170>
- Yuker, H. E., Block, J. R., Campbell, W. J. (1960). Attitude Toward Disabled Persons Scale Form-0 (ATDP, ATDP-0) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t16118-000>
- Байєр, О. О. (2020) Огляд зарубіжної літератури з питання дискримінації людей з інвалідністю. Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки. 16(2), 28-36. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2020_16\(2\)_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2020_16(2)_5).
- Бар'єри у повсякденності українців з інвалідністю у період повномасштабного вторгнення Росії в Україну https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2024/11/118_134-No-1-2-88-89_2024_ukr.pdf

Державна служба статистики України. (2022). *Соціальний захист населення України, 2021: Статистичний збірник*.

https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/07/zb_szn_2021.pdf

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» № 875-XII від 21 березня 1991 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>

Куриляк, В. В., Полумисна, О. О., & Шевчук, А. В. (2022). ЛЮДИ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ: ТЕНДЕНЦІЇ ІНТЕГРАЦІЇ В СОЦІАЛЬНІ МЕДІА. *Культурологічний альманах*, (3), 137–155. <https://doi.org/10.31392/cult.alm.2022.3.19>

Національне соціологічне дослідження про сприйняття людей з інвалідністю в Україні. (2023). Отримано з:

https://ratinggroup.ua/research/ukraine/yak_naspravdi_ukrainske_suspilstvo_stavitsya_do_lyudey_z_invalidnistyu.html

Лавренюк, С. (2025). Повсякденності ветеранів/-ок з інвалідністю при поверненні до цивільного життя: соціально-екологічний підхід. *Науково-теоретичний альманах Грані*, 28(1), 192-204. <https://doi.org/10.15421/172524>

Стигматизація ветеранів і ветеранок: ситуація в Україні і досвід США. (2025).

Отримано з: <https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2025/04/Styhmazyatsiia-veteraniv-i-veteranok.pdf>.

Урядовий кур'єр. (2018, 4 січня). *Особи з інвалідністю потребують уваги та допомоги*. <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/osobi-z-invalidnistyu-potrebuyut-uvagi-ta-dopomogi/>

Черновол, К. (2024, November 28). З 2022 року кількість людей з інвалідністю в Україні зросла на сотні тисяч, - міністр. УНІАН. <https://www.unian.ua/health/z-2022-roku-kilkist-lyudey-z-invalidnistyu-v-ukrajini-zroslo-na-sotni-tisyach-ministr-12834306.html>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. АНКЕТА ДЛЯ ОПИТУВАННЯ

D1. Скільки Вам повних років []

99. Важко відповісти / Немає відповіді

D2. В якій області Ви були прописані (зареєстровані) станом на 24 лютого 2022 року?

1. Вінницька
2. Волинська
3. Дніпропетровська
4. Донецька
5. Житомирська
6. Закарпатська
7. Запорізька
8. Івано-Франківська
9. Київська
10. Кіровоградська
11. Луганська
12. Львівська
13. Миколаївська
14. Одеська
15. Полтавська
16. Рівненська
17. Сумська
18. Тернопільська
19. Харківська
20. Херсонська
21. Хмельницька
22. Черкаська
23. Чернівецька
24. Чернігівська
25. м. Київ

99. Важко відповісти / Немає відповіді

D3. Тип населеного пункту, де Ви прописані

1. Обласний центр
2. Інше місто області
3. Село

99. Важко відповісти / Немає відповіді

D4. Чи змінили Ви місце постійного проживання після 24 лютого 2022 року у зв'язку з повномасштабним вторгненням росії в Україну?

1. Так, і зараз проживаю поза домом
2. Так, але вже повернувся додому

- 3. Ні
- 99. Важко відповісти / Немає відповіді

D5. (серед тих, хто D4 = 1) В якій області Ви проживаєте зараз?

- 1. Вінницька
- 2. Волинська
- 3. Дніпропетровська
- 4. Донецька
- 5. Житомирська
- 6. Закарпатська
- 7. Запорізька
- 8. Івано-Франківська
- 9. Київська
- 10. Кіровоградська
- 11. Луганська
- 12. Львівська
- 13. Миколаївська
- 14. Одеська
- 15. Полтавська
- 16. Рівненська
- 17. Сумська
- 18. Тернопільська
- 19. Харківська
- 20. Херсонська
- 21. Хмельницька
- 22. Черкаська
- 23. Чернівецька
- 24. Чернігівська
- 25. м. Київ
- 99. Важко відповісти / Немає відповіді

D6. (серед тих, хто D4 = 1) Який тип населеного пункту, в якому Ви проживаєте зараз?

- 1. Обласний центр
- 2. Інше місто області
- 3. Село
- 99. Важко відповісти / Немає відповіді

1. Чи вважаєте ви, що люди з інвалідністю є повноправними членами в сучасному суспільстві?

- 1. Однозначно так
- 2. Скоріше так
- 3. Скоріше ні
- 4. Однозначно ні
- 99. Важко відповісти

2. На вашу думку, як українське суспільство ставиться до цивільних людей з інвалідністю?

1. Дуже негативно
2. Скоріше негативно
3. Ані негативно, ані позитивно
4. Скоріше позитивно
5. Дуже позитивно
99. Важко відповісти

3. На вашу думку, як ваше найближче оточення ставиться до цивільних людей з інвалідністю?

1. Дуже негативно
2. Скоріше негативно
3. Ані негативно, ані позитивно
4. Скоріше позитивно
5. Дуже позитивно
99. Важко відповісти

4. На вашу думку, як українське суспільство ставиться до ветеранів з інвалідністю?

1. Дуже негативно
2. Скоріше негативно
3. Ані негативно, ані позитивно
4. Скоріше позитивно
5. Дуже позитивно
99. Важко відповісти

5. На вашу думку, як ваше найближче оточення ставиться до ветеранів з інвалідністю?

1. Дуже негативно
2. Скоріше негативно
3. Ані негативно, ані позитивно
4. Скоріше позитивно
5. Дуже позитивно
99. Важко відповісти

На скільки Ви погоджуєтеся з наступними твердженнями?

РОТАЦІЯ ПИТАНЬ

- 6.** Люди з інвалідністю повинні жити з людьми без інвалідності в одній громаді
- 7.** За умови належної підтримки, люди з інвалідністю можуть вести соціальне життя так само, як і люди без інвалідності

8. Люди з інвалідністю заслуговують на те, щоб жити там, де вони хочуть, і так, як вони хочуть
9. Маючи достатню кваліфікацію, люди з інвалідністю можуть бути обрані на виборах
10. Я не дозволю своїм дітям спілкуватися з людиною з інвалідністю
11. Мені незручно бути поруч з людьми з інвалідністю, тому що я відчуваю, що маю їм допомагати
12. Мені незручно спілкуватися з людьми з інвалідністю, тому що я не знаю, як до них ставитися
13. Мені важко звертатися до людей з інвалідністю, тому що я відчуваю, що вони відрізняються від мене
14. Якби в моїй сім'ї була людина з інвалідністю, я б не хотів, щоб про це дізналися інші
15. Люди з інвалідністю вважають себе нещасливими
16. Мені шкода людей з інвалідністю
17. Я співчуваю людям з інвалідністю, коли їм потрібно докладати додаткових зусиль для виконання повсякденних завдань
18. Люди з інвалідністю, як правило, вимагають особливого ставлення до своєї інвалідності
19. Люди з інвалідністю схильні залишати складні завдання людям без інвалідності

1. Зовсім не погоджуюся
2. Скоріше не погоджуюся
3. У чомусь погоджуюся, у чому ні
4. Скоріше погоджуюся
5. Однозначно погоджуюся

20. Що Ви в першу чергу відчуваєте, коли зустрічаєте ветерана, який отримав інвалідність на війні? ТРИ ВІДПОВІДІ. РОТАЦІЯ

1. Гнів
2. Неприязнь
3. Вдячність
4. Страх
5. Сором
6. Байдужість
7. Сум/ печаль
8. Провина
9. Гордість
10. Співчуття
11. Розгубленість
12. Напруга
13. Жаль
97. Інше
98. Не відчуваю нічого
99. Важко відповісти

21. Що Ви в першу чергу відчуваєте, коли Ви зустрічаєте цивільну людину з інвалідністю? ТРИ ВІДПОВІДІ. РОТАЦІЯ

1. Гнів
2. Неприязнь
3. Вдячність
4. Страх
5. Сором
6. Байдужість
7. Сум/ печаль
8. Провина
9. Гордість
10. Співчуття
11. Розгубленість
12. Напруга
13. Жаль
97. Інше
98. Не відчуваю нічого
99. Важко відповісти

Використовуючи шкалу від 1 до 10, де 1 – повністю недопустимо, 10 – повністю допустимо, вкажіть, наскільки для вас прийнятно, щоб людина з інвалідністю була Вашим ...

- 22.** ... сусідом
- 23.** ... знайомим
- 24.** ... колегою по роботі
- 25.** ... другом
- 26.** ... партнером, близькою людиною
1. 1 зовсім недопустимо
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
6. 6
7. 7
8. 8
9. 9
10. повністю допустимо
99. Важко відповісти

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

1. Ніколи, майже ніколи
2. Рідко
3. Часто
4. Дуже часто, кожного дня
99. Важко відповісти

28. Для тих, хто у п. 29 = 3,4 В яких місцях Ви найчастіше бачите людей з інвалідністю? ДЕКІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

1. Вдома, проживаю з людиною з інвалідністю
2. Багатоквартирний будинок, в якому я проживаю
3. Місце роботи
4. Вулиці міста/села
5. Громадський транспорт
6. Парки, громадські простори
7. Заклади культури (театри, клуби, кінотеатри)
8. Магазини
9. Центри надання послуг (ЦНАП, банки, пошта тощо)
97. Інше
99. Важко відповісти

Оцініть рівень таких можливостей в Україні за шкалою від 1 до 5, де 1 – немає жодних можливостей, а 5 – є всі можливості.

- 29.** Знайти роботу
- 30.** Зайнятися підприємництвом
- 31.** Досягти успіху
- 32.** Проводити дозвілля
- 33.** Самореалізація
- 34.** Освіта та навчання
- 35.** Спорт
- 36.** Якісні медичні послуги
1. – немає жодних можливостей
2. 2
3. 3
4. 4
5. – є всі можливості
99. Важко відповісти

Оцініть рівень таких можливостей в Україні для людей з інвалідністю за шкалою від 1 до 5, де 1 – немає жодних можливостей, а 5 – є всі можливості.

- 37.** Знайти роботу
- 38.** Зайнятися підприємництвом
- 39.** Досягти успіху
- 40.** Проводити дозвілля
- 41.** Самореалізація
- 42.** Освіта та навчання
- 43.** Спорт
- 44.** Якісні медичні послуги
1. – немає жодних можливостей
2. 2
3. 3
4. 4

5. – є всі можливості
99. Важко відповісти

45. На вашу думку, з якими проблемами найчастіше стикаються люди з інвалідністю в Україні? НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВІДПОВІДЕЙ

1. Непристосованість приміщень та навколишнього середовища
2. Брак необхідних освітніх послуг
3. Брак необхідних медичних послуг
4. Недостатній розмір соціальних виплат та допомоги від держави
5. Дискримінація та упереджене ставлення з боку оточуючих
6. Недоступність інформації про можливі програми для таких людей
7. Проблеми із працевлаштуванням
8. Брак необхідних послуг з реабілітації
9. Самотність, недостатність спілкування
97. Інше
98. Немає проблем
99. Важко відповісти

Оцініть, будь ласка, за шкалою від 1 до 5, де 1 – жахливо, а 5 – відмінно стан наступних сфер та ініціатив для людей з інвалідністю у Вашому населеному пункті:

- 46.** Кількість пандусів, ліфтів, пласких входів
- 47.** Адаптований транспорт для людей з візками
- 48.** Адаптовані сайти місцевих органів влади для незрячих
- 49.** Доступність інформації про можливості для людей з інвалідністю
- 50.** Соціальні послуги та реабілітація
- 51.** Медичні послуги
- 52.** Культурні послуги
- 53.** Інформаційні кампанії для привернення уваги до проблем людей з інвалідністю
1. Жахливо
2. Погано
3. Середньо
4. Добре
5. Відмінно
98. Мені це байдуже/не звертали уваги на це
99. Важко відповісти

54. На Вашу думку, якої допомоги найбільше потребують люди з інвалідністю? ДО ТРЬОХ ВІДПОВІДЕЙ

1. Психологічна
2. Медична
3. Фінансова
4. Правова
5. Реабілітаційна

- 6. Допомога у працевлаштуванні
- 7. Освітня
- 8. Допомога із житлом
- 9. Соціальна підтримка
- 97. Інше
- 98. Не потребують допомоги
- 99. Важко відповісти

55. Хто, в першу чергу на Вашу думку, має займатися вирішенням питань людей з інвалідністю? ДВІ ВІДПОВІДІ

- 1. Місцева влада
- 2. Центральна влада
- 3. Громадські організації
- 4. Благодійні фонди
- 5. Міжнародні організації і фонди
- 6. Волонтери
- 7. Найближчі родичі, близькі
- 8. Самі люди з інвалідністю
- 97. Інше
- 99. Важко відповісти

D7. Чи є серед Вашого оточення люди з інвалідністю?

- 1. Так – я особисто
- 2. Так – члени сім'ї
- 3. Так – друзі, знайомі
- 4. Так – сусіди, колеги по роботі
- 5. Ні, немає
- 99. Важко відповісти

D8. Чи хтось з Ваших близьких родичів (чоловік, брат, сестра, діти, батьки) служив чи служив на війні?

- 1. Так
- 2. Ні
- 99. Немає відповіді

D9. Чи є серед Вашого оточення ветерани або військові, які мають інвалідність?

- 1. Так – я особисто
- 2. Так – члени сім'ї
- 3. Так – друзі, знайомі
- 4. Так – сусіди, колеги по роботі
- 5. Ні, немає
- 99. Важко відповісти

D10. Вкажіть Вашу освіту?

- 1. Початкова, неповна середня

2. Середня загальна (школа, ПТУ)
3. Середня спеціальна (технікум)
4. Вища, незакінчена вища

D11. Яке з тверджень підходить для характеристики Вашого матеріального становища? Зачитаю варіанти

1. Не вистачає коштів навіть на продукти харчування
2. На повсякденні витрати вистачає, але купувати одяг вже складно
3. В основному вистачає, але для купівлі дорогих предметів треба економити або позичати
4. Майже на все вистачає, але купівля квартири, будинку є недоступною
5. Практично ні в чому собі не відмовляємо
99. Важко відповісти / Немає відповіді

D99. Стать респондента *(Не зачитувати!)*

1. Чоловік
2. Жінка

ДОДАТОК Б. ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Доброго дня!

Мене звати _____. Я презентую дослідницьку компанію Соціологічна група «Рейтинг», яка проводить дослідження в рамках угоди з ПРОДЖЕКТ ХОУП – ЗЕ ПІПЛ-ТУ-ПІПЛ ХЕЛС ФАУНДЕЙШН, ІНК. Ми проводимо опитування серед дорослого населення України, щоб дізнатися, як люди ставляться до людей з інвалідністю – як ветеранів, так і цивільних осіб. Мета цього дослідження – краще зрозуміти, які упередження чи бар'єри існують у суспільстві для людей з інвалідністю. Отримані відповіді допоможуть розробити корисні рекомендації для того, щоб люди з інвалідністю могли легше отримувати соціальні та медичні послуги, а також повноцінно брати участь у житті суспільства.

Участь в опитуванні є повністю добровільною. Ви можете припинити його в будь-який момент без будь-якого ризику для Вас. Ви можете не відповідати на запитання, які не хочете, а також просити уточнення, чи повторення питань, якщо вони є для Вас незрозумілими. Нам цікава Ваша думка, тому усі відповіді є прийнятними. Опитування триватиме близько 20 хвилин. Організатори дослідження не отримують жодних прямих вигод, чи фінансових компенсацій від Вашої участі у цьому інтерв'ю.

Доступ до отриманих даних матимуть тільки співробітники Соціологічної групи Рейтинг та ПРОДЖЕКТ ХОУП. Інформація буде зберігатися на захищеному сервері і до неї не матимуть доступу треті сторони. Ваші відповіді будуть анонімізовані (Ваше ім'я не буде пов'язано з вашими відповідями). Відповіді на питання будуть використовуватися лише в узагальненому вигляді для аналізу. Ваше ім'я та інша контактна інформація не будуть включені до жодного звіту, чи будь-якої презентації результатів. Компанії Рейтинг та ПРОДЖЕКТ ХОУП дотримуються законодавства України про захист персональних даних та вживають усі необхідні заходи для захисту вашої особистої інформації. Ми намагаємося мінімізувати ризики порушення конфіденційності через дотримання суворих правил та етичних принципів, яких дотримуються усі члени команди.

Якщо ви вирішите припинити участь у дослідженні, ви можете надіслати запит на те, щоб ваші відповіді не використовувалися в аналізі і були видалені. Дослідницька група видалить ваші відповіді з бази даних і нотаток.

Обставини, за яких можливе припинення Вашої участі у дослідженні без врахування Вашої згоди: Неприйнятний фізичний або психічний стан, який несе ризики для проведення дослідження; надання неправдивої інформації, упереджена або неетична поведінка, яка ставить під загрозу проведення дослідження.

Це дослідження було розглянуто та схвалено Етичним комітетом _____, обов'язком якого є захист учасників від різних ризиків при наданні чутливої та конфіденційної інформації. Більше про етичну експертизу Ви можете дізнатися надіславши запит на електронну адресу _____, або за номером телефону _____.

Якщо у вас виникнуть запитання щодо цього дослідження в майбутньому або виникнуть зауваження щодо роботи нашої команди, Ви можете надіслати Ваші пропозиції та скарги на адресу директора Соціологічної групи «Рейтинг» Антиповича Олексія Георгійовича info@ratinggroup.ua, або зателефонувати за номером телефону +380 (97) 578-68-68.

Чи погоджуєтеся Ви на участь в опитуванні?

Так	1
Ні (ПРИПИНІТИ ІНТЕРВ'Ю)	2

ДОДАТОК В. ВИСНОВОК КОМІСІЇ З ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ СОЦІОЛОГА СОЦІОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ УКРАЇНИ



Соціологічна асоціація України

61022, м. Харків, майдан Свободи, 6

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Соціологічний факультет, ауд. 350, 351, тел.: +38 057 7075490, 7075651

E-mail: rektor@karazin.ua, sokuryanska@karazin.ua, sociologicalassociation.ua@gmail.com

Вих. № 08/08 від «08» серпня 2025 р.

ВИСНОВОК

Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України

стосовно

Національного соціологічного дослідження для оцінки рівня стигматизації осіб з інвалідністю

Комісія з професійної етики соціолога при Соціологічній асоціації України розглянула наданий Соціологічною групою «Рейтинг» протокол Національного соціологічного дослідження для оцінки рівня стигматизації осіб з інвалідністю.

Протокол містить опис методології для проведення дослідження, зокрема:

- Обґрунтування актуальності дослідження
- Опис мети і завдань дослідження
- Підходи до операціоналізації використаних у матеріалах дослідження понять:
 - «стигма»;
 - «стигматизація»;
 - «особи з інвалідністю»;
 - «ветерани війни»;
 - «цивільна особа».
- Викладення методології дослідження:
 - Стислі результати здійсненого у рамках кабінетного дослідження аналізу стандартизованих та валідизованих міжнародних інструментів (шкал) для оцінки сприйняття людей з інвалідністю
 - Опис інструментарію дослідження
 - Опис методу дослідження
 - Підходи до формування репрезентативної вибіркової сукупності
 - Основні процедури при організації і проведенні польових робіт
 - Характеристика інструментів, які забезпечуватимуть контроль якості на операційному і процедурному рівнях
 - Опис процесу отримання інформованої згоди
- Викладення етичних засад дослідження та підходів до захисту персональних даних
- Заплановані процедури аналізу даних
- Графік виконання дослідження
- Перелік дослідників, залучених до проекту
- Додатки до Протоколу:
 - Інформована згода
 - Анкета для опитування

У розділі «Процес отримання згоди» Протоколу зазначено, що участь у дослідженні є добровільною. До дослідження будуть включені лише учасники, які дали усну інформовану згоду. Перед початком опитувань усі учасники, які погодилися взяти в них участь, будуть проінформовані про те, що вони можуть припинити інтерв'ю в будь-який час без ризику, жодна особиста інформація не збиратиметься, окрім запланованої. Опитування не створює ризиків для учасників, права учасників будуть поважатися. Дослідницька команда вживатиме усіх необхідних заходів для захисту особистості та інформації, яку поширюють респонденти.

Особливості забезпечення дотримання етичних вимог викладені у Розділі «Етичні засади дослідження та захист персональних даних» Протоколу.

Зазначається, що етичні засади дослідження розроблені на базі Кодексу професійної етики соціолога САУ; під час проведення дослідження Соціологічна група «Рейтинг» дотримуватиметься Загального регламенту захисту даних ЄС (GDPR) та Закону України «Про захист персональних даних», галузевих правил, визначених CASRO та Кодексом ICC/ESOMAR. Для захисту персональної інформації будуть застосовані суворі заходи безпеки та захисту даних із дотриманням українського та міжнародного законодавства та правил захисту даних.

Під час проведення опитувань дослідницька команда збиратиме лише ті персональні дані респондентів, які необхідні для їхньої ідентифікації, побудови маршруту та контролю проведення опитувань. Жодні особисті дані респондентів (ім'я, номер телефону чи інші контактні дані, адреса) не будуть пов'язані з даними, зібраними під час дослідження.

Кожен працівник Соціологічної групи «Рейтинг» проходить систематичне навчання з етичних та інших аспектів збору, управління та захисту даних (включно з використанням і зберіганням даних) при працевлаштуванні (вступний інструктаж) і під час підвищення кваліфікації.

Загальний набір персональних даних, отриманих під час опитування, буде доступний лише обмеженій групі працівників, уповноважених працювати з цими даними. Такі дані зберігаються на захищених серверах з обмеженим доступом і максимальним рівнем захисту. Інтерв'юери та неавторизовані працівники не матимуть доступу до цієї інформації.

Дані зберігатимуться на високозахищених серверах під цілодобовим моніторингом. Відповідно до правил, які діють в компанії, ці дані зберігатимуться протягом року після їх публікації, після чого всі дані буде остаточно видалено.

Після завершення етапу збору даних на місцях і етапу контролю якості даних зібрані дані буде повністю анонімізовано для подальшої обробки та підготовки звітів. Це відбудеться максимум через тиждень після завершення збору даних.

На етапі обробки та аналізу даних жодні персональні дані (імена, адреси, контакти тощо) не будуть міститися у масивах даних, не будуть доступні відповідним працівникам Соціологічної групи «Рейтинг» та не будуть надані Замовнику або будь-якій іншій стороні.

Усі дані, які будуть проаналізовані та представлені в частотних таблицях і звітах, будуть анонімними.

Текст Інформованої згоди містить інформацію про виконавця і замовника дослідження, стислий опис мети дослідження, повідомлення про добровільність участі, очікувану тривалість опитування, гарантії анонімності і конфіденційності участі, повідомлення про можливість відмови або припинення участі в опитуванні, надано контактну інформацію керівника дослідницької організації.

Виконавець дослідження – Соціологічна група «Рейтинг» – заснована у 2008 році, має багаторічний успішний досвід організації та проведення соціологічних досліджень з дотриманням міжнародних і вітчизняних стандартів, є постійним членом Соціологічної асоціації України.

Аналіз запропонованої методології і інструментарію дослідження дозволяє зробити висновок, що заплановані підходи забезпечують дотримання прав, людської гідності та морально-етичних норм у відповідності до Міжнародного процесуального кодексу маркетингових і соціальних досліджень ICC/ESOMAR, та відповідають етичним засадам, що сформульовані в Кодексі професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України.

В.о.голови Комісії
з професійної етики соціолога
Соціологічної асоціації
України



Олександр КІЗЛОВ

Міжнародні дослідження стигматизації людей з інвалідністю

Західні психологи активно конструюють психометричні засоби діагностики ставлення до різноманітних соціальних груп, до яких відносять національні меншини, мігрантів, сексуальні меншини, а також людей з інвалідністю. Вразливе становище останніх спонукало до плідного конструювання засобів вимірювання ставлення до цієї соціальної групи. Одним з перших інструментів вимірювання ставлення до людей з інвалідністю стала шкала **Attitudes Toward Disabled Persons** (ATDP), створена групою дослідників на чолі з Гаролдом Юкером (Yuker et al., 1960). Її поява стала відповіддю на зростаючий інтерес до соціальної інтеграції людей з інвалідністю, який активізувався після Другої світової війни. **ATDP** була задумана як шкала, що вимірює загальне ставлення до людей з інвалідністю як до групи. Її автори виходили з припущення, що необхідно з'ясувати, наскільки респонденти погоджуються з позитивними або негативними твердженнями щодо осіб з інвалідністю, не розбиваючи ці установки на окремі емоційні, когнітивні чи поведінкові компоненти. Таким чином, шкала була зручною для масових опитувань і швидкої обробки даних, що стало однією з причин її широкого поширення у США та за кордоном протягом наступних десятиліть.

Шкала містить твердження, які оцінюються за шкалою від -3 (абсолютно не погоджуюсь) до +3 (повністю погоджуюсь). У різних версіях шкали міститься від 20 до 30 пунктів. Типові твердження звучать так: «Люди з інвалідністю здатні самостійно приймати відповідальні рішення» або «Більшість осіб з інвалідністю є менш емоційно зрілими, ніж інші». Ідея розробників полягає в тому, що позитивні відповіді на позитивні твердження і негативні на негативні твердження засвідчують прийняття та рівність, тоді як протилежні - вияв стигматизації чи патерналістських поглядів.

ATDP також використовувалася для перевірки валідності нової шкали – **MAS (Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities)**. Дослідники вважали **ATDP** «класичним» інструментом, але зазначили, що вона має суттєві обмеження через одновимірність,

яка не дозволяє розрізнити емоційний, когнітивний та поведінковий аспекти ставлення до людей з інвалідністю. Крім того, в контексті їхнього дослідження **ATDP** не продемонструвала високої кореляції з когнітивною шкалою **MAS**, що дозволило авторам припустити: **ATDP** може не виявляти глибинні установки, зокрема пов'язані з прихованою упередженістю або амбівалентністю (Findler et al., 2007).

Попри обмеження, **ATDP** залишається одним з найбільш цитованих інструментів для вимірювання загального ставлення до людей з інвалідністю. Її основна перевага полягає у простоті використання і кумулятивному балі, який можна легко застосовувати в статистичному аналізі. Проте вже з 1980-х років фахівці критикували **ATDP** за те, що вона не дозволяє диференціювати установки, які виникають у різних соціальних контекстах - наприклад, на роботі, у родині чи на вулиці (Antonak & Livneh, 2000). Також **ATDP** вразлива до соціально бажаних відповідей, особливо серед людей із вищою освітою чи досвідом інклюзії.

Шкала **Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities (MAS)** розроблена на основі багатовимірного підходу, який передбачає, що установки щодо людей з інвалідністю формуються через три взаємопов'язані, але окремі складові: афективну (емоційну), когнітивну (оціночну) та поведінкову, які активно застосовують у соціальній психології для пояснення ставлення до різних соціальних груп. Водночас інструмент має одну принципову інновацію - воно містить віньєтки (довгі описи умовної ситуації, в якій опиняється респондент) відповідно до запропонованих вимірів аналізу: всі твердження шкали формулюються в імітованому контексті соціальної взаємодії, тобто респондент має уявити, що опиняється у ситуації спілкування з людиною з інвалідністю (наприклад, сидить поруч із нею в університетській аудиторії або працює разом з нею в офісі). Такий підхід дозволяє зробити оцінку більш персоналізованою, і, як передбачають автори - менш схильною до соціально бажаних відповідей.

Шкала складається з 34 пунктів, які розподілені між трьома підшкалами:

- Афективна складова (емоційна реакція на присутність людини з інвалідністю) - наприклад, почуття співчуття, дискомфорту, занепокоєння.
- Когнітивна складова (уявлення, переконання, очікування щодо поведінки та можливостей людини з інвалідністю).
- Поведінкова складова (ймовірні реакції або наміри поведінки у ситуації взаємодії, наприклад уникнення, допомога, спілкування).

У процесі валідації **MAS** була протестована на двох вибірках: студентах-євреях і студентах-арабах в Ізраїлі. В обох випадках шкала продемонструвала хорошу внутрішню надійність: Cronbach's alpha для афективної підшкали становила 0.89, для поведінкової – 0.83, для когнітивної – 0.85, що свідчить про високу надійність усіх трьох вимірів.

Щоб оцінити валідність шкали, автори провели порівняння **MAS** з класичною шкалою **ATDP**. Було виявлено, що афективна та поведінкова підшкали **MAS** помірно корелювали з загальним балом **ATDP**, на відміну від когнітивної підшкали, з якою не було значущої кореляції. Цей результат був інтерпретований як свідчення обмеженості **ATDP** і підтвердження специфічної цінності **MAS** як багатовимірного інструменту. Додатково автори показали, що **MAS** може виявляти відмінності між групами з різним досвідом – зокрема, особи, які мали тривалий контакт з людьми з інвалідністю, демонстрували більш позитивні емоційні й поведінкові реакції. Автори також підкреслюють, що **MAS** особливо чутлива до прихованих форм стигматизації – не стільки до відкритої ворожості, скільки до м'якого уникнення, напруженості або патерналістських оцінок. Тому вона може бути корисною в дослідженнях серед професійних груп (наприклад, медиків або вчителів), де відкриті прояви стигматизації зустрічаються рідко, але внутрішні упередження є більш поширеними через специфічну професійну культуру.

У дослідженні німецької адаптації шкали **MAS (MAS-G)** було встановлено, що загальне ставлення до людей з інвалідністю серед німецьких респондентів є помірно позитивним (Wöhrle et al., 2018). Респонденти схильні демонструвати емоційну відкритість і доброзичливість у ставленні до осіб з інвалідністю, однак водночас спостерігається певна суперечливість у поведінкових реакціях. Такий

контраст свідчить про те, що позитивне ставлення може мати радше декларативний, ніж практичний характер, що типово для суспільств, де інклюзивність сприймається як соціальна норма, але ще не повністю інтерналізована на особистісному рівні. У сфері емоційного реагування (афективної компоненти) респонденти, здебільшого, виявляли співпереживання, симпатію й бажання допомогти людям з інвалідністю. Проте одночасно деякі учасники повідомляли про відчуття незручності, збентеження або навіть страху у ситуаціях безпосереднього контакту. Така емоційна амбівалентність свідчить про наявність внутрішніх конфліктів між бажанням проявити підтримку й соціальними стереотипами, що все ще зберігаються в колективній свідомості. Когнітивна складова ставлення також демонструє подвійність: з одного боку, респонденти визнають рівні права людей з інвалідністю, поділяють ідеї недискримінації й інклюзії, з іншого - відповідях фіксується схильність до занижених очікувань щодо автономності, продуктивності або здатності людей з інвалідністю брати повноцінну участь у різних сферах суспільного життя. Це вказує на те, що певні уявлення про інвалідність залишаються стереотипними й не оновлюються під впливом актуальних знань або особистого досвіду. Найбільша стриманість простежується у поведінковій складовій. Попри декларовану готовність до соціального контакту, фактична ініціативність у спілкуванні, запрошеннях до спільної діяльності або прояві підтримки виявляється меншою. Така поведінкова обережність може свідчити не лише про брак досвіду, а й про латентне уникання, яке маскується під формальну ввічливість або «нейтральну» дистанцію.

Особливу увагу в дослідженні було приділено гендерним відмінностям, які виявилися суттєвими. Жінки демонстрували виразно позитивніше ставлення до людей з інвалідністю - як в емоційному, так і в поведінковому та когнітивному аспектах. Вони частіше висловлювали емпатію, готовність до взаємодії та підтримку.

Одне з досліджень передбачало адаптацію шкали MAS для вимірювання упереджень щодо осіб з аутизмом у французькому контексті (Dachez et al., 2015). Проведений факторний аналіз – як експлораторний, так і конфірмаційний – підтвердив адекватну відповідність моделі теоретичним припущенням, а також добру

внутрішню надійність шкали: значення коефіцієнтів Cronbach's alpha для всіх підшкал були високими.

У межах дослідження також вивчався вплив кількох потенційно значущих модеруючих чинників. Зокрема, було виявлено, що досвід соціального контакту з людьми з аутизмом асоціюється з більш позитивним ставленням, особливо за показником емоційного спокою. Водночас цей ефект нівелювався, коли мова йшла про тяжкі форми аутизму. Стосовно гендерних відмінностей, жінки виявляли більш позитивні когнітивні установки порівняно з чоловіками, що узгоджується з результатами інших досліджень щодо ставлення до інвалідності. Проте оскільки різниця була зафіксована лише на одному з вимірів, робити остаточні висновки щодо впливу статі зарано. Вікові відмінності у ставленні не підтвердилися, що відображає відсутність консенсусу в попередніх дослідженнях: у літературі можна знайти як докази більшої толерантності молоді, так і протилежні висновки або твердження про відсутність ефекту віку взагалі.

Окремо автори звертають увагу на вплив «невидимості» аутизму, яка знижує рівень соціальної бажаності відповідей. В умовах, коли ознака інвалідності не є явно помітною, респонденти не активізують усталені когнітивні схеми чи стереотипні уявлення, що робить відповіді менш залежними від упереджень і суспільного тиску.

Шкала **MAS**, попри свою методологічну виваженість і теоретичну глибину, має низку суттєвих обмежень у прикладному використанні, особливо в польових умовах. Її структурна складність, а також значна кількість тверджень (34 пункти, розподілені між трьома факторами), роблять її малопридатною для застосування у форматі **CAPI** (Computer-Assisted Personal Interviewing). В умовах польових досліджень в Україні, зокрема у громадах, що постраждали від бойових дій, або серед груп із високим рівнем травматизації логістичні ресурси обмежені, час на інтерв'ю скорочений, а загальний ризик є підвищеним. У таких умовах MAS не забезпечує необхідної оперативності: її використання потребує ретельного інструктажу інтерв'юерів, стабільного середовища для проведення опитування та готовності респондентів зосередитися на уявній соціальній ситуації, яку вони мають змодельовати в уяві. Окрім того, MAS розрахована на респондентів, які звикли оперувати абстрактними поняттями та

здійснювати саморефлексію стосовно своїх емоційних і поведінкових реакцій у гіпотетичному міжособистісному контакті з людиною з інвалідністю. Сприйняття опитування на цьому когнітивному рівні мислення може бути складним для частини цільової аудиторії – наприклад, людей з низьким освітнім рівнем, старшого віку або тих, хто перебуває в стані посттравматичного виснаження. У результаті це може спричинити нерепрезентативність відповідей, порушення валідності даних або знижений response rate через передчасне завершення інтерв'ю.

Шкала **SDS (Social Distance Scale)** – це модифікований психометричний інструмент, адаптований для вимірювання соціальної дистанції до людей з інвалідністю (Link et al., 1987). Її основою є класична шкала соціальної дистанції Богардуса (Bogardus Social Distance Scale), яка ще з 1920-х років використовується у соціології для вимірювання рівня прийняття або відторгнення окремих соціальних груп. Основна мета шкали – оцінити ступінь готовності респондента до різних форм соціальної взаємодії з людиною з інвалідністю. Вона передбачає уявлення респондентом гіпотетичних ситуацій, які охоплюють різні рівні міжособистісного або соціального зближення. Залежно від того, яку дистанцію людина готова допустити, можна судити про її реальну схильність до інклюзії / ексклюзії.

Шкала **SDS** у цій адаптації складається з семи рівнів соціального контакту, розміщених за принципом зменшення соціальної дистанції - від абстрактного співіснування в межах однієї країни до інтимної взаємодії, як-от шлюб або спільне проживання. Серед ситуацій, які пропонуються респонденту, є такі: «погоджуюсь, щоб людина з інвалідністю жила в моєму місті», «щоб працювала зі мною в одному колективі», «щоб вийшла заміж за когось із членів моєї родини» тощо. Кожна позитивна відповідь («так») сигналізує про нижчу соціальну дистанцію, а відмова – про вищу.

Автори підкреслюють, що **SDS** є одним із небагатьох інструментів, які залишаються валідними та ефективними навіть у складних умовах – завдяки своїй структурній простоті та мінімальному когнітивному навантаженню, шкала не потребує від респондентів складного рефлексивного мислення чи уявлення абстрактних ситуацій – усі

питання зрозумілі, близькі до повсякденного досвіду, і легко адаптуються до конкретного соціального контексту. Шкала SDS одновимірною за своєю конструкцією і зосереджується на фактичному рівні прийнятності контакту. Така структура робить шкалу надзвичайно зручною для використання в умовах обмеженого часу на опитування, наприклад у форматі **CAPI** або мобільного інтерв'ювання. Шкала **SDS** була адаптована та апробована Соціологічною групою «Рейтинг» у дослідженні 2023 року⁶⁹ і може слугувати чутливим індикатором готовності респондентів до безпосередньої взаємодії з людьми з інвалідністю, що визначає готовність громадськості до збільшення рівня інклюзивності суспільства.

Шкала **ADS (Attitudes to Disability Scale)** – це стандартизований міжнародний інструмент для вимірювання ставлення до людей з інвалідністю, розроблений під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я в межах міжнародного проекту WHOQOL-DIS Group (Power et al., 2010). Вона була створена у 2010 році як частина ширшого дослідження якості життя осіб з інвалідністю, проте швидко набула самостійного значення завдяки високим психометричним якостям і широкому спектру застосування. Над створенням шкали працювали дослідники з понад 15 країн світу, що забезпечило їй кроскультурну валідність. Основна мета ADS – вимірювати ставлення як загального населення, так і самих осіб з інвалідністю до феномена інвалідності в сучасному суспільстві. Особливістю цього інструменту є те, що він не зосереджується лише на стигматизації, а охоплює ширший спектр уявлень і очікувань, включно з потенційно позитивними змістами (наприклад, ідеї зростання чи сенсу життя через досвід інвалідності).

Шкала складається з 16 тверджень, які об'єднані у чотири концептуальні підшкали:

- Inclusion (Інклюзія): відображає ступінь прийняття і підтримки участі людей з інвалідністю у суспільному житті;
- Discrimination (Дискримінація): виявляє упередження, соціальні бар'єри і негативні стереотипи;

69

https://ratinggroup.ua/research/ukraine/yak_naspravdi_ukrainske_suspilstvo_stavitsya_do_lyudey_z_invalidnistyu.html

- Gain (Зиск): стосується сприйняття інвалідності як потенційного джерела особистого зростання, емпатії або сенсу;
- Prospects (Перспективи): оцінює сподівання щодо майбутнього людей з інвалідністю - оптимістичні чи песимістичні.

Кожне твердження оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта - від «повністю не погоджуюсь» до «повністю погоджуюсь». У загальному аналізі можуть враховуватись як загальний сумарний бал, так і значення по окремих підшкалах.

В одному з досліджень з використанням шкали **ADS** було вивчено ставлення викладачів медсестринських програм у США до людей з інвалідністю (Lyon & Houser, 2016). Загалом респонденти продемонстрували переважно позитивні установки: зокрема, найвищі оцінки отримала підшкала «Gains», яка відображає уявлення про особистісне зростання, що може супроводжувати досвід інвалідності. Водночас на підшкालі «Discrimination» було зафіксовано дещо менш позитивне, хоча все ще виразне визнання дискримінації як поширеного явища. Інші підшкали, зокрема «Inclusion» та «Prospects», продемонстрували радше нейтральні або помірно позитивні оцінки, що може свідчити про наявність певних сумнівів чи стриманого оптимізму щодо повної інтеграції людей з інвалідністю в суспільне життя або щодо їхніх майбутніх можливостей.

Факторний аналіз показав, що первинна структура шкали (яка містила чотири підшкали) не повністю відтворюється у вибірці викладачів медичних дисциплін. Було підтверджено наявність двох оригінальних підшкал – «Discrimination» і «Gains», а також виявлено дві нові факторні структури – «Opportunity» (можливості) та «Belonging» (приналежність), що вказує на особливості сприйняття інвалідності саме в цій професійній групі.

У цілому, **ADS** чутлива до відмінностей у соціальному досвіді: особи, які мали тривалий контакт із людьми з інвалідністю, демонструють значно вищі показники за шкалою «Інклюзія» та нижчі – за шкалою «Дискримінація». У той же час, на шкалі «Gain» часто спостерігається амбівалентність – не всі респонденти схильні вважати досвід інвалідності таким, що сприяє особистісному розвитку, що є культурно обумовленим. **ADS** є теоретично багата та змістовно насичена, але вимагає культурної адаптації й обережної інтерпретації результатів,

що також обмежує її прикладну цінність у специфічних польових умовах.

В окрему категорію слід віднести шкалу **Multidimensional Scale of Perceived Discrimination (MSPD)**, яка була розроблена Фернандо Молеро та колегами у 2012 році з метою створити інструмент, що дозволяє оцінити те, як сприймають дискримінацію представники різних стигматизованих груп (Molero et al., 2013). Її створення зумовлене потребою у валідному, уніфікованому інструменті, який би не обмежувався однією групою чи типом дискримінації, на відміну від існуючих шкал, що здебільшого були розроблені для однієї зі стигматизованих груп.

Структура шкали охоплює чотири виміри сприйнятої дискримінації:

- явна (blatant) дискримінація на рівні групи;
- прихована (subtle) дискримінація на рівні групи;
- явна дискримінація на індивідуальному рівні;
- прихована дискримінація на індивідуальному рівні.

Кожен вимір представлений окремими пунктами, що разом утворюють шкалу з 20 пунктів. Шкала пройшла конфірматорний факторний аналіз, який засвідчив валідність її чотиривимірної структури. Усі факторні навантаження були високими та значущими, а міжфакторні кореляції – сильними (0,60–0,82), що відповідає концептуальній близькості вимірюваних конструктів. Надійність шкали була високою: загальний коефіцієнт Cronbach's alpha = 0,94, субшкали – від 0,79 до 0,89.

Загальна тенденція свідчить, що учасники стигматизованих груп сприймають вищий рівень дискримінації, коли йдеться про їхню групу, ніж коли мова про особистий досвід (ефект розриву між особистим і груповим сприйняттям дискримінації). Крім того, респонденти частіше повідомляли про приховані форми дискримінації (наприклад, упереджене ставлення без прямої ворожості), ніж про відкриті форми. Це узгоджується з сучасними теоріями «нового расизму» або «аверсивної дискримінації», коли формально заборонена ворожість трансформується у менш помітні, але не менш шкідливі форми упередженого ставлення.

Особливо цікаво, що саме сприйняття прихованої індивідуальної дискримінації (**SID**) виявилось найсильніше пов'язаним із зниженням психологічного добробуту: негативний баланс емоцій та нижча самоприйнятність найтісніше корелювали саме з цим виміром дискримінації. Це може бути пояснено тим, що такі форми дискримінації менш помітні, важче піддаються оскарженню й створюють почуття безпорадності й недовіри, що суттєво впливає на психоемоційний стан.

Така шкала добре підходить для оцінки самотигматизації людей з різних груп, проте вона не адаптована для вивчення ставлення до людей з інвалідністю та не дозволяє зробити висновки про загальний рівень суспільної стигматизації, що обмежує її корисність у дослідженнях, націлених на вивчення громадської думки.

Шкала **APPD (Attitudes and Perspectives toward Persons with Disabilities)** була розроблена дослідниками з Південної Кореї як відповідь на потребу в сучасному, психометрично обґрунтованому інструменті для вимірювання суспільних установок щодо людей з інвалідністю. Розробка **APPD** проходила у кілька етапів. Спершу на основі аналізу літератури було сформульовано 32 твердження. Далі автори провели два цикли Delphi-опитування із залученням експертів з різних галузей, пов'язаних з інвалідністю. Після цього відбулося пілотне тестування на великій вибірці – понад 1300 працівників трьох університетських лікарень. Фінальна версія шкали налічує 14 тверджень, згрупованих у чотири підшкали, які репрезентують ключові установки щодо людей з інвалідністю: схильність до їхньої інтеграції у громаду (Community Integration), рівень дискомфорту при взаємодії (Discomfort), ставлення як до об'єкта милосердя або співчуття (Charitability), а також уявлення про них як потенційний тягар (Perceived Burden).

Усі твердження оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта - від повної незгоди до повної згоди. Статистичний аналіз підтвердив чотирифакторну структуру шкали: підтверджувальний факторний аналіз показав адекватну відповідність моделі емпіричним даним, а коефіцієнт надійності Cronbach's alpha для всіх підшкал і загальної шкали виявився достатньо високим.

Шкалу **APPD** використовують зокрема для оцінки ефективності курсів, спрямованих на покращення ставлення до людей з інвалідністю. В одному з досліджень, проведеному в США, було встановлено, що до навчального втручання студенти-медики демонстрували менш позитивне сприйняття людей з інвалідністю, порівняно зі своїми колегами з програми фізіотерапії, які вже мали подібний досвід (Sinha et al., 2024). Однак після завершення курсу, що включав лекції, практичні заняття, особисту взаємодію з людьми з інвалідністю, а також рефлексивні обговорення, ці відмінності між групами зникли – результати показали суттєве зниження упереджених установок і зростання рівня емпатії та розуміння щодо осіб з інвалідністю, особливо в емоційному та когнітивному вимірах. Ці зміни були зафіксовані як за шкалою **APPD**, так і за **MAS**, при цьому зміни в поведінковій складовій виявилися менш вираженими. Також учасники висловлювали більшу готовність до комунікації з особами з інвалідністю, бажання продовжити навчання у цій сфері та визнання необхідності індивідуального підходу до пацієнтів з особливими потребами. Особливої уваги вони потребували у випадках взаємодії з людьми з інтелектуальними порушеннями, адже саме такі ситуації викликали найбільшу невпевненість. Автори наголошують, що залучення самих людей з інвалідністю як активних учасників навчального процесу суттєво сприяє зменшенню стигми та формуванню глибшого розуміння складності досвіду життя з інвалідністю.

APPD виявилася чутливою до впливу просвітницьких заходів. Вона підходить для використання в суспільному секторі і може застосовуватися як для моніторингу змін у ставленні, так і для порівняння груп з різним досвідом контакту з людьми з інвалідністю.

Аналіз соціологічних і психологічних досліджень, проведених у США та країнах Європи, свідчить про складну, багатовимірну природу суспільного ставлення до людей з інвалідністю. Незважаючи на формальну підтримку інклюзивності в політичному та громадському дискурсах, емпіричні результати показують суперечливу картину: суспільні установки щодо інвалідності залишаються амбівалентними, глибоко контекстуальними та залежними від ряду індивідуальних і структурних чинників. Ставлення до людей з інвалідністю значною

мірою залежить від соціального контексту, типу інвалідності, досвіду особистого контакту з такими людьми, а також освітнього та професійного бекграунду респондентів (Klooster et al., 2009; Satchidanand et al., 2012; Wilson & Scior, 2014). При цьому слід зазначити, що декларовані соціальні установки нерідко не збігаються з автоматичними (підсвідомими) реакціями. Один із небагатьох аналізів, що використовує Implicit Association Test (Wilson & Scior, 2014), виявив, що навіть у випадках публічного схвалення інклюзії учасники демонструють негативні несвідомі асоціації щодо інвалідності. Така когнітивна подвійність має суттєві наслідки: вона створює ілюзію позитивного ставлення, яка не завжди підтверджується на практиці – наприклад, у процесі працевлаштування або соціальної взаємодії.

Утім, одним з головних обмежень цих досліджень є характер вибірки. Більшість досліджень базується на непередставницьких групах: студентів, працівників медицини, корпоративних працівників, рідше – осіб з інвалідністю. Методологія деяких з шкал унеможливлює узагальнення висновків на все населення країни або регіону. Крім того, критичною прогалиною є відсутність фокусування на ветеранах з інвалідністю як окремій категорії: хоча окремі патерни можна екстраполювати, ветеранський досвід має унікальні психосоціальні характеристики, пов'язані з бойовою травмою, соціальним статусом, очікуванням визнання та труднощами з поверненням до цивільного життя.

ДОДАТОК Г. ПРОФІЛЬ ВИБІРКИ

Таблиця 1.1 Розподіл опитаних по регіонах і областях

Регіони	Області	Кількість респондентів
Захід	Івано-Франківська	78
	Рівненська	63
Центр	Житомирська	69
	Черкаська	70
Південний Схід	Дніпропетровська	184
	Одеська	136

Таблиця 1.2 Розподіл опитаних за типом населеного пункту

	Кількість респондентів
Обласний центр	174
Інші міста	220
Села	206

Таблиця 1.3 Розподіл опитаних по вікових групах

	Кількість респондентів
18-35	173
36-50	184
51 і старші	243

Таблиця 1.4 Розподіл опитаних за рівнем доходу

	Кількість респондентів
Бідні	55
Малозабезпечені	157
Середнього рівня	251
Забезпечені	128
Важко відповісти	9

Таблиця 1.5 Розподіл опитаних за рівнем освіти

	Кількість респондентів
Середня загальна	161
Середня спеціальна	205
Вища, незакінчена вища	234

Таблиця 1.6 Гендерний розподіл опитаних

	Кількість респондентів
Чоловіки	273
Жінки	327

Таблиця 1.7 Розподіл опитаних за присутністю в оточенні цивільних людей з інвалідністю

	Кількість респондентів
--	------------------------

Особисто мають інвалідність	64
Члени сім'ї мають інвалідність	153
Друзі, знайомі мають інвалідність	202
Сусіди, колеги мають інвалідність	117
Не мають людей з інвалідністю в оточенні	186
Не дали відповідь	3

Таблиця 1.8 Розподіл опитаних за присутністю в оточенні ветеранів з інвалідністю

	Кількість респондентів
Особисто є ветеранами з інвалідністю або мають таких членів сім'ї	96
Друзі, знайомі є ветеранами з інвалідністю	163
Сусіди, колеги по роботі є ветеранами з інвалідністю	47
Не мають ветеранів з інвалідністю в оточенні	322
Не дали відповідь	12

Таблиця 1.9 Розподіл опитаних за наявністю родичів, які служать або служили на війні

	Кількість респондентів
Є такі родичі	368
Немає таких родичів	230
Не дали відповідь	2

ДОДАТОК Д. ТАБЛИЦІ З РЕЗУЛЬТАТАМИ КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ

Таблиця 1.1 Кореляція між відповіддю на питання «Як часто в повсякденному житті Ви бачите людей з інвалідністю?» і соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Вік (Pearson's R)	0,102	0,040	2,497	0,013
Матеріальне становище (Pearson's R)	-0,088	0,041	-2,163	0,031

Таблиця 1.2 Кореляція між відповіддю на питання «Як часто в повсякденному житті Ви бачите людей з інвалідністю?» та Індексом стигматизації (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Pearson's R	-0,091	0,043	-2,218	0,027

Таблиця 1.3 Кореляція між відповіддю на питання «Наскільки для вас прийнятно, щоб людина з інвалідністю була Вашим партнером, близькою людиною?» та віком респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	0,172	0,042	4,164	0,000

Таблиця 1.4 Кореляція між Індексом соціальної відстані та Індексом стигматизації (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Pearson's R	-0,254	0,040	-6,408	0,000

Таблиця 1.5 Кореляція між відповіддю на питання «Чи вважаєте ви, що люди з інвалідністю є повноправними членами в сучасному суспільстві?» та статтю респондента (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,082	0,041	-2,008	0,045

Таблиця 1.6 Кореляція між відповіддю на питання «На вашу думку, як українське суспільство ставиться до цивільних людей з інвалідністю?» та соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Тип населеного пункту (Pearson's R)	0,093	0,042	2,199	0,028
Матеріальне становище (Pearson's R)	0,126	0,046	2,998	0,003

Таблиця 1.7 Кореляція між відповіддю на питання «На вашу думку, як українське суспільство ставиться до ветеранів з інвалідністю?» та матеріальним становищем респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Pearson's R	0,097	0,043	2,309	0,021

Таблиця 1.8 Кореляція між відповіддю на питання «На вашу думку, як ваше найближче оточення ставиться до ветеранів з інвалідністю?» та регіоном проживання респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,080	0,042	-1,924	0,050

Таблиця 1.9 Кореляція між відповіддю на питання «На вашу думку, як ваше найближче оточення ставиться до ветеранів з інвалідністю?» та матеріальним становищем респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Pearson's R	0,086	0,041	2,059	0,040

Таблиця 1.10 Кореляція між відповіддю на питання «На вашу думку, як українське суспільство ставиться до цивільних людей з інвалідністю?» та наявністю інвалідності (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,130	0,044	-3,108	0,002

Таблиця 1.11 Кореляція між відповіддю на питання «На вашу думку, як ваше найближче оточення ставиться до цивільних людей з інвалідністю? та наявністю інвалідності (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,142	0,044	-3,439	0,001

Таблиця 1.12 Кореляція між Індексом стигматизації та наявністю інвалідності (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,096	0,040	-2,347	0,019

Таблиця 1.13 Кореляція між відчуттям жалю при зустрічі з цивільною людиною з інвалідністю та регіоном проживання респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	0,100	0,040	2,463	0,014

Таблиця 1.14 Кореляція між відчуттям суму/печалю при зустрічі з цивільною людиною з інвалідністю та регіоном проживання респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,122	0,039	-2,996	0,003

Таблиця 1.15 Кореляція між відчуттям вдячності при зустрічі з ветеранами з інвалідністю та статтю респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	0,113	0,041	2,779	0,006

Таблиця 1.16 Кореляція між відчуттям співчуття при зустрічі з ветеранами з інвалідністю та наявністю військових з інвалідністю серед членів сімей (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
--	-------	---------------------------	---------------	--------------------------

Spearman Correlation	-0,083	0,040	-2,039	0,042
----------------------	--------	-------	--------	-------

Таблиця 1.17 Кореляція між відчуттям гордості при зустрічі з ветеранами з інвалідністю та соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Вік (Spearman Correlation)	-0,100	0,041	-2,451	0,015
Матеріальне становище (Spearman Correlation)	0,098	0,040	2,400	0,017
Тип поселення (Spearman Correlation)	0,086	0,041	2,113	0,035

Таблиця 1.18 Кореляція між відчуттям жалю при зустрічі з ветеранами з інвалідністю, соціально-демографічними характеристиками респондентів та наявністю в їхньому оточенні людей з інвалідністю, у тому числі військових та родичів, які служать або служили на війні (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Регіон проживання (Spearman Correlation)	0,091	0,037	2,239	0,025
Відсутність в оточенні людей з інвалідністю (Spearman Correlation)	-0,111	0,040	2,727	0,007
Наявність близьких родичів, які служать чи служили на війні (Spearman Correlation)	0,084	0,041	2,060	0,040
Респондент є ветераном з інвалідністю або має серед членів сім'ї ветерана з	-0,110	0,033	-2,697	0,007

інвалідністю (Spearman Correlation)				
---	--	--	--	--

Таблиця 1.19 Кореляція між відчуттям суму/печалі при зустрічі з ветеранами з інвалідністю і соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Регіон проживання (Spearman Correlation)	-0,105	0,040	-2,589	0,010
Вік (Spearman Correlation)	-0,117	0,041	-2,883	0,004
Матеріальне становище (Spearman Correlation)	0,087	0,038	2,131	0,034

Таблиця 1.20 Кореляція між оцінкою можливостей займатися спортом для людей з інвалідністю та віком респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	0,144	0,040	3,570	,000

Таблиця 1.21 Кореляція між оцінкою медичних послуг для людей з інвалідністю та наявністю інвалідності (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,138	0,041	-3,410	0,001

Таблиця 1.22 Кореляція між сприйняттям неприспособованості приміщень та громадської інфраструктури як проблеми, з якою найчастіше стикаються люди з інвалідністю, наявністю інвалідності та освітою респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Наявність інвалідності	-0,136	0,040	-3,357	0,001

(Spearman Correlation)				
Рівень освіти (Spearman Correlation)	0,113	0,040	2,785	0,006
Вік (Spearman Correlation)	-0,114	0,040	-2,807	0,005

Таблиця 1.23 Кореляція між сприйняттям браку необхідних послуг як проблеми, з якою найчастіше стикаються люди з інвалідністю, та матеріальним становищем респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,102	0,040	-2,514	0,012

Таблиця 1.24 Кореляція між сприйняттям проблем із працевлаштуванням як проблеми, з якою найчастіше стикаються люди з інвалідністю, та соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Рівень освіти (Spearman Correlation)	-0,088	0,040	-2,166	0,031
Вік (Spearman Correlation)	-0,091	0,042	-2,225	0,026

Таблиця 1.25 Кореляція між сприйняттям браку необхідних послуг з реабілітації як проблеми, з якою найчастіше стикаються люди з інвалідністю і наявністю інвалідності (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	-0,124	0,025	-3,055	0,002

Таблиця 1.26 Кореляція між сприйняттям дискримінації та упередженого ставлення з боку оточуючих як проблеми, з якою найчастіше стикаються люди з інвалідністю, та соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Вік (Spearman Correlation)	-0,154	0,038	-3,816	0,000

Матеріальне становище (Spearman Correlation)	0,081	0,038	1,991	0,047
Регіон проживання (Spearman Correlation)	-0,103	0,034	-2,536	0,011

Таблиця 1.27 Кореляція між сприйняттям недоступності інформації як проблеми, з якою найчастіше стикаються люди з інвалідністю, та рівнем освіти респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	0,118	0,039	2,908	0,004

Таблиця 1.28 Кореляція між сприйняттям фінансової допомоги як такої, яку найбільше потребують люди з інвалідністю, та наявності членів сім'ї з інвалідністю (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Spearman Correlation	0,107	0,039	2,632	0,009

Таблиця 1.29 Кореляція між сприйняттям медичної допомоги як такої, яку найбільше потребують люди з інвалідністю, статтю респондентів та наявності людей з інвалідністю в їхньому оточенні (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Стать (Spearman Correlation)	0,130	0,041	3,194	0,001
В оточенні відсутні люди з інвалідністю (Spearman Correlation)	0,089	0,040	2,188	0,029

Таблиця 1.30 Кореляція між сприйняттям психологічної допомоги як такої, яку найбільше потребують люди з інвалідністю, соціально-демографічними характеристиками та наявністю інвалідності (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Тип населеного пункту (Spearman Correlation)	0,105	0,040	2,592	0,010
Вік (Spearman Correlation)	-0,118	0,040	-2,898	0,004
Наявність інвалідності (Spearman Correlation)	-0,085	0,039	-2,090	0,037

Таблиця 1.31 Кореляція між сприйняттям соціальної підтримки як такої допомоги, яку найбільше потребують люди з інвалідністю, та статтю респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
(Spearman Correlation)	-0,081	0,041	-1,979	0,048

Таблиця 1.32 Кореляція між сприйняттям реабілітаційної допомоги як такої, яку найбільше потребують люди з інвалідністю, соціально-демографічними характеристиками та наявністю людей з інвалідністю в оточенні респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Вік (Spearman Correlation)	-0,106	0,040	-2,612	0,009
Рівень освіти (Spearman Correlation)	0,081	0,041	1,996	0,046
Матеріальне становище (Spearman Correlation)	0,104	0,039	2,565	0,011
Наявність сусідів, колег по роботі з інвалідністю	0,087	0,044	2,137	0,033

Таблиця 1.33 Кореляція між сприйняттям допомоги у працевлаштуванні як такої, яку найбільше потребують люди з інвалідністю, та віком респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
--	-------	------------------------------	---------------	-----------------------------

(Spearman Correlation)	-0,156	0,042	-3,850	0,000
------------------------	--------	-------	--------	-------

Таблиця 1.34 Кореляція між схильністю покладати відповідальність у вирішенні питань людей з інвалідністю на місцеву владу, соціально-демографічними характеристиками респондентів та наявністю людей з інвалідністю в їхньому оточенні (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Стать (Spearman Correlation)	0,086	0,041	2,101	0,036
Матеріальне становище (Spearman Correlation)	-0,114	0,043	-2,808	0,005
Наявність членів сімей з інвалідністю (Spearman Correlation)	0,106	0,035	2,614	0,009

Таблиця 1.35 Кореляція між схильністю покладати відповідальність у вирішенні питань людей з інвалідністю на центральному владу, соціально-демографічними характеристиками респондентів та наявністю людей з інвалідністю в їхньому оточенні (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Стать (Spearman Correlation)	-0,113	0,041	-2,792	0,005
Рівень освіти (Spearman Correlation)	0,094	0,041	2,321	0,021
Наявність друзів, знайомих з інвалідністю (Spearman Correlation)	0,103	0,041	2,528	0,012

Таблиця 1.36 Кореляція між схильністю покладати відповідальність у вирішенні питань людей з інвалідністю на громадські організації і соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
--	-------	---------------------------	---------------	--------------------------

Стать (Spearman Correlation)	0,115	0,038	2,829	0,005
Вік (Spearman Correlation)	-0,121	0,040	-2,979	0,003
Матеріальне становище (Spearman Correlation)	0,105	0,039	2,593	0,010

Таблиця 1.37 Кореляція між схильністю покласти відповідальність у вирішенні питань людей з інвалідністю на міжнародні організації і фонди та соціально-демографічними характеристиками респондентів (N=600)

	Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Регіон проживання (Spearman Correlation)	-0,082	0,036	-2,012	0,045
Тип населеного пункту (Spearman Correlation)	-0,098	0,036	-2,415	0,016
Вік (Spearman Correlation)	-0,155	0,037	-3,843	0,000
Матеріальне становище (Spearman Correlation)	0,088	0,038	2,151	0,032