

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Вплив стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку із інвалідністю»

"The impact of stereotypes on perception and behavior in mature individuals with disabilities"

Виконала: здобувачка заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»
Гулько Маргарита Олексіївна

Керівник: д. психол. н., проф. кафедри диференціальної та спеціальної психології Родіна Н. В.

(підпис)

Рецензент: к. психол. н., доц. кафедри практичної та клінічної психології Данілова О.С.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
диф. та спец. психології
№ 7 від 22.04.2025 р.
Завідувач кафедри

Захищено на засіданні ЕК
протокол № від 202 р.
Оцінка / /
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)
Голова ЕК

(підпис)

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТЕРЕОТИПІВ НА СПРИЙНЯТТЯ ТА ПОВЕДІНКУ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ	
1.1 Поняття стереотипів та теоретичні підходи до їхнього вивчення	6
1.2 Види та структура стереотипів	10
1.3 Ставлення до людей із інвалідністю в соціо-культурному контексті	14
1.4 Психологічні особливості осіб зрілого віку	23
Висновки до 1 розділу	27
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТЕРЕОТИПІВ НА СПРИЙНЯТТЯ ТА ПОВЕДІНКУ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ	
2.1 Характеристика вибірки та методи дослідження	29
2.2 Аналіз та обробка результатів дослідження впливу стереотипів на сприйняття осіб зрілого віку з інвалідністю	34
Висновки до 2 розділу	56
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ	66

ВСТУП

У сучасному суспільстві, яке декларує цінності рівності, гідності та інклюзії, усе ще зберігаються стійкі стереотипи щодо окремих соціальних груп. Особливо вразливими до соціального упередженого сприйняття залишаються особи зрілого віку з інвалідністю. Вони нерідко одночасно піддаються дискримінації як за віковими ознаками, так і за станом здоров'я, що створює для них додаткові бар'єри в щоденному житті, спілкуванні, професійній та соціальній реалізації.

Дослідження впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю є важливим для виявлення того, як саме упереджені уявлення формують ставлення до цих людей з боку суспільства, а також як вони самі починають сприймати себе під дією зовнішніх оцінок. Такі стереотипи не лише впливають на самооцінку та адаптацію особистості, а й звужують можливості для її активної участі в суспільному житті.

Окрім цього, вивчення зазначеної теми відкриває шлях до глибшого осмислення механізмів соціального виключення та дозволяє розробляти ефективні підходи до формування інклюзивного середовища, де вік чи фізичні обмеження не перешкоджають повноцінній взаємодії, самореалізації та відчуттю гідності.

Актуальність теми впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю є надзвичайно обширною та різноплановою, адже стереотипи стосовно осіб з інвалідністю глибоко вкорінилися в суспільстві і часто впливають на сприйняття та ставлення до них інших людей. Ці стереотипи можуть призвести до дискримінації та соціальної ізоляції, що може мати негативний вплив на самооцінку та психічне здоров'я осіб з інвалідністю. Дослідження цього питання допоможе зрозуміти, як подолати ці негативні наслідки та підтримати психічне здоров'я. В глобальному контексті, також важливо зрозуміти, як ставлення до осіб з інвалідністю впливає на таке поняття, як «інклюзивність простору».

Вивчення цієї теми є актуальним ще й тому, що вона порушує важливі етичні, психологічні та соціальні питання: як суспільство бачить «іншого», як це бачення формує поведінку самої людини, та якими є наслідки тривалого впливу стереотипів на особистість. Глибше осмислення цих процесів дає змогу не лише ідентифікувати проблеми, але й сприяти створенню таких умов, за яких людська гідність не залежатиме від фізичних можливостей чи віку.

Велика кількість відомих вчених працювала над визначенням та вирішенням проблеми стереотипізації загалом та у галузі вивчення впливу стереотипізації на ставлення до людей з інвалідністю зокрема. У цьому переліку особливу роль відіграють українські дослідники: І.М. Сушій, Г.І. Цуканова, С.П. Бочарова, О.О. Ставицький, А.Й. Кепська, Л.І. Шаповал, В.І. Москалець. Крім цього, у світовому масштабі цю проблему намагалися розв'язати такі вчені, як: G.W. Allport, M. Oliver, T. Shakespeare, J. Morris, L.J. Davis, R. Garland-Thomson, C. Thomas.

Таким чином, актуальність дослідження впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб з інвалідністю є безсумнівною. Вона обумовлена як безпосереднім впливом стереотипів на психологічний стан людей з інвалідністю, так і необхідністю розробки ефективних стратегій їхньої підтримки. Результати дослідження можуть мати значний вплив на поліпшення якості життя осіб з інвалідністю та сприяти формування більшої толерантності в українському суспільстві.

Мета дослідження: визначення впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз поняття «стереотип», його видів та структури.
2. Проаналізувати ставлення до людей із інвалідністю в соціо-культурному контексті.
3. Проаналізувати психологічні особливості осіб зрілого віку

4. Провести емпіричне дослідження впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю.

Об'єкт дослідження: особи зрілого віку з інвалідністю.

Предмет дослідження: вплив стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю.

Методи дослідження: теоретичний аналіз використаних джерел: синтез та узагальнення; емпіричні методи: анкетування, шкала самооцінки Розенберга (RSES), методика дослідження якості життя SF-36 та методика оцінки ставлення до осіб з інвалідністю «Незавершені речення» в адаптації О. Ставицького, методи статистичної обробки даних для виявлення кореляційних зв'язків.

Організація і база проведення емпіричної роботи. Дослідження охопило 44 респондента, серед яких 11 жінок та 11 чоловіків без інвалідності, а також 13 жінок та 9 чоловіків з інвалідністю. Усі респонденти є громадянами України.

Практичне значення: отримані результати в подальшому можуть бути використані для розробки ефективних програм соціальної підтримки та інклюзії для осіб з інвалідністю. Представлені дані можуть бути впроваджені в практику соціальних служб та громадських організацій для підвищення обізнаності та подолання стереотипів стосовно осіб з інвалідністю.

Апробація роботи здійснювалась під час участі у 81 звітній студентській конференції ОНУ імені І.І. Мечникова, присвяченій 160-й річниці Університету, що відбулася 24 квітня 2025 року, онлайн, на платформі Zoom.

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (41) та додатків (4).

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТЕРЕОТИПІВ НА СПРИЙНЯТТЯ ТА ПОВЕДІНКУ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1 Поняття стереотипів та теоретичні підходи до їхнього вивчення

Уолтер Ліппман, відомий американський письменник та журналіст, перший дослідник, який застосував термін «стереотип» для опису психологічного явища, свого часу зауважив: «Не дивно, що будь-яке порушення стереотипів виглядає як загроза основам всесвіту. Це виклик нашим основам, і коли йдеться про серйозні речі, ми схильні вважати, що немає різниці між нашим всесвітом і Всесвітом... Це анархія, якщо наш порядок речей не є єдино можливим... Стереотипи не є нейтральними... Вони охоплюють усе це й навіть більше». Він також зазначив: «Стереотипи насичені почуттями, які їх супроводжують. Вони є фортецями наших традицій, і під їхнім захистом ми відчуваємося безпечно у своїх переконаннях» [31].

Ця глибока і багатшарова думка знаходить своє відображення в сучасній науковій позиції. Наприклад, згідно з думкою В. Дулаза, стереотипізація є процесом приписування подібних характеристик різним членам однієї групи без достатнього усвідомлення можливих відмінностей між ними. Деякі дослідники, діяльність яких описана у статті «Історіогенез поняття "стереотип" як предмет психологічного дослідження професійних стереотипів вихователів» [5] вважають, що основою соціальних стереотипів є психологічний феномен генералізації, узагальнення та схематизації досвіду, який виконує двояку роль. З одного боку, він спрощує процес пізнання, з іншого боку – якщо судження ґрунтується на обмеженому досвіді, особливо негативному, подальше сприйняття набуває негативного забарвлення. Крім того, вони підкреслюють, що соціально-психологічний аспект стереотипів виявляється у вигляді образу певної особи або групи осіб. Часто цей аспект розглядається в етнічному контексті, і слід зазначити, що країни, схильні до тоталітарного мислення, більш схильні занурюватися в міфи, включаючи міфологічні стереотипи. Як зазначають інші дослідники, «стереотип – це соціально-психологічне явище, яке визначається як

викривлене, неточне, узагальнене ірраціональне уявлення певної групи людей про щось, як спотворена система соціальних установок, що склалася в даному суспільстві» [16]. Узагальнюючи ці версії тлумачення одного терміну, можна виявити певні збіги між ними та висловити певні припущення:

1. Стереотипізація є продуктом суспільної думки, тобто не є вродженою характеристикою, але її підґрунтя формується в ранньому віці.
2. Стереотипізація часто є неусвідомленим процесом.
3. Стереотипізація економить ресурси головного мозку на зчитування і розуміння нового (припущення побудовано також на розумінні таких когнітивних упереджень як гало-ефект, внаслідок якого людина складає поверхневе та поспішне судження про що-небудь, взявши за основу перше враження чи виразну рису [38]).

Мозок завжди прагне спростити складну інформацію для більш ефективної її обробки. Нобелівський лауреат Д. Канеман запропонував вдалу метафору для опису цього процесу. Уявімо, що у нашому мозку існують дві системи: раціональний, обдуманий голос і миттєва, автоматична реакція; в такому випадку більшість рішень приймається саме на «автопілоті». Коли мозок «перевантажений», він обходиться поверховим аналізом і сприймає інформацію як факт без глибокого розгляду [41]. Це і є коренем проблематики стереотипів: їх двоїстого впливу на людей.

З одного боку, стереотипізація знижує витрати ресурсів мозку та дозволяє без значних зусиль робити висновки про події, явища чи людей. З іншого боку, через стереотипи ми отримуємо спрощені, «двовимірні» уявлення про світ, що може призводити до упереджень щодо певних подій чи людей, впливаючи на наше ставлення до них – як позитивно, так і негативно.

З позиції наукового підходу до аналізу соціальних стереотипів, які становлять особливий інтерес у межах даного дослідження, варто звернутися до чотирикомпонентної моделі, запропонованої Л. Едвардсом [5]. Ця модель включає такі складові:

- когнітивний аспект (змістовність), що передбачає приписування певних характеристик;
- ступінь одноманітності, тобто рівень узгодженості цих характеристик у масовій свідомості;
- емоційно-оціночну спрямованість (позитивна чи негативна забарвленість стереотипу);
- інтенсивність, яка відображає рівень упередженості.

Водночас сучасна наука наголошує на тому, що сам процес формування стереотипів не має однозначної позитивної чи негативної оцінки. Як зауважує В.О. Ханстантинов, «процес стереотипізації сам по собі не є ані позитивним, ані негативним» [36]. Інші дослідники підкреслюють, що цей механізм, подібно до інших міжгрупових процесів, «виконує об'єктивно необхідну функцію, дозволяючи швидко, просто та достатньо надійно категоризувати соціальне становище індивіда» [6].

З метою систематизації наукових підходів до вивчення стереотипів, досить часто виокремлюють їхні функції. Так, О.Д. Бойко зазначає, що на соціальному рівні стереотипи виконують насамперед ідеологічну функцію (сприяють формуванню та підтримці групової ідеології, яка визначає поведінку спільноти) та ідентифікаційну функцію (допомагають створити позитивний образ «своїх», що підтримується через ритуали та невербальну комунікацію) [7]. Існують також такі функції стереотипів, як соціальна, когнітивна та пояснювальна. Однак усі вони виконують допоміжну роль. Однією з найбільш значущих, окрім вищезгаданих двох основних функцій соціальних стереотипів, є регулятивна функція. Слід підкреслити, що її дія визначає залежність між стереотипами та їхнім функціонуванням у межах різних соціальних процесів. Вплив цей відбувається стихійно, через реалізацію певних стереотипів, які сформувалися у різні часові періоди серед окремих індивідів або груп, і які можуть існувати незалежно від актуальних процесів у суспільстві.

Якщо інтенсивність соціального стереотипу (за Л. Едвардсом [29]) висока, і у людини немає інших прикладів чи значущого знання, її переконання,

засновані виключно на стереотипах, можуть також забезпечувати високу одноманітність. Якщо при цьому спрямованість стереотипу є різко негативною, це може призвести до активації регулятивної функції стереотипів, оскільки регулятивна функція психіки полягає в організації поведінки людини відповідно до умов існування. Таким чином, можна пояснити виникнення таких явищ, як антисемітизм, мізогінія чи гомофобія, або інші радикальні рухи «проти» тих, хто не обмежує права та свободи інших. З іншого боку, у разі позитивної спрямованості, ця ж формула може бути використана для аналізу логічних помилок, таких як апеляція до авторитету (зловживання почуттям поваги до відомої особи або експерта для досягнення згоди з певним висновком; наприклад, «я не перевірятиму те, що сказав мені лікар, бо він лікар і знає краще» – апеляція до авторитету лікаря та позитивний стереотип щодо компетентності лікарів загалом).

Цю ж модель можна застосовувати, змінюючи значення змінних. Наприклад, збільшення рівня обізнаності людини – тобто зниження одноманітності – може призвести до нівелювання регулятивної функції стереотипу, а можливо, і до його зникнення. Як приклад, можна згадати американського музиканта та громадського діяча Д. Девіса. Він був відомий тим, що, будучи темношкірим, відвідував зібрання Ку-клукс-клану – расистської та терористичної організації в США – і просто спілкувався з її членами. Д. Девіс виявив, що більшість цих людей ніколи не зустрічали темношкіру людину. Його ключовим питанням було: «Чому вони ненавидять мене, коли нічого про мене не знають?» Хоча така ініціатива здавалася ризикованою, згодом Д. Девіс подружився з більш ніж двадцятьма членами КKK і заявляв, що був безпосередньо відповідальним за вихід від сорока до шістдесяти осіб із клану, а опосередковано – понад двохсот людей. Д. Девіс дійшов висновку, що члени клану мали багато хибних уявлень про темношкірих, сформованих через інтенсивні стереотипи, нав'язані з дитинства. Коли вони знайомилися з ним, їм ставало важче підтримувати свої упередження. Про свій досвід Д. Девіс розповів

у книзі 1998 року «Stomping on the Blues: The Story of a Black Man's Odyssey in the Ku Klux Klan» [28] та на декількох подкастах і виступах, зокрема на TED [39].

Проте для повноти оцінки варто зазначити, що деякі дослідники не погоджуються з подібною позицією, вважаючи, що важливою властивістю стереотипів є стійкість до нової інформації, що підтверджується в емпіричних дослідженнях, зокрема викладених С.І. Світич у статті «Проблеми вивчення стереотипів та стереотипізації: теоретико-методологічні підходи» [19]. Щоправда, в цих дослідженнях фокус спрямовувався саме на етнічні стереотипи і взаємодію груп, що набагато ускладнює процес подолання ефекту негативного стереотипу, зокрема тим, що в міжгрупових взаємодіях присутні особливі ефекти, які детально вивчає психологія натовпу.

Тож, аналізуючи дослідження Д. Девіса, можна припустити, що його підхід все ж можна екстраполювати на інші сфери, що позначені соціальними стереотипами. Логічно дійти висновку, що зі збільшенням видимості та знань про певну соціальну групу, вплив стереотипів щодо неї буде зменшуватися. Саме на цьому ґрунтується сучасна інклюзивна освіта.

Таким чином, стає зрозуміло, що стереотипи, як неусвідомлені, емоційно заряджені уявлення, що спрощують складну інформацію, але часто призводять до упереджень, виконують важливі соціальні функції, однак їхній вплив можна зменшити шляхом підвищення обізнаності.

1.2 Види та структура стереотипів

Насамперед варто зазначити, що основними формами стереотипів, тобто способами, у які вони оформлюються, є такі (за О.Д. Бойко) [7]:

- стандартні, одноманітні підходи до осмислення соціально-політичних явищ;
- усталені стандарти поведінки (канони, норми, ритуали);
- узагальнений образ людини, що належить до певної соціальної, етнічної або вікової групи;
- спрощені поняття, які виконують роль орієнтувальних символів.

Відповідно до цього виділяють різні типи соціальних стереотипів. Серед основних часто згадують такі різновиди, як етнічні, гендерні та вікові стереотипи.

Крім них, виділяють стереотипи, які проявляються в різних сферах соціальної реальності, зокрема соціокультурні, політичні, ідеологічні та електоральні. Іноді стереотипи класифікують як істинні та хибні, що визначається аналізом конкретних ситуацій, у яких вони застосовуються, а також як прогресивні та реакційні [16].

У своїй статті «Стереотипи та їхня роль у житті людини і суспільства» Л.Б. Жук виділяє такі типи стереотипів [7]:

1. За враженнями, які справив на нас конкретний представник певної людської спільноти:

– Позитивні — утворюються, коли позитивні риси одного або кількох представників групи, класу, раси, національності чи держави у перебільшеному вигляді поширюються на всю спільноту чи державу.

– Нейтральні — виникають тоді, коли певна риса, ознака або образ закріплюються за людиною, групою, класом, расою, національністю чи державою, і ці характеристики за своєю природою не є ані позитивними, ані негативними.

– Негативні — формуються, коли негативні риси одного або кількох представників групи, класу, раси, нації чи держави перебільшено приписуються всій спільноті або державі.

2. За носіями та об'єктами спрямування: особисті, групові, класові, національні, державні, регіональні, релігійні, расові, соціальні, гендерні, політичні тощо.

У процесі дослідження поняття «стереотипи» доцільно також враховувати близькі за значенням терміни, такі як «установка», «упередження», «атитюд» і «шаблон», а також проаналізувати їхні спільні та відмінні риси.

Термін «установка» трактується як певна дія або намір, що формуються на основі попереднього досвіду й виявляють готовність індивіда до конкретного

типу поведінки; це свого роду спрямованість на діяльність як всього організму, так і його окремих систем [15].

Відповідно до визначення, наведеного в Словнику української мови, поняття «упередження» означає хибне або помилкове уявлення, що виникає щодо когось чи чогось наперед, без належного ознайомлення, і супроводжується відповідним емоційно забарвленим ставленням [20].

Поняття «атитюд» (соціальна настанова) інтерпретується як стійка установка або схильність окремої особи чи групи до певних дій, які орієнтовані на соціально значущі об'єкти. Це також система ціннісних орієнтацій, що визначає поведінку особистості в соціумі.

Слово «шаблон» тлумачиться як модель, зразок, що використовується для повторення або наслідування; інколи — як прояв стереотипності мислення, банальності або вторинності [20].

Узагальнюючи зазначені поняття, можна дійти висновку, що всі вони мають спільну основу — досвід, який закріплюється в психіці та впливає на стабільність мислення й поведінки особистості у подібних життєвих ситуаціях. Коли думки переходять у дії, це можна пояснити через трикомпонентну структуру атитюда, розроблену М. Смітом [16]. Ця структура включає:

- а) афективний компонент (любов і ненависть, симпатія і антипатія), який відображає емоційну оцінку;
- б) когнітивний компонент (переконання, думки та ідеї стосовно об'єкта соціальної установки), який відповідає за усвідомлення об'єкта атитюда;
- в) поведінковий компонент (мотиви й цілі поведінки або схильність до певних учинків і намірів), що визначає послідовну поведінку стосовно об'єкта.

Когнітивний компонент стереотипу визначає процес формування уявлень і знань про певні об'єкти чи групи. Афективний компонент, своєю чергою, відображає рівень закріплення цих уявлень у свідомості, що залежить від особистого ставлення до себе, попереднього досвіду та впливу соціального

середовища. У результаті взаємодії когнітивного та афективного елементів формується поведінковий аспект стереотипу, який безпосередньо впливає на вибір способу дій у конкретній соціальній ситуації.

Думки вчених щодо змісту поведінкового компонента стереотипу розходяться. Деякі дослідники вважають, що поведінковий компонент слід розуміти як «спостереження, пов'язані з установкою на дії». Інші ж вказують на те, що поведінковий компонент – це «ментальний образ дій, який можна розглядати як передумову до певних учинків». Прихильники цієї точки зору, зокрема Н. Олейник, С. Бабатіна та Ю. Коркос також зазначають, що стереотипи мають когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти, де поведінковий компонент відображає готовність до певних дій щодо об'єкта стереотипу [12]. Таке розуміння стереотипу зближує його з поняттям соціальної установки та перегукується з функціями стереотипів, описаними вище.

За результатами аналізу наукових праць, визначено, що соціальні стереотипи базуються на культурно-історичному досвіді, сімейних традиціях, інформації, отриманій із художньої літератури, засобів масової інформації тощо. Основою для формування особистісних стереотипів є власний досвід. Важливим є аналіз впливу соціальних стереотипів на психіку людини. Дослідження механізмів створення стереотипів, розробка нових теорій, які відповідають сучасним реаліям, та адекватних методів вивчення свідомості залишаються актуальними завданнями. Це важливо, зокрема, в конфліктних ситуаціях, де необхідно цілеспрямовано формувати толерантні установки в суспільстві [19].

Стереотипи мають бінарну природу: визначаючи іншого, суб'єкт автоматично порівнює це з власними характеристиками. Це пов'язує автостереотипи (набори уявлень, оцінок та суджень про себе, які відображаються в легендах, художніх творах, пресі) та гетеростереотипи. Авто- і гетеростереотипи формуються в процесі ідентифікації на рівні, де відбувається становлення відносно стійких уявлень та оцінок, типових для певної групи, комунікативних та емоційних стилів.

Стереотипи, що функціонують у суспільній та індивідуальній свідомості, мають різні механізми виникнення, закріплення та проявлення, за якими їх можна розділити на стереотипи поведінки та стереотипи мислення. На думку С. Гладких, перша група формувалася протягом століть та перевірена багатьма поколіннями; такі стереотипи перейшли у ранг міфологічних і стали сталими, вони не піддаються культурним змінам [19]. Друга група стереотипів виникає стихійно у процесі міжкультурної комунікації, під впливом конфліктів і засобів масової інформації; вони є динамічними та змінюються під впливом культурних, політичних і економічних факторів. Стереотипи, нав'язані ЗМІ (особливо в умовах конфлікту), є мінливими та динамічними. Більшість стереотипів другої групи є негативними, що має як позитивний (збереження групової єдності), так і негативний бік (створення бар'єрів у міжгруповій комунікації).

Отже, можна зробити висновок, що стереотипи формуються на основі культурно-історичного досвіду, сімейних традицій та інформації зі ЗМІ. Вони можуть бути позитивними, нейтральними або негативними та охоплюють різні сфери, як-от етнічні, гендерні, соціальні стереотипи. Існують два типи стереотипів: стійкі, перевірені часом, і змінні, які формуються через міжкультурну комунікацію та ЗМІ. Вони впливають на наше сприйняття світу і визначають нашу поведінку в аналогічних ситуаціях, проте їхній вплив можна зменшити шляхом підвищення обізнаності та розвитку толерантності.

1.3 Ставлення до людей з інвалідністю в соціо-культурному контексті

Як було зазначено раніше, стереотипи значною мірою залежать від соціального середовища, в якому формується особистість. Проте, повертаючись до основної теми цього дослідження – «Вплив стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю», варто розглянути, як саме ставлення до осіб з інвалідністю в різних культурних контекстах пов'язане з поширеністю стереотипів у цих культурах.

Спочатку розглянемо ключові терміни, які будуть використані при аналізі. «Культурний контекст» зазвичай визначається як літературознавчий термін, що описує культурне середовище, в якому створюються та інтерпретуються

літературні, мистецькі твори та ідеї [13]. Проте, спробуємо розширити це поняття і застосувати його до психології людини. В такому випадку, культурний контекст можна визначити як середовище, яке впливає на сприйняття інших людей або подій залежно від культури, в якій виріс індивід.

Соціальний контекст – це складне поняття, яке не має однозначного визначення. Автор теорії соціальної ідентичності, А. Тешфел, виділяє два соціальні фактори, пов'язані з контекстом: соціальний консенсус і проблема цінностей [37]. Термін «соціальний консенсус» використовується в психології соціального пізнання в двох значеннях – вузькому і широкому. У вузькому значенні соціальний консенсус означає згоду між випробуваним і експериментатором під час експерименту. У широкому ж сенсі, який нас цікавить, соціальний консенсус вказує на те, що сприйняття елементів зовнішнього соціального середовища залежить не лише від індивідуального досвіду, здібностей, психологічних характеристик особистості та когнітивного стилю сприйняття, але й від усталених зразків інтерпретації явищ у певній культурі, тобто від стереотипів зокрема.

Іншим важливим елементом соціального контексту є соціальні цінності. Проблема цінностей займає центральне місце в структурі соціологічного та психологічного знання. У соціології цінності визначаються як загальноприйняті переконання щодо цілей, яких варто прагнути. У соціально-психологічному контексті цінності метафорично називають «віссю свідомості» [1, 11], оскільки навколо цієї осі організовується сприйняття світу людиною. Цінності, в свою чергу, виступають регуляторами соціальної поведінки як індивідів, так і груп.

Цікавою є точка зору К. Левіна щодо можливості прогнозування поведінки людини, зокрема, його три принципи соціальної психології. В даному контексті він стверджував, що перед будь-якою інтерпретацією поведінки необхідно провести аналіз її соціального контексту, що відображено в принципі ситуаціонізму. Відповідно, ключовим положенням ситуаціонізму К. Левіна є твердження про те, що соціальний контекст активізує потужні сили, які стимулюють або обмежують поведінку [35].

Зважаючи на вищесказане, соціально-культурний контекст можна визначити як сукупність соціальних та культурних умов, у межах яких відбувається певне явище, дія або взаємодія. Цей контекст включає впливи, норми, цінності, традиції та вірування, притаманні конкретному суспільству або соціальній групі у певний історичний період.

Щоб глибше дослідити, яким чином соціально-культурне середовище впливає на ставлення до людей з інвалідністю, варто звернутися до аналізу українського менталітету як багатовимірного явища, що формується історично та проявляється у щоденних уявленнях, звичках, поведінкових стереотипах та ціннісних орієнтирах. У межах даного підходу ми зосередимося на ключових характеристиках ментальності, які безпосередньо або опосередковано впливають на сприйняття осіб з інвалідністю. Важливо підкреслити, що менталітет (або ментальність) – це не лише сукупність світоглядних установок, а й спосіб переживання дійсності, своєрідна «внутрішня карта світу» конкретного народу чи соціальної групи. Він відображає сприйняття та інтерпретацію світу в системі духовного життя етнічної спільноти, нації або окремих соціальних суб'єктів [5].

Менталітет не виникає спонтанно: він формується під впливом цілої низки чинників — історичних обставин, політичного ладу, типу господарства, релігійних переконань, системи освіти, а також культурних норм і звичаїв, що передаються між поколіннями. У випадку українського суспільства слід враховувати і специфічну історичну травматизацію, що залишила слід у колективній свідомості: досвід колоніального підпорядкування, радянської ідеологічної уніфікації, репресій, голодоморів та воєн. Усе це створює певне підґрунтя для виникнення глибоко вкорінених стереотипів, у тому числі щодо вразливих соціальних груп.

У нашому аналізі ми прагнемо розглянути ці чинники у взаємозв'язку, створивши цілісну уяву про те, як вони впливають на сучасне ставлення до осіб з інвалідністю. Особливу увагу буде приділено психологічному аспекту, оскільки саме через психологічну призму можна осмислити, яким чином

формується упередження, емоційні бар'єри, відчуження або, навпаки, емпатія й готовність до інклюзивної взаємодії. Утім, варто враховувати, що психіка людини не існує ізольовано — вона формується в певному фізичному, соціальному та культурному контексті. Тобто зовнішнє середовище (умови життя, доступність інфраструктури, медіа-впливи, державна політика) відіграє ключову роль у тому, як особистість сприймає себе та інших, зокрема — людей із особливими потребами.

Таблиця 1.1

Аналіз ментальності українця через призму ставлення до осіб з інвалідністю

	Україна
Історичний досвід	Україна пройшла складний шлях історичного розвитку, під час якого особам з інвалідністю часто не приділяли належної уваги. Радянська система, наприклад, намагалася «приховати» людей з інвалідністю, що призвело до маргіналізації та відсутності належної соціальної підтримки. Цей досвід вплинув на сучасне суспільство, де досі присутні залишкові стереотипи та певна ізоляція таких людей. Однак, із часом, після здобуття незалежності та орієнтації на європейські цінності, ставлення поступово змінюється в напрямку більшої інклюзії та підтримки.
Культурні традиції	Українська культура зосереджена на колективізмі та підтримці громади, що може як сприяти, так і перешкоджати інтеграції осіб з інвалідністю. З одного боку, традиції взаємодопомоги в селах і малих громадах сприяють підтримці людей, які потребують допомоги. З іншого боку, культурні стереотипи про «нормальність» і певні очікування від членів громади можуть створювати бар'єри для повноцінної інтеграції осіб з інвалідністю.
Соціальні умови	Соціально-економічні умови в Україні довгий час залишалися складними, що впливало на можливість забезпечення належного рівня життя для осіб з інвалідністю. Проте, останніми роками в Україні активно розвивається законодавство та ініціативи щодо інклюзії, що поступово покращує ситуацію. Взяти до прикладу закон щодо посилення захисту осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення при здійсненні містобудівної діяльності від 2020 року [18].
Мова	Українська мова, як носій культури, відображає суспільні настрої щодо осіб з інвалідністю. Хоча терміни та фрази поступово змінюються на більш етичні та коректні, у суспільстві все ще можна зустріти застарілі або образливі вирази. Зміни в мові є показником змін у ставленні, і сьогодні дедалі більше уваги приділяється використанню термінів, які підкреслюють людську гідність і рівність. До прикладу, у 2018 році Петро Порошенко підписав закон щодо виключення із українського законодавства та вжитку терміну «інвалід» [17].
Релігія	Релігія в Україні, зокрема православ'я та греко-католицизм, сприяє формуванню певних моральних принципів і цінностей. Традиційно церква підтримує допомогу та милосердя до людей, що потрапили в складні обставини, включаючи осіб з інвалідністю. Однак релігійні переконання можуть також формувати стереотипи, коли інвалідність розглядається як випробування або «кара», що може негативно впливати на сприйняття таких людей у суспільстві.
Сімейні традиції та виховання	Сім'я в Україні традиційно відіграє центральну роль у житті людини, і відношення до осіб з інвалідністю значною мірою залежить від сімейного виховання. У багатьох родинах існує сильна підтримка та турбота про членів сім'ї з інвалідністю, але водночас може бути присутнє бажання «приховати» такі проблеми від суспільства через стигму або страх осуду. Виховання, орієнтоване на рівність та інклюзію, сприяє формуванню позитивного ставлення до людей з інвалідністю.

На таблиці 1.1 представлені різні сфери соціального життя громадян України та перспективи їхнього впливу на ставлення до осіб з інвалідністю.

П.П. Кононенко, відомий українознавець та активний громадсько-політичний діяч, який відіграв важливу роль у становленні українознавства як інтегративної науки та філософії виховання й освіти, наголошував, що для розуміння менталітету українців необхідно проаналізувати їхні помисли й ідеали, світогляд, індивідуально-національні риси характеру й життєдіяльності, а також основи та своєрідність їхньої духовності [9].

На жаль, у процесі дослідження не вдалося знайти джерел, які б чітко простежували взаємозв'язок між ментальністю та ставленням до осіб з інвалідністю в Україні. Проте можна спробувати екстраполювати інші наукові дані, щоб уявити можливу динаміку цього взаємозв'язку.

До 1970-х років у світі переважала медична модель інвалідності, яка пов'язувала проблему з особистістю і зводила її вирішення до медичного лікування. Згодом на зміну їй прийшла соціальна модель, що пропонує усувати бар'єри й забезпечувати рівну участь осіб з інвалідністю в суспільному житті через підтримку законодавства та політики [1]. Розглянемо порівняння цих моделей на прикладі ключових підходів до осіб з інвалідністю.

Таблиця 1.2

Порівняння медичної та соціальної моделі інвалідності

(Сформовано на основі джерела 20)

Медична модель	Соціальна модель
Що з вами не так?	Які проблеми існують у суспільстві? Які соціальні, економічні, політичні або екологічні зміни необхідні для забезпечення повного дотримання прав людей з інвалідністю?
Чи пов'язані ваші труднощі в розумінні людей з проблемами зі слухом?	Чи виникають ваші труднощі в розумінні людей через їхню нездатність ефективно спілкуватися з вами?
Чи переїхали ви сюди через стан вашого здоров'я?	Які недоліки вашого попереднього житла спонукали вас переїхати сюди?
Чи обмежує ваш стан здоров'я або інвалідність вашу можливість виходити в люди так часто або настільки, як ви б хотіли?	Чи впливають транспортні або фінансові труднощі на вашу здатність виходити в люди так часто або настільки, як ви б хотіли?

На таблиці 1.2 продемонстровано, як само на рівні лінгвістичних конструкцій та акцентів у спілкуванні відрізняється медична та соціальна моделі інвалідності.

Попри зростаючу популярність соціальної моделі інвалідності, медична модель досі залишається домінуючою у багатьох країнах. Соціальна модель справедливо акцентує увагу на зовнішніх, суспільних бар'єрах, однак вона не завжди враховує індивідуальні аспекти, зокрема фізичний біль, що часто супроводжує важкі форми інвалідності. Один із представників руху за права осіб з інвалідністю влучно зауважив: «Ми можемо стверджувати, що упередження суспільства і його неспроможність задовольнити потреби, що виникають внаслідок інвалідності, робить нас неспроможними, але заперечення особистого досвіду інвалідності, зрештою, означатиме змову з нашим почуттям пригніченості» [32].

Можна припустити, що українське суспільство знаходиться на проміжному етапі між медичною та соціальною моделлю, що вказує на позитивну динаміку, але не виключає наявності стигматизації та стереотипів. Для підтвердження цієї гіпотези звернімося до масштабних емпіричних досліджень. Найактуальнішим є дослідження, проведене О. Ставицьким у 2012 році, яке було спрямоване на аналіз ставлення суспільства до людей з особливими потребами, використовуючи метод незакінчених речень.

Використовуючи принцип проєкції, зокрема асоціативний метод, була розроблена методика, що складалася з 60 речень з незавершеним формулюванням. Учасникам дослідження пропонувалося завершити ці речення, спираючись на свої емоції та думки, які викликав стимулюючий матеріал, що дозволяло виявити ставлення до досліджуваного явища [22].

Розглянемо результати цього дослідження, проаналізувавши домінуючі показники за кожною шкалою. Так, за шкалою «Депресія» було виявлено, що 71% обстежуваних відчувають дискомфорт при взаємодії з людьми з інвалідністю, що супроводжується зниженням емоційного фону та

переважанням астенічних емоцій. Проте, варто зазначити, що ці емоції рідко призводять до розвитку депресивних станів.

За шкалою «Гнів» середній рівень був виявлений у 57,2% обстежених, які відчують гнів до людей з інвалідністю в певних ситуаціях, зокрема, коли така особа перебуває у нетверезому стані, веде себе неввічливо або агресивно, провокуючи таким чином прояви гніву своїм ворожим ставленням.

За шкалою «Відраза» середній рівень характерний для 53% респондентів, які відчують відразу до людей з інвалідністю в ситуаціях, коли вони демонструють соціально неприйнятну поведінку.

Середній рівень за шкалою «Презирство» спостерігається у 57% опитаних, у яких презирство до людей з інвалідністю може виникати у випадках, коли вони демонструють деструктивні форми взаємодії, нав'язують спілкування або виявляють ворожість та агресію.

За шкалою «Страх» середній рівень характерний для 60% респондентів, які рідко відчують страх під час взаємодії з людьми з інвалідністю. Страх, який вони можуть відчувати, зазвичай пов'язаний з об'єктивними обставинами, наприклад, побоюванням, що людині з інвалідністю стане погано, і вони не зможуть допомогти, або через сприйняття потенційної загрози від такої особи через її неадекватну поведінку.

Середній рівень за шкалою «Ворожість» переважає у 72,5% обстежених, які відчують ворожість в ситуаціях, коли людина з особливими потребами сама провокує агресію.

За шкалою «Тривога» середній рівень проявляється у 65% респондентів, які відчують тривогу в ситуаціях, коли вважають, що людина з інвалідністю має заразне захворювання, є немічною та потребує допомоги, або просить про послугу, яку респондент не може надати.

Середній рівень за шкалою «Егоїзм» виявлено у 76,2% опитаних, які в певних ситуаціях можуть виявляти егоїстичне ставлення до людей з інвалідністю, особливо коли їхні власні інтереси конфліктують з інтересами цих осіб.

За шкалою «Домінування» середній рівень притаманний 76% респондентів, які прагнуть домінувати над людьми з інвалідністю в певних ситуаціях, особливо коли це зумовлено їхнім соціальним статусом або професійними ролями.

За шкалою «Антипатія» середній рівень спостерігається у 70% опитаних, які виявляють антипатію до людей з інвалідністю, особливо в ситуаціях, коли, на їхню думку, така поведінка є виправданою. Наприклад, коли людина з інвалідністю демонструє негативні особистісні риси, поводить себе агресивно або неадекватно, що провокує ворожість.

Середній рівень за шкалою «Інтолерантність» виявлений у 74,8% опитаних, які виявляють нетерпимість до людей з інвалідністю в ситуаціях, коли така людина поводить себе неадекватно.

За шкалою «Упередження» середній рівень проявляється у 61,2% респондентів. У них є стереотипні уявлення про людей з інвалідністю, але ці уявлення не мають значного впливу на їхнє ставлення і не спричиняють дискримінації. Цей показник є особливо важливим для нашого дослідження, оскільки саме в цьому випадку спостерігається рекордний показник високого рівня – 28,3% респондентів схильні до формування стереотипів щодо людей з інвалідністю, що заважає об'єктивному сприйняттю таких осіб. Як приклад: «Щоб не викликати упереджене ставлення, люди з інвалідністю повинні прагнути бути такими ж, як і здорові люди».

Середній рівень за шкалою «Нерозвинена емпатія» виявлений у 76% респондентів, які схильні виявляти емпатію до людини з інвалідністю в окремих ситуаціях, особливо коли ця людина є близькою для них.

Отримані результати дослідження на репрезентативній вибірці (n=1450) за допомогою методики «Незакінчених речень» показали, що приблизно 10-12% населення проявляє інтолерантне ставлення до інвалідізованих осіб. Іншими словами, приблизно одна десята людина має певні упередження. На жаль, лише близько 20% респондентів виявили толерантне ставлення до людей з особливими потребами, що свідчить про недостатню готовність суспільства приймати людей

з особливими потребами. Але важливо звернути увагу на середній показник, який – за кривою Гауса – домінує у суспільній думці.

Такі дані були у 2012 році, але з тих пір минуло більше ніж 10 років, тож практична частина цього дослідження буде присвячена також тому, щоб зрозуміти, чи існує позитивна динаміка між ставленням до людей з інвалідністю у 2012 та 2025 роках.

Важливо також зазначити, що будь яка стигматизація (негативне виділення суспільством індивіда за якоюсь ознакою з відповідним стереотипним набором соціальних реакцій на цього індивіда), зокрема осіб з інвалідністю, призводить до дискримінації, тобто до практичних дій, що обмежують права певної групи. Попри те, що явна стигматизація та пов'язана з нею дискримінація є забороненими у більшості цивілізованих країн та засуджуються культурними нормами, у будь-якому суспільстві все ще існує насиченість стигмами. Широкомасштабний характер цієї соціальної проблеми, що включає упередження та дискримінацію, привів до формування нових понять. Одним із них є «тоукенізм», що означає форму м'якої дискримінації, коли люди з упередженим ставленням поведуться зовні позитивно щодо об'єктів свого упередження, але лише тоді, коли така поведінка не потребує значних витрат. Тоукенізм слугує раціоналізацією дискримінаційної поведінки у соціально важливих контекстах.

Термін «тоукенізм» часто описує ситуації, коли організації чи індивіди здійснюють мінімальні, здебільшого символічні дії для включення представників меншин або соціальних груп. У контексті ставлення до людей з інвалідністю варто зазначити, що законодавство України передбачає квоти на працевлаштування осіб з інвалідністю. Згідно зі статтею 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю», роботодавці, що використовують найману працю, повинні забезпечити норматив працевлаштування осіб з інвалідністю на рівні чотирьох відсотків від загальної чисельності штатних працівників, або ж одне робоче місце для підприємств, де працює від 8 до 25 осіб [27]. Але подібні квоти виконують свою функцію

здорової інтеграції інвалідизованих осіб в суспільство лише за умови дотримання таких факторів:

- Виконання та контроль: важливо, щоб підприємства реально виконували ці квоти, а не створювали «символічні» робочі місця, що формально відповідають вимогам, але насправді не забезпечують реальної зайнятості.
- Підтримка на робочому місці: забезпечення адаптації робочого середовища під потреби людей з інвалідністю, щоб вони могли виконувати свою роботу ефективно.
- Суспільна підтримка: зміна ставлення суспільства та роботодавців до людей з інвалідністю. Важливо, щоб ці квоти сприймалися як можливість залучити кваліфікованих працівників, а не як нав'язане зобов'язання.

Таким чином, можна стверджувати, що соціокультурний контекст формує стереотипи, що впливають на ставлення до осіб з інвалідністю. Незважаючи на зрушення від медичної моделі до соціальної, в Україні все ще панують упередження. Дослідження 2012 року показало, що значна частина населення демонструє середній рівень стигматизації, а лише 20% респондентів виявляють толерантне ставлення. Залишається актуальним питання, чи змінилося це ставлення за останнє десятиліття.

1.4 Психологічні особливості осіб зрілого віку

Після того, як ми всебічно розглянули теми стереотипізації та дискримінації, перед тим, як практично перейти до головної теми дослідження – «Вплив стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю» – вважаємо за потрібне також приділити увагу безпосередньо психологічним особливостям осіб зрілого віку. Відповідаючи на питання про доцільність цього підрозділу дослідження, варто зазначити, що психологічні особливості людей зрілого віку та, скажімо, підлітків, значною мірою відрізняються – цьому питанню присвячений широкий пласт наукової літератури у галузі вікової психології. Так, розглядаючи тему впливу стереотипів на особистість, варто змалювати, що це за особистість та які психологічні особливості вона має.

Проблематика зрілості привертала увагу багатьох науковців з давніх давен. Так, ще Піфагор порівнював вікові періоди з порами року, визначаючи зрілість як етап, що охоплює літо (20–40 років) та осінь (40–60 років). Е. Еріксон, своєю чергою, розглядав зрілість як ключовий та найбільш значущий період людського життя, що триває від 20 до 65 років, тобто охоплює 45 років існування індивіда. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що більшість дослідників різних епох сходяться на думці про те, що зрілість є найдовшим і найбільш значущим віковим періодом, упродовж якого відбувається максимальний розвиток духовних, інтелектуальних та фізичних здібностей особистості. Зрілість можна розглядати як стан, до якого приходять організм після завершення етапу розвитку [10].

Однією з ключових характеристик зрілості є здатність індивіда активно взаємодіяти із соціальним середовищем, ефективно застосовувати набуті знання та навички для вирішення життєвих завдань та досягнення самореалізації у суспільстві [13]. Відповідно, можна припустити, що соціальна ізоляція, спричинена стигматизацією чи дискримінацією, може мати значні негативні наслідки для людей зрілого віку, для яких інтеграція у суспільство є пріоритетною цінністю.

Цю тезу підтверджує й позиція деяких вчених, які наголошують на важливості особистісного розвитку в дорослому віці. Вони зазначають, що передача власного досвіду та створення певного життєвого спадку (через вчинки, події, творчі досягнення та узагальнені висновки) є важливими аспектами життєдіяльності дорослої людини. З віком зростає потреба у визнанні та сприйнятті з боку оточення, адже старші люди прагнуть передати наступним поколінням не лише власні знання, а й своє бачення світу. У багатьох випадках їм важливо не стільки змістовне наповнення настанов, скільки сам факт того, що їхній голос почуто. Згідно з результатами досліджень, особи, які досягли самореалізації, згодом знаходять джерело радості в успіхах своїх дітей та онуків [13].

Р. Хейвінгхерст визначає низку ключових життєвих завдань, що постають перед індивідом у період зрілості [14]:

- досягнення зрілої громадянської та соціальної відповідальності;
- забезпечення й підтримка відповідного рівня життя;
- вибір адекватних способів проведення дозвілля;
- сприяння становленню відповідальних та щасливих дітей;
- зміцнення подружніх стосунків;
- адаптація до фізіологічних змін, пов'язаних із віком;
- налагодження взаємодії з літніми батьками.

Зрілість є кульмінаційним етапом життєвого шляху, особливо за умов збереження фізичного здоров'я, інтелектуальної активності та значного життєвого досвіду. На цьому етапі людина досягає професійної майстерності та набуває визначеного соціального статусу. Хоча фізична енергія поступово зменшується, компенсаторні механізми у вигляді досвіду та організаторських навичок дозволяють успішно вирішувати професійні завдання. У цей період особистість досягає вершини кар'єрного розвитку, а її роль у суспільному житті набуває стратегічного значення. У книзі «Вікова психологія», Р.В. Павелкова наголошується, що зрілі люди відіграють центральну роль у соціальній структурі суспільства, оскільки саме вони контролюють основні важелі державного управління, суспільної організації та економічного розвитку [14].

Таким чином, відсторонення людей з інвалідністю від суспільних процесів може призвести до формування стану, що отримав назву «кризи втрати автентичності». Він характеризується розбіжністю між біологічними, психологічними та соціальними аспектами функціонування особистості, що, у свою чергу, може стати каталізатором екзистенційної кризи – стану глибокого психологічного дискомфорту, пов'язаного з пошуком сенсу власного існування. Дослідники виокремлюють кілька чинників, що можуть спричинити екзистенційну кризу [8]:

1. кризи глобального рівня (політичні, економічні, ідеологічні, морально-етичні, національні тощо);

2. кризові явища у малих соціальних групах (сім'я, трудові колективи, навчальні спільноти тощо);
3. особистісні, міжособистісні та внутрішньоособистісні кризи.

За умов соціальної депривації, спричиненої стигматизацією чи відсутністю інклюзивного середовища, людина зрілого віку з інвалідністю може зіткнутися з усіма зазначеними видами криз, що матиме довготривалі негативні наслідки.

Окрім цього, екзистенційна криза може загострювати симптоматику нормативних криз зрілого віку. Однією з найбільш вивчених є криза середнього віку (так звана «криза середини життя»), що проявляється станом невпевненості, переоцінкою життєвого досвіду та зміною орієнтирів у віці 30–50 років [24]. Цей період супроводжується усвідомленням власної смертності, появою перших ознак старіння та потребою у стабільності.

Деякі дослідники, зокрема В.М. Поліщук, зазначають, що нормативні кризи дорослого віку недостатньо емпірично досліджені і часто базуються на теоретичних узагальненнях, а не на фактичних даних. Водночас, він визнає існування циклічності життєвого розвитку, що передбачає чергування «малих» та «великих» криз [4].

Згідно з концепцією Е. Еріксона, зрілість поділяється на три етапи: ранню зрілість (25–40 років), середній вік (40–60 років) та пізню зрілість (60+ років) [14]. Кожен із цих періодів супроводжується певними психологічними конфліктами: у ранній зрілості – боротьба між близькістю та ізоляцією, у середньому віці – між продуктивністю та застоєм, у пізній зрілості – між цілісністю та відчаєм [6]. Завершальним етапом розвитку особистості є досягнення «єго-інтеграції» – гармонійного сприйняття власного життєвого досвіду та розуміння його сенсу [30]. Відсутність соціальної підтримки значно ускладнює проходження цих стадій, що може призводити до дезадаптації та глибоких особистісних криз.

Таким чином, можна зазначити, що зрілість – це ключовий етап життя, що охоплює період від 25 до 65 років і характеризується досягненням найвищого рівня розвитку особистості. Вона включає соціальну відповідальність,

професійне становлення та адаптацію до фізіологічних змін. За Е. Еріксоном, цей період поділяється на три стадії, кожна з яких супроводжується кризами, що впливають на особистісний розвиток. Соціальна ізоляція, зокрема у випадку інвалідності, може ускладнити проходження цих стадій, спричиняючи втрату автентичності та екзистенційну кризу.

Висновки до 1 розділу

Стереотипи є стійкими узагальненими уявленнями про соціальні групи, події чи явища, що формуються на основі культурно-історичного досвіду та поширюються через сімейні традиції, літературу, засоби масової інформації. В. Ліппман підкреслював їхню емоційну насиченість і роль у захисті традицій, що створює відчуття безпеки. За результатами теоретичного аналізу сучасних досліджень, визначено, що стереотипізація є автоматизованим процесом, що дозволяє мозку спрощувати складну інформацію та знижувати когнітивне навантаження. Водночас стереотипи можуть сприяти формуванню упереджень і соціальної дискримінації.

Основними функціями стереотипів є ідеологічна, ідентифікаційна та регулятивна. Вони спрощують процес соціальної взаємодії, однак у випадках жорсткої закріпленості можуть спричиняти негативні наслідки, зокрема дискримінацію.

Доведено, що існує два типи стереотипів: когнітивні та поведінкові. Перші є більш гнучкими та змінюються під впливом міжкультурної комунікації й засобів масової інформації, тоді як другі мають історично закріплений характер і залишаються відносно стабільними. Водночас надмірна стереотипізація ускладнює міжгрупову взаємодію та може посилювати соціальні бар'єри.

Формування стереотипів відбувається в межах соціокультурного контексту, що визначає цінності та норми суспільства, в якому особливу роль у формуванні поведінки відіграє соціальне середовище, яке може як стимулювати, так і обмежувати певні дії. В Україні поки що відсутні системні дослідження впливу ментальних особливостей суспільства на ставлення до осіб з

інвалідністю, проте аналіз інших наукових даних дозволяє оцінити загальні тенденції. На глобальному рівні відбувся перехід від «медичної моделі» інвалідності, що зосереджується на лікуванні, до «соціальної моделі», яка акцентує на усуненні бар'єрів та боротьбі з дискримінацією. Проте в багатьох країнах медична модель все ще домінує, тоді як соціальна не завжди враховує особистісні аспекти, зокрема переживання болю.

На сьогоднішній день спостерігається поступова зміна суспільних уявлень, але рівень стигматизації залишається високим. За результатами досліджень науковців виявлено, середній рівень упереджень і тривоги щодо осіб з інвалідністю, 10-12% населення демонструє виражену інтолерантність, тоді як лише 20% – толерантне ставлення, що свідчить про необхідність подальшого вивчення динаміки суспільного сприйняття.

За результатами досліджень проблематики зрілості особистості доведено, що вона розглядається як ключовий етап життя. Зрілість характеризується досягненням найвищого рівня розвитку духовних, інтелектуальних та фізичних здібностей, а також активною соціальною участю, що дозволяє особистості реалізовувати себе в суспільстві. Визначено основні життєві завдання зрілого віку, до яких відносяться – досягнення громадянської відповідальності, підтримка рівня життя, виховання дітей та адаптація до фізіологічних змін. Особливу увагу заслуговує думка вчених про те, що зрілі особи займають ключові позиції у суспільному житті, а їхня соціальна ізоляція, особливо у випадку інвалідності, може призвести до втрати автентичності та екзистенційної кризи. Важливим підсумком розвитку особистості є еґо-інтеґрація – гармонійне прийняття власного життєвого досвіду. Соціальна дискримінація може значно ускладнити цей процес, позбавляючи особу можливості реалізувати свій потенціал у суспільстві.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТЕРЕОТИПІВ НА СПРИЙНЯТТЯ ТА ПОВЕДІНКУ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ

2.1 Характеристика вибірки та методи дослідження

Для оптимізації роботи з особами, чия рухливість знижена внаслідок отриманої інвалідності, а також заради зручності, дослідження повністю було проведене за допомогою Google-форм. Всього було опитано 44 респондента, серед яких 22 особи без інвалідності (11 жінок та 11 чоловіків) та 22 особи з інвалідністю (13 жінок та 9 чоловіків відповідно). Вибірка була зібрана стихійно, особи без інвалідності були знайдені за допомогою онлайн-сервісів, а осіб з інвалідністю – за допомогою аналізу соціальних мереж та особистих блогів. Всі досліджувані припадають під вікову категорію «середній вік»: наймолодшому учаснику опитування 20 років, найстаршому – 61 рік відповідно.

З метою вивчення впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю було використано три методики: шкала самооцінки Розенберга/RSES, методика SF-36 та методика «Незавершені речення» в адаптації до оцінки ставлення до осіб з інвалідністю О.Ставицького. Разом, ці інструменти – що досліджують самооцінку, оцінку якості життя та ставлення до людей з інвалідністю – дозволяють комплексно дослідити вплив соціальних стереотипів на внутрішнє самосприйняття, емоційне благополуччя та соціальну поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю, а також виявити міжгрупові відмінності у сприйнятті інвалідності.

Шкала самооцінки Розенберга (RSES) [34, 36] – це психологічний тест, що складається з 10 питань, створених Моррисом Розенбергом у 1965 році для виявлення та дослідження самооцінки людини. Методика побудована у форматі шкали Лікерта з чотирма варіантами відповідей, які відображають ступінь згоди або незгоди з висловленими судженнями, від «повністю погоджуюся» до «повністю не погоджуюся». Із загальної кількості тверджень половина має позитивне формулювання, а решта — негативне. Інструмент дозволяє оцінити рівень самоповаги респондента на основі його суб'єктивного емоційного стану під час опитування.

RSES була перекладена та адаптована багатьма мовами, серед яких й українська. Українська адаптація була виконана Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у 2012 році та викладена у суспільний доступ.

Оцінка методики відбувається таким чином: у прямих запитаннях (1, 3, 4, 7, 10), в залежності від відповіді, досліджуваному присуджуються бали від 3 («Повністю погоджуюся») до 0 («Повністю не погоджуюся»). У зворотних (2, 5, 6, 8, 9) – оцінка відбувається навпаки, від 0 до 3, за тими ж критеріями. Далі отримані бали підсумовуються, результат варіюється від 0 до 30, де чим вище показник – тим вище самооцінка досліджуваного.

Інтерпретація показників RSES різниться в залежності від використаного джерела, але в усередненому форматі ключ виглядає так:

- 0-10 балів – мінімальний рівень самооцінки;
- 11-20 балів – середній рівень самооцінки;
- 21-30 балів – самооцінка на високому рівні.

Методика RSES дозволяє ефективно та якісно оцінити та порівняти рівень самооцінки досліджуваного в конкретному моменті, що може бути корисно для діагностування людей, котрі лише нещодавно отримали інвалідність. Вона має високий рівень внутрішньої узгодженості, а також добре корелює з іншими тестами для оцінки самооцінки та самоповаги.

Наступна, методика оцінки якості життя SF-36, або The Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF36) [26, 3]. – це коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя, що є добре перевіреним клінічним інструментом для оцінки загального стану здоров'я.

Методика оцінки якості життя SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form, MOS SF-36) [38, 39] є стислою версією універсального опитувальника, призначеного для визначення загального стану здоров'я та якості життя. Це валідований клінічний інструмент, який широко використовується для оцінювання фізичного і психічного добробуту.

SF-36 містить 36 запитань, згрупованих у 8 шкал, кожна з яких відображає окремий аспект життєдіяльності:

- Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)
- Рольові обмеження через фізичний стан (Role Physical – RP)
- Біль (Bodily Pain – BP)
- Загальне здоров'я (General Health – GH)
- Життєва активність (Vitality – VT)
- Соціальне функціонування (Social Functioning – SF)
- Рольові обмеження через емоційний стан (Role Emotional – RE)
- Психічне здоров'я (Mental Health – MH)

Перші чотири шкали формують фізичний компонент здоров'я (PH sum), а останні чотири — психічний (MH sum). Кожна шкала оцінюється в діапазоні від 1 до 100 балів, де 100 балів відповідає найвищому рівню якості життя. Вищий бал на будь-якій шкалі означає кращий стан у відповідній сфері.

Розрахунок результатів відбувається окремо для кожної шкали, згідно з відповідною формулою. Наприклад, для шкали «Фізичне функціонування (PF)» потрібно обрахувати бали за питаннями 3–12 ($PF\ sum = PF3a + PF3б + PF3в + PF3г + PF3д + PF3е + PF3ж + PF3з + PF3и + PF3к$), а потім застосувати формулу: $PF = ((PF\ sum - 10) / 20) * 100$.

Для визначення зведених індексів PH та MH (загальних показників фізичного та психічного компонентів здоров'я) необхідно додатково обчислити Z-показники для кожної зі шкал за встановленими формулами, після чого проводиться інтегральне узагальнення результатів.

$$PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490$$

$$VT-Z = (VT - 61,05453) / 20,86942$$

$$RP-Z = (RP - 81,19907) / 33,797290$$

$$SF-Z = (SF - 83,59753) / 22,37642$$

$$BP-Z = (BP - 75,49196) / 23,558790$$

$$RE-Z = (RE - 81,29467) / 33,02717$$

$$GH-Z = (GH - 72,21316) / 20,16964$$

$$MH-Z = (MH - 74,84212) / 18,01189$$

Далі значення показника «PH» обчислюються за формулою:

$$\text{PHsum}=(\text{PF}-Z*0,42402)+(\text{RP}-Z*0,35119)+(\text{BP}-Z*0,31754)+(\text{SF}-Z*0,00753)+(\text{MH}-Z*-0,22069)+(\text{RE}-Z*-0,19206)+(\text{VT}-Z*0,02877)+(\text{GHZ}*0,24954)$$

$$\text{PH} = (\text{PHsum}*10)+50 .$$

Значення показника «МН» обчислюється за формулою:

$$\text{MHsum}=(\text{PF}-Z*-0,22999)+(\text{RP}-Z*-0,12329)+(\text{BP}-Z*-0,09731)+(\text{SF}*0,26876)+(\text{MH}-Z*0,48581)+(\text{RE}-Z*0,43407)+(\text{VT}-Z*0,23534)+(\text{GHZ}*0,01571)$$

$$\text{MH} = (\text{MHsum}*10)+50$$

Опитувальник SF-36 був валідований у пацієнтів зі скаргами на опорно-руховий апарат і широко використовується для вимірювання показників здоров'я. Опитувальник SF-36 використовували в різних дослідженнях, і його валідність і надійність було підтверджено. Однак його чутливість до клінічних змін у пацієнтів зі специфічними скаргами може бути обмежена.

Останньою використаною у дослідженні методикою стала адаптація класичної методики незавершених речень О.Ставицьким [21], виконана, протестована та валідизована автором у 2012 році. Цей варіант методики направлений конкретно на визначення ставлення особистості до осіб із інвалідністю за показниками 13 шкал: «депресія», «гнів», «відраза», «презирство», «страх», «ворожість», «тривога», «егоїзм», «прагнення до домінування», «антипатія», «інтолерантність», «упередження», «нерозвинена емпатія». Окремі шкали можуть бути згруповані за спільними психоемоційними критеріями. Зокрема, шкали «депресія», «тривога» та «страх» відображають фобічні установки, що виявляються у процесі взаємодії з особами з інвалідністю. Шкали «відраза», «презирство» та «антипатія» репрезентують пасивні форми агресивних реакцій та свідчать про наявність гандикапного типу особистісного реагування. Комбінація показників за шкалами «гнів», «ворожість» та «інтолерантність» вказує на схильність до відкритої, активно вираженої агресії щодо людей з інвалідністю. Шкали «егоїзм», «прагнення до домінування», «упередження» та «нерозвинена емпатія» у своїй взаємозалежності

демонструють переважання негативного, деструктивного стилю соціальної взаємодії та емоційного відторгнення.

Інтерпретація результатів базується на кількісному аналізі відповідей респондентів, доповненому якісним описом із використанням проєктивного підходу. Обробка даних включає категоризацію відповідей за відповідними шкалами, підрахунок балів у межах кожної з них та якісний аналіз змісту, що дозволяє класифікувати відповіді за типом ставлення до осіб з інвалідністю: позитивним (1 бал), нейтральним (2 бали) або негативним (3 бали). Сумарна оцінка у кожній шкалі інтерпретується таким чином: 0–5 балів — позитивне ставлення, 6–10 — нейтральне, 11–15 — негативне. Узагальнені результати дозволяють визначити загальний рівень соціального ставлення, емоційний настрій у сприйнятті осіб з інвалідністю та потенційну готовність до взаємодії з ними. Для того, аби якомога якісніше здійснити всі підрахунки у межах дослідження, нами була використана програма Microsoft Excel та формули, притаманні їй. Перспективними для дослідження були визначені формули таких математичних дій: обчислення середнього арифметичного значення, обчислення медіани, обчислення t-критерія Стюдента, кореляція Пірсона, обчислення рангів, кореляція Спірмена, перевірка статистичної значущості.

Також у дослідженні був використаний критерій Шапіро-Вілка, але обчислювався він не за допомогою Microsoft Excel, а завдяки програмному забезпеченню Jamovi [40].

Таблиця 2.1

Статистичні формули, використані при аналізі дослідження (Excel)

Дія	Формула
Середнє арифметичне	=AVERAGE(A1:A22)
Медіана	=MEDIAN(A1:A22)
t-критерій Стюдента	=T.TEST(A1:A22; B1:B22; 2; 2)
Кореляція Пірсона	=CORREL(A1:A22; B1:B22)
Ранги (для кореляції Спірмена)	=RANK.AVG(A1; A\$1:A\$22; 1)
Кореляція Спірмена	=CORREL(C1:C22; D1:D22) Стовпці C та D – ранги
Перевірка статистичної значущості	=T.DIST.2T(ABS(значення для перевірки); 20)

У таблиці 2.1 викладаємо усі використані формули, характерні саме для нашого дослідження (тобто з урахуванням рівнів свободи) на нейтральних даних (стовпцях А та В).

Таким чином, використання спеціалізованих формул було визнано валідним у межах цього дослідження, адже мінімізувало б відсоток помилок, припущених у результаті ручного обчислення кореляційних зв'язків таких методик, як RSES, SF-36 та методики «Незавершені речення» О. Ставицького. В свою чергу, використання цих методик у дослідженні дозволяє оцінити суб'єктивний фізичний та емоційний стан осіб з інвалідністю, вплив стереотипних уявлень про них на їхнє самопочуття, а також співставити ці показники з показниками осіб без інвалідності. В подальшому, це може допомогти розробити ефективні програми підтримки та допомогти у створенні більш толерантного суспільства шляхом подолання цих негативних стереотипів.

2.2 Аналіз та обробка результатів дослідження впливу стереотипів на сприйняття осіб зрілого віку з інвалідністю

При аналізі результатів проведеного дослідження, було прийнято рішення інтерпретувати дані осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності окремо, аби порівняти показники шляхом обчислення t-критерія Стюдента та з'ясувати, чи існує статистично значуща різниця між вибірками. Це б вказало, чи пов'язані отримані результати осіб з інвалідністю безпосередньо з їхньою інвалідністю, адже в такому випадку вибірку осіб без інвалідності можна було б прийняти у якості контрольної групи.

Отже, при аналізі нами було прийнято рішення обробити кожну методику окремо, а також обчислити кореляційні зв'язки між методиками за такими показниками, як самооцінка, фізичне та ментальне здоров'я, а також ставлення до осіб з інвалідністю.

В першу чергу було статистично оброблено результати анкет досліджуваних, виконаних у форматі опитувальника.

Таблиця 2.2

Статистична оцінка загальних питань анкети досліджуваного у двох вибірках

Критерій	Особи з інвалідністю	Особи без інвалідності
Вік	20-25 років 18,1% 26-40 років 54,5% 40-60 років 18,4% 60+ років 9%	20-25 років 63,6 % 26-40 років 9,8% 40-60 років 18,1% 60+ років 8,5%
Стать	41% чоловіків 59% жінок	50% чоловіків 50% жінок
Місце народження	Велике місто 54,5% Невелике місто 13,6% Селище міського типу 9% Село 22,9%	Велике місто 54,5% Невелике місто 27,3% Селище міського типу 4,5% Село 13,7%
Місце, де була проведена більша частина життя	Велике місто 59% Невелике місто 18,1% Селище міського типу 4,5% Село 18,4%	Велике місто 68,2% Невелике місто 18,2% Селище міського типу 0% Село 13,6%
Сімейний стан	Неодружений/незаміжня 33,6% Одружений/заміжня 50% Розлучений(-на) 9% Вдівець/вдова 7,4%	Неодружений/незаміжня 63,6% Одружений/заміжня 13,6% Розлучений(-на) 13,6% Вдівець/вдова 9,2%
Наявність дітей	Немає дітей 63,7% Одна дитина 31,8% Більш ніж одна дитина 4,5%	Немає дітей 77,3% Одна дитина 13,7% Більш ніж одна дитина 9%
Наявність вищої освіти	Закінчена середня 4,5% Середня спеціальна 27,3% Незакінчена вища 9% Закінчена вища 59,2% Більш ніж дві вищі 0%	Закінчена середня 9% Середня спеціальна 13,7% Незакінчена вища 27,3% Закінчена вища 45,5% Більш ніж дві вищі 4,5%
Вид діяльності	Найманий працівник 18,1% Самозайнятий 22,6% Маю власний бізнес 4,5% Пенсіонер/домогосподарка 18,1% Тимчасово не працюю 36,7%	Найманий працівник 59,1% Самозайнятий 9% Маю власний бізнес 0% Пенсіонер/домогосподарка 0% Тимчасово не працюю 31,9%
Чи вважаєте себе релігійною людиною?	Так 45,5% Ні 50% Частково 4,5%	Так 27,3% Ні 59,1% Частково 13,6%
Чи вважаєте ви себе толерантною людиною?	Так 81,8% Ні 9,1% Частково 9,1%	Так 90,9% Ні 0% Частково 9,1 %

У таблиці 2.2 наведені інтерпретовані відповіді на загальні питання анкети у форматі відсоткового співвідношення, окремо для вибірки осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності відповідно.

Таблиця 2.3

**Статистична оцінка питань анкети досліджуваного у двох вибірках
стосовно інвалідності**

Питання	Особи з інвалідністю	Особи без інвалідності
Чи були у вашій сім'ї особи з інвалідністю?	Так 45,5% Ні 54,5%	Так 40,9% Ні 59,1%
Чи відомі вам видатні особи, які б мали якусь інвалідність?	Так (1) 36,4% Так (2+) 40,9% Ні 22,7%	Так (1) 40,9% Так (2+) 45,5% Ні 13,6%
Чи вважаєте ви, що у засобах ЗМІ існують стереотипи стосовно осіб з інвалідністю?	Так 50% Ні 50%	Так 40,9% Ні 59,1%
Чи вважаєте Ви, що у засобах ЗМІ існують інші стереотипи?	Так 59% Ні 41%	Так 68,2% Ні 32,8%
Як Ви вважаєте, ваші стереотипи стосовно осіб з інвалідністю стійкі (перевірені часом) чи змінні?	Стійкі 18,1% Змінні 40,1% Я не маю стереотипів 41,8%	Стійкі 22,7% Змінні 22,7% Я не маю стереотипів 54,6%
Від чого залежить Ваше ставлення до осіб з інвалідністю?	Від особистісних якостей особи 36,4% Від поведінки особи 40,9% Від зовнішнього вигляду особи 4,5% Не від особи з інвалідністю 18,2%	Від особистісних якостей особи 9% Від поведінки особи 50,2% Від зовнішнього вигляду особи 4,5% Не від особи з інвалідністю 36,3%
Чи Ваше ставлення до осіб з інвалідністю впливає на вашу поведінку стосовно них?	Так, позитивно 32% Так, негативно 9% Ні 59%	Так, позитивно 59,1% Так, негативно 0% Ні 40,9%
Чи надасте Ви перевагу у спілкуванні особам без інвалідності?	Так 31,8% Ні 59,2% Надаю перевагу спілкуванню з людьми з інвалідністю 9%	Так 22,7% Ні 77,3% Надаю перевагу спілкуванню з людьми з інвалідністю 0%

У таблиці 2.3 також наведені відповіді у форматі відсоткового співвідношення, але на питання, пов'язані безпосередньо з інвалідністю.

Також хочемо окремо виділити відповіді на питання «Чи відчуваєте Ви до осіб з інвалідністю щось з нижче перелічених почуттів? Можна обрати кілька варіантів», котре є прямим відсиланням на методику О. Ставицького «Незавершені речення», яку опитувані пройшли далі у рамках дослідження.

Таким чином відбулася оцінка свідомих проявів і з'явилася можливість порівняти їх з несвідомими.

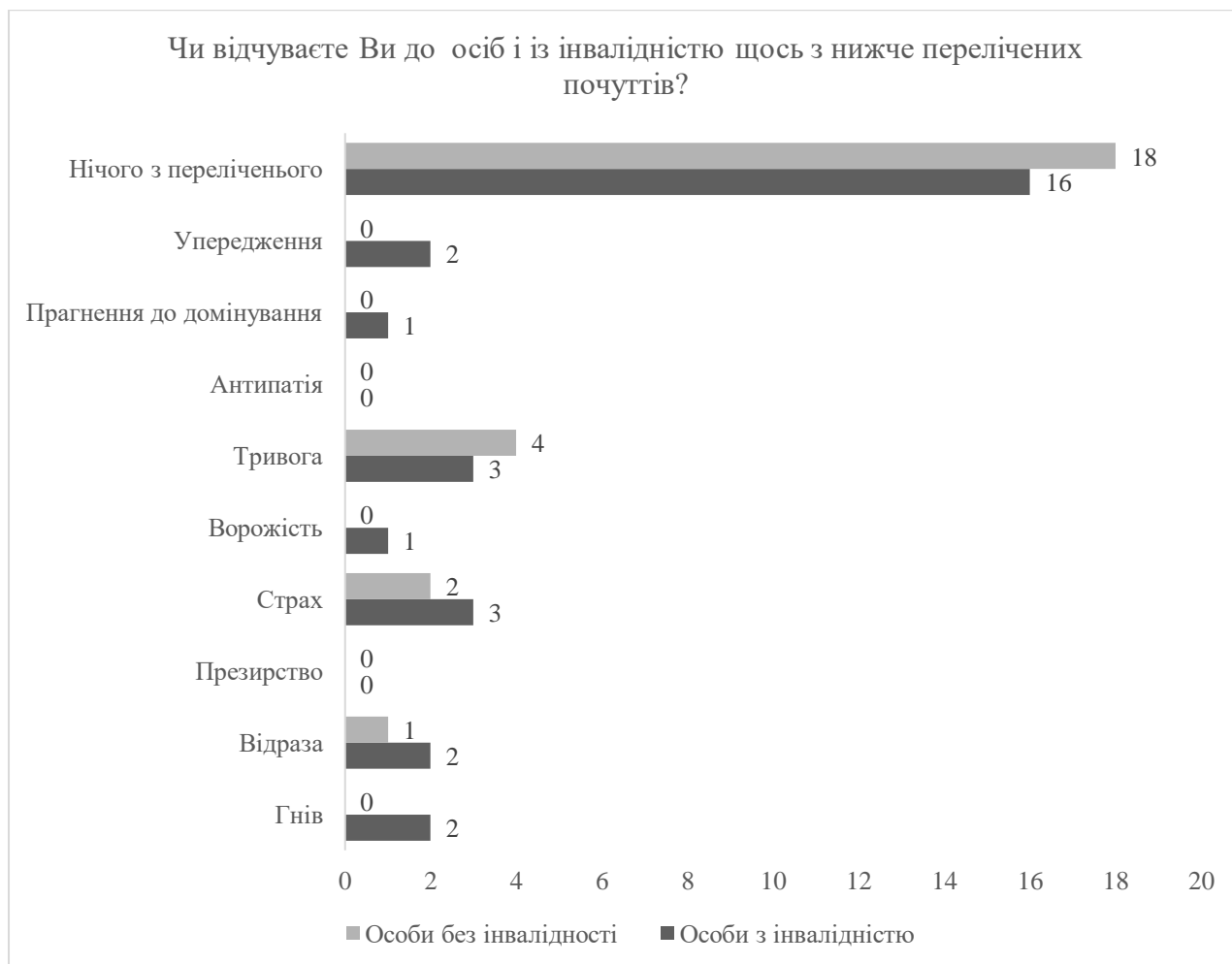


Рис.2.1. Графічне зображення відповідей досліджуваних на 20-те питання анкети-опитувальника

На рис. 2.1 зображений графік-порівняння двох вибірок стосовно проявів свідомого ставлення до осіб з інвалідністю. Дані подані не у відсотковому співвідношенні, а у фактичних цифрах через надання можливості опитуваним обирати більше, ніж 1 варіант відповіді.

Таким чином, вже можна зробити певні статистичні висновки, кількісно аналізуючи анкети досліджуваних. Ці висновки актуальні виключно у межах дослідження; не доведено, що їх можна екстраполювати та всю генеральну сукупність, адже вибірка не є репрезентативною у зв'язку з її малою чисельністю. Отже, у межах дослідження можна констатувати, що серед осіб з інвалідністю більший відсоток одружених (50% проти 13,6%) та тих, хто має

дітей. Більше людей з інвалідністю перебуває у стані тимчасового безробіття (36.7%) та на пенсії. Натомість серед опитаних без інвалідності домінують наймані працівники (59.1%). В обох групах переважає вища освіта, але особи без інвалідності мають вищий відсоток незакінченої вищої освіти (27.3%), що може бути пов'язано з молодшим віком. Приблизно половина респондентів в обох групах має досвід спілкування з людьми з інвалідністю в родині. Більшість знає щонайменше одну відому людину з інвалідністю — це свідчить про базову обізнаність. Половина осіб з інвалідністю вважає, що в ЗМІ є стереотипи щодо них, тоді як лише 40.9% осіб без інвалідності погоджуються з цим. Проте загалом виявлена критичність до інших стереотипів у ЗМІ (понад 59% в обох групах), що свідчить про медіаграмотність. Більше половини осіб без інвалідності (54.6%) вважають, що не мають стереотипів щодо людей з інвалідністю, тоді як серед осіб з інвалідністю таких лише 41.8%. Це може вказувати на рефлексивність і більший критичний досвід у представників самої спільноти. Обидві групи в основному оцінюють інших за поведінкою та особистісними якостями, але особи без інвалідності частіше вказують, що їхнє ставлення не залежить від самої особи з інвалідністю (36.3% проти 18.2%). Особи з інвалідністю частіше ідентифікують себе як релігійні (45.5%), тоді як серед осіб без інвалідності таких лише 27.3%. Особи без інвалідності частіше визнають позитивний вплив свого ставлення на поведінку (59.1% проти 32%). Приблизно третина осіб з інвалідністю (31,8%) надає перевагу спілкуванню з людьми без інвалідності, що може свідчити про внутрішнє сприйняття бар'єрів. Рівень самооціненої толерантності в обох групах високий (понад 80%).

Однак, якщо перейти до якісної оцінки, стають помітні деякі нові закономірності, які важко оцінити статистично, працюючи з цілою вибіркою. Так, з 4 осіб без інвалідності, які відмітили «тривогу» у якості свого відчуття при спілкуванні з людиною із інвалідністю, 3 (тобто 75%) – жінки. «Страх» – 2/2 (100%). З 4 осіб без інвалідності, котрі відмітили за собою будь-яке негативне відчуття у ставленні до людей із інвалідністю, 3 (75%) окреслили в минулих питаннях, що вважають себе толерантними людьми; 1 (35%) – «частково». З тих

самих 4 осіб без інвалідності 2 (50%) віддають перевагу спілкуванню з особами без інвалідності; 2 (50%) змогли назвати двох та більше осіб з інвалідністю, 1 (25%) назвав одну, ще 1 (25%) – жодної; 2 з 4 (50%) вважають себе релігійними людьми, ще 2 (50%) – «частково»; 3 з 4 (75%) народилися та вирости у великому місці, 1 (35%) – у невеликому. Та сама людина, що зазначила у якості свого почуття «відразу» до того зазначала, що її ставлення до осіб з інвалідністю залежить від їхнього зовнішнього вигляду. Таким чином, можна підсумувати, що жодних вагомих взаємозв'язків між рівнем освіти, місцем народження, релігійними переконаннями та свідомим ставленням до осіб з інвалідністю не було виявлено. В свою чергу, серед осіб з інвалідністю особи, які вказують на відсутність перелічених у виділеному питанні почуттів, часто мають додатковий особистий досвід спілкування з людьми з інвалідністю (інший родич) та часто мають вищу освіту. Вони ж здебільшого є самозайнятими або тимчасово не працюють (менше пов'язані з системною бюрократією, можливо, більше мали особистих контактів). Наявність негативних емоцій («страх», «ворожість», «тривога» тощо) частіше простежується у осіб з інвалідністю, які не мають додаткового особистого досвіду спілкування з людьми з інвалідністю та часто вказують, що ЗМІ транслують стереотипи. Цікавою є деталь, що жінки частіше вказують на емпатію або обережність, наприклад: «Я намагаюсь не зашкодити», «Я більш терпляча», а також частіше згадують вплив виховання, релігії або життєвого досвіду.

Отже, з усього вище викладеного, можна зробити висновок, що соціально-демографічні відмінності між групами суттєві (вік, освіта, зайнятість), що впливає на світоглядні установки. Особи з інвалідністю виявляють вищу релігійність, критичність до ЗМІ, і часто мають рефлексивне ставлення до стереотипів. У повсякденному спілкуванні спостерігається стримана інтеграція: попри високу задекларовану толерантність, наявні соціальні бар'єри у виборі співрозмовників та у реальній поведінці. Особистий досвід взаємодії та критичне мислення виявляються важливішими за соціальне походження чи релігійність у формуванні справді толерантного ставлення.

Переходимо до аналізу першої використаної офіційної методики – шкали самооцінки Розенберга (RSES). З конкретними показниками за кожним досліджуваним можна ознайомитися у Додатку А та Додатку В. Для зручності підрахунку всі результати було поділено на три рівні: низька самооцінка (1-10 балів), нормальна самооцінка (11-20 балів) та висока самооцінка (21-30 балів).

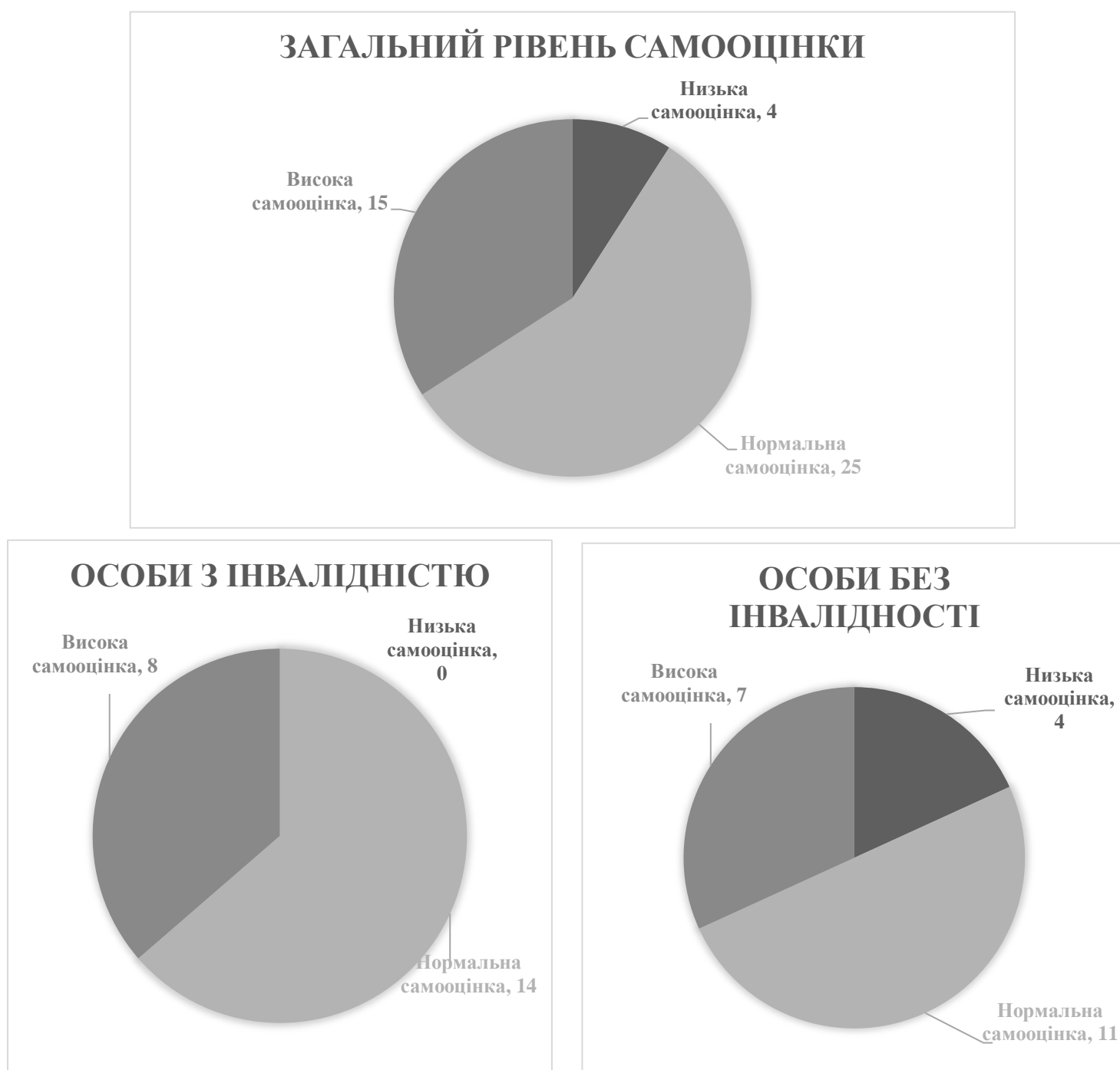


Рис.2.2. Графічне зображення рівня самооцінки досліджуваних (методика RSES)

У якості графічного зображення результатів проведення методики на рис. 2.2 наведені секторні діаграми, окремі для вибірки осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності, а також спільна для обох вибірок.

Аналізуючи зміст відповідей, можна дійти висновку, що у вибірці осіб з інвалідністю відсутні показники низької самооцінки (0%), нормальна самооцінка складає 63.6%, висока – 36.4%. У вибірці осіб без інвалідності 18.2%, нормальна 50%, висока – 31.8%.

Однак для того, аби якісно проаналізувати ці дані та відмінність між ними, потрібно використати дещо більше, ніж співставлення чисел. У якості такого інструменту нами було обрано t-критерій Стьюдента, як метод оцінки статистичної значущості, котрий використовується для статистичної перевірки гіпотез за допомогою критеріїв, що ґрунтуються на порівнянні з розподілом Стьюдента. Найчастіше t-критерій застосовують для оцінки, чи відрізняються середні значення двох вибірок, а отже його використання у межах цього дослідження є доцільним.

Так, t-критерій Стьюдента за параметром оцінки самооцінки досліджуваних у вибірках осіб з інвалідністю та осіб без інвалідності складає -0.484 вказує на те, що середнє значення в одній групі є трохи меншим, ніж у другій. Однак напрямок різниці не має вирішального значення при оцінці статистичної значущості — ключовим є р-значення. У цьому випадку $p \approx 0.631$, що суттєво перевищує загальноприйнятий рівень значущості 0.05. Це свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей між середніми значеннями у порівнюваних групах.

Таким чином, можна стверджувати, що виявлена різниця з великою ймовірністю є випадковою та не має підтвердження на рівні статистики.

Перейдемо до адаптації наступної використаної методики, SF-36, призначеної для оцінки якості життя за двома показниками: фізичним (PF) та ментальним (MF) компонентом здоров'я. Крім цього, аналіз також передбачає розшифровку значень таких восьми шкал, як фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний

стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я. Перші чотири шкали інтерпретуються у якості показників фізичного здоров'я, інші чотири – ментального. Оцінка здійснюється шляхом розподілу показників на три групи: низькі (0-33.3), середні (33.4-66.6) та високі (66.7-100). З показниками за кожним досліджуваним можна ознайомитися у Додатку А та Додатку В.

При інтерпретації спочатку розглянемо середні значення PF та MF у кожній вибірці окремо, а також застосуємо до них статистичні методи, аби дослідити певні закономірності. У цьому фрагменті дослідження для опису центральної тенденції було обрано медіану, а не арифметичне середнє, з огляду на можливу наявність викидів та асиметричного розподілу даних. Медіана є робастним показником, менш чутливим до крайніх значень, що дозволяє точніше відображати типовий рівень показника серед учасників вибірки. Такий підхід є особливо доцільним у дослідженнях із невеликим обсягом вибірки або з високою варіативністю індивідуальних відповідей.



Рис.2.3. Графічне зображення рівня якості життя досліджуваних (методика SF-36)

На рис. 2.3 зображений графік рівня якості життя досліджуваних за допомогою методики SF-36.

Таким чином, можна зробити висновок, що у дослідженні всі респонденти знаходяться у межах адекватної оцінки здоров'я, а заразом з цим і середньої якості життя. В середньому особи без інвалідності оцінюють своє фізичне здоров'я на 41,3% вище, ніж особи без інвалідності, але особи без інвалідності, в свою чергу, оцінюють своє ментальне здоров'я на 18,37% вище, ніж особи без інвалідності. Різниця між фізичним та ментальним здоров'я осіб без інвалідності становить 10,71%, а осіб з інвалідністю – 51,06%.

Але, як і у випадку оцінки самооцінки респондентів, невалідно лише співставити середні показники, аби аргументовано вказувати на їхню різницю. Для того, аби провести якісну оцінку, нами знову було використано t-критерій Стьюдента. Так, різниця між фізичним компонентом здоров'я осіб з інвалідністю та без такої статистично значуща, адже становить $p \approx 0.00000645$ при $t = 5.15$. Це перевищує загальноприйнятий рівень значущості $p = 0.05$, а також підкріплюється логічною оцінкою.

Втім, аналізуючи показники ментального компонента здоров'я, можна дійти висновку, що їхній t-критерій Стьюдента складає -1.93. При $p \approx 0.060$ різницю можна вважати майже статистично значущою, адже отримане значення p вказує на наявність тенденції до статистичних відмінностей, яка, однак, не досягає загальноприйнятого рівня значущості.

Далі нами було прийнято рішення обчислити кореляцію між фізичним та ментальним здоров'ям досліджуваних загалом, а також окремо у двох вибірках. Для цього був використаний метод кореляції Спірмена. Всі показники були заделегіть перевірені на нормальність розподілу за допомогою критерія Шапіро — Вілка, адже інструмент кореляції Спірмена актуальний саме у випадках ненормального розподілу. Отже, коефіцієнт кореляції Спірмена між показниками фізичного та ментального здоров'я досліджуваних загалом склав $r_s = -0,074982382$, у осіб з інвалідністю $r_s = 0,304347826$, у осіб без інвалідності $r_s = -0,063805759$. Таким чином, можна дійти висновку, що у всіх

трьох випадках зв'язок є надзвичайно слабким, але, згідно статистики, в загальній вибірці та для осіб без інвалідності він є зворотнім. Це означає, що у цих вибірках при підвищенні рівня фізичного здоров'я простежується слабка тенденція до зниження рівня ментального.

Для перевірки цих даних нами була обчислена статистична значущість показників. Дослідження виявило, що в загальній вибірці $p\text{-value} = 0,629$, серед осіб з інвалідністю $p\text{-value} = 0,168$, серед осіб без інвалідності $p\text{-value} = 0.778$. Отже, усі зв'язки визнано випадковими, оскільки $p > 0.05$

Враховуючи, що будь-яка кореляція між рівнем фізичного та ментального здоров'я була визнана недійсною, можна стверджувати (у межах цього дослідження), що фізичне та ментальне здоров'я не впливають одне на одного.

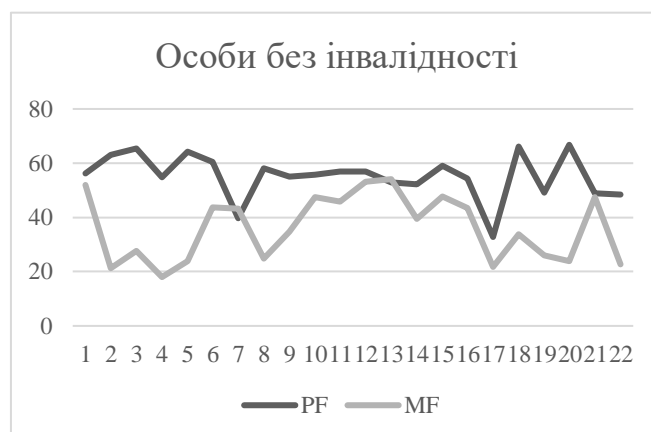
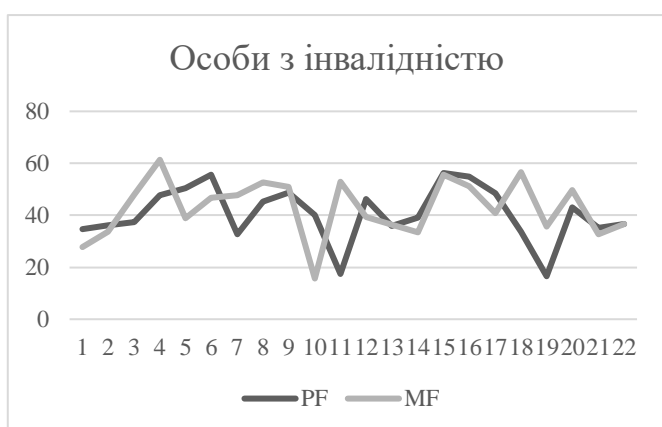


Рис.2.4. Графічне зображення кореляції між фізичним та ментальним компонентом здоров'я (методика SF-36)

У якості графічного підтвердження та демонстрації статистичних даних, на рис. 2.4 зображено графік кореляції між PF (фізичний компонент здоров'я) та MF (ментальний компонент здоров'я). Таким чином, у межах дослідження було доведено, що немає кореляційного зв'язку між рівнем фізичного та ментального здоров'я як осіб з інвалідністю, так і осіб без такої відповідно.

Наступною деталлю, яка була визнана перспективною для дослідження, стала кореляція між двома методиками, RSES та SF-36, тобто між самооцінкою та фізичним здоров'ям, а також самооцінкою та ментальним здоров'ям.

Для оцінки кореляції між фізичним здоров'ям та самооцінкою нами було використано метод кореляції Пірсона, адже обидва масиви мають нормальний розподіл. Так, у загальній вибірці $r = 0,234711309$ (0.0-0.4 - слабкий зв'язок), у вибірці осіб з інвалідністю $r = 0,557258396$ (0.4-0.7 - середній зв'язок), у вибірці осіб без інвалідності $r = 0,153867251$ (0.0-0.4 - слабкий зв'язок). Тобто значні показники кореляції між фізичним здоров'ям та самооцінкою спостерігаються лише у вибірці осіб з інвалідністю.

Для того, аби перевірити репрезентативність цих даних, нами знову була обчислена їхня статистична значущість. Так, в загальній вибірці $p\text{-value} = 0.125$ ($p > 0.05$), серед осіб з інвалідністю $p\text{-value} = 0.0071$ ($p < 0.05$), серед осіб без інвалідності $p\text{-value} = 0.494$ ($p > 0.05$). Ці показники вказують на те, що кореляція між фізичним здоров'ям та самооцінкою осіб з інвалідністю дійсно присутня у межах цього дослідження.



Рис. 2.5. Графічне зображення кореляції між показниками фізичного здоров'я та самооцінки осіб з інвалідністю (методики RSES та SF-36)

На рис. 2.5 продемонстрована кореляція між показниками фізичного здоров'я та самооінки осіб з інвалідністю.

Для оцінки кореляції між ментальним здоров'ям та самооінкою ми використали метод кореляції Спірмена, адже масив даних щодо ментального здоров'я має ненормальний розподіл. Таким чином, у загальній вибірці $r_s = 0,578119855$ (0.40-0.59 - середній зв'язок), для осіб з інвалідністю $r_s = 0,466424247$ (0.40-0.59 - середній зв'язок), для осіб без інвалідності $r_s = 0,702720823$ (0.60-0.79 - сильний зв'язок). Ці дані вказують на те, що у всіх вибірках присутня кореляція між ментальним здоров'ям та самооінкою.

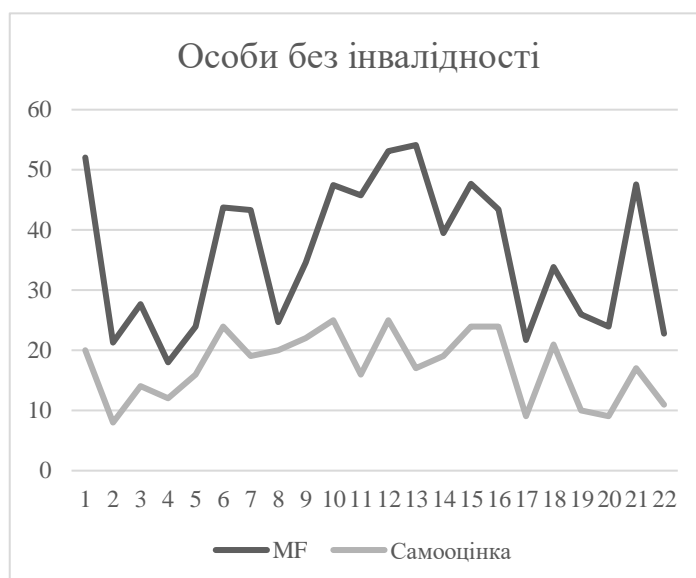
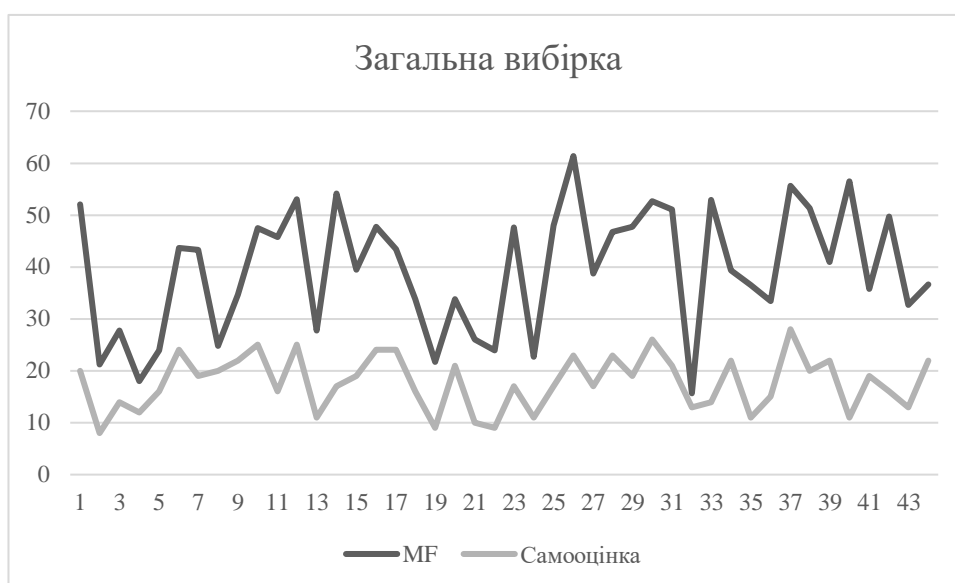


Рис. 2.6. Графічне зображення кореляції між показниками ментального здоров'я та самооінки (методики RSES та SF-36)

На рис.2.6 зображена кореляція між показником ментального здоров'я та самооцінкою. Статистична значущість цих даних була перевірена також. У загальній вибірці $p\text{-value} = 0.0000396$, у вибірці осіб з інвалідністю $p\text{-value} = 0.0287$, у вибірці осіб без інвалідності $p\text{-value} = 0.00027$. Всі ці показники менші за 0.05, а отже можна зробити висновок, що для кожної вибірки різною мірою, але характерна кореляція між ментальним здоров'ям та самооцінкою (у межах цього дослідження).

Таким чином, за результатами кореляційного дослідження між методиками RSES та SF-36, можна зробити висновок, що рівень фізичного здоров'я впливає на самооцінку осіб з інвалідністю, а рівень морального здоров'я впливає як на самооцінку осіб без інвалідності, так і осіб з інвалідністю відповідно.

Наступним кроком у дослідженні стала інтерпретація методики О. Ставицького «Незакінчені речення». Показники – у Додатку С та Додатку D. Складність оброблення результатів ґрунтується на якісному аналізі відповідей, які класифікуються за трьома категоріями: позитивне, негативне або нейтральне ставлення до осіб з інвалідністю. «Позитивне ставлення» свідчить про конструктивний характер взаємодії з неповносправним та оцінюється в 1 бал. «Нейтральне ставлення» проявляється у байдужості та відстороненості щодо особи із інвалідністю, за що нараховується 2 бали. «Негативне ставлення» відображає деструктивну форму взаємодії, включаючи прояви ворожості й агресії, та оцінюється в 3 бали. Від 0 до 5 у кожній окремій шкалі свідчить про позитивне ставлення до особи з інвалідністю; від 6 до 10 – нейтральне ставлення; від 11 до 15 – негативне ставлення відповідно.

Оскільки всі 13 шкал мають однаковий діапазон значень (від 0 до 15) і не виявлено значних вибиваючихся результатів, для отримання інтегрального показника було використано середнє арифметичне значення. Такий підхід дозволяє об'єктивно відобразити загальний рівень вимірюваної характеристики.

Також при інтерпретації показників важливо зауважити, що окремі шкали на думку О. Ставицького можна згрупувати відповідно до спільних ознак. Зокрема, шкали «депресія», «тривога» та «страх» утворюють групу показників,

що відображають фобічні реакції у взаємодії з людиною з інвалідністю. Шкали «відраза», «презирство», «антипатія» в сукупності виступають маркерами пасивної агресії, свідчачи про наявність гандикапності як індивідуально-психологічної риси. Показники «гнів», «ворожість» та «інтолерантність» у взаємозв'язку демонструють виражені гандикапні реакції та активні форми агресивного ставлення до осіб з інвалідністю. Шкали «егоїзм», «прагнення до домінування», «упередження», «нерозвинена емпатія» свідчать про переважання деструктивних форм взаємодії досліджуваного з особою з інвалідністю та формують загальну тенденцію негативного ставлення до нього.

Таблиця 2.4

**Середні значення досліджуваних (методика «Незавершені речення»,
О. Ставицького)**

Шкала	Загальна вибірка	Особи з інвалідністю	Особи без інвалідності
Депресія	5,09	5,04	5,14
Гнів	6,16	5,95	6,36
Відраза	5,89	5,59	6,18
Презирство	6,09	5,73	6,45
Страх	6,45	6,18	6,73
Ворожість	6,00	5,68	6,32
Тривога	5,68	5,36	6,00
Егоїзм	6,18	5,27	7,09
Прагнення до домінування	5,11	4,14	6,09
Антипатія	4,61	4,54	4,68
Інтолерантність	4,43	4,04	4,82
Упередження	5,27	5,04	5,50
Нерозвинена емпатія	5,77	5,59	5,95

У таблиці 2.4 наводимо середні значення досліджуваних, обраховані за допомогою пошуку середнього арифметичного.

За шкалою «упередження» – саме цей показник відповідає за стереотипні уявлення – 72% досліджуваних з інвалідністю та 59,1% без інвалідності виявили позитивне ставлення; нейтральне ставлення виявили 28% досліджуваних з інвалідністю та 40,9 % без такої; негативне ставлення не виявив ніхто. Отже, порівнюючи ці показники з даними, отриманими О. Ставицьким у 2012 році та

викладеними у підрозділі 1.3 «Ставлення до людей з інвалідністю в соціокультурному контексті», можна стверджувати, що існує значна позитивна динаміка стосовно зменшення рівня стереотипізації серед громадян України загалом.

Також при порівнянні несвідомих проявів, які описує методика «Незавершені речення», та свідомих, які були перелічені в анкеті досліджуваного у питанні «Чи відчуваєте Ви до осіб з інвалідністю щось з нижче перелічених почуттів?» можна зробити висновок, що за шкалою «упередження» свідомо визнали своє негативне ставлення 2 особи з інвалідністю та жодної без інвалідності, а несвідомо виявили нейтральне ставлення 6 осіб з інвалідністю та 9 без. Негативного ставлення не виявив ніхто. Ці результати можуть вказувати на те, що свідомі упередження в групі осіб без інвалідності проявляються меншою мірою, проте несвідомі установки залишаються актуальними для обох груп.

Таблиця 2.5

Середні значення спільних ознак досліджуваних (методика «Незавершені речення», О. Ставицького)

Ознаки	Загальна вибірка	Особі з інвалідністю	Особі без інвалідності
Фобічні реакції	5,74	5,53	5,95
Пасивна агресія	5,53	5,29	5,77
Активна агресія	5,53	5,23	5,83
Загальна тенденція негативного ставлення	5,58	5,01	6,16

У таблиці 2.5 викладені середні значення спільних ознак, вираховані за допомогою обчислення середнього значення декількох шкал, характерних для цієї ознаки.

Таким чином, за результатом інтерпретації показників методики «Незавершені речення», можна зробити висновок, що ані особи без інвалідності, ані особи з інвалідністю не виявили відверто негативного ставлення за жодною шкалою, адже у середніх значеннях немає показників у діапазоні від 11 до 15. Так, особи з інвалідністю виявили позитивне ставлення у 12 шкалах (92.3%) та

нейтральне у одній – шкалі «страху». У вибірці осіб без інвалідності позитивне ставлення переважало у 5 шкалах (38.5%), нейтральне – у 8 (61.5%).

Для того, аби якісніше оцінити різницю між показниками ставлення, нами був проведений кореляційний аналіз між даними, отриманими у вибірці осіб з інвалідністю та без. Так, результати за шкалами такі: депресія $t = 0.209$, гнів $t = 1.12$, відраза $t = 1.51$, презирство $t = 2.13$, страх $t = 1.19$, ворожість $t = 1.45$, тривога $t = 1.81$, егоїзм $t = 4.36$, прагнення до домінування $t = 3.18$, антипатія $t = 0.47$, інтолерантність $t = 3.13$, упередження $t = 1.01$, нерозвинена емпатія $t = 1.47$.

Таблиця 2.6

**Кореляційні зв'язки показників осіб з інвалідністю та без інвалідності
(методика «Незавершені речення», О. Ставицького)**

	Депресія	Гнів	Відраза	Презирство	Страх	Ворожість	Тривога	Егоїзм	Прагнення до домінування	Антипатія	Інтолерантність	Упередження	Нерозвинена емпатія
Депресія	0.836												
Гнів		0.271											
Відраза			0.14										
Презирство				0.039									
Страх					0.242								
Ворожість						0.161							
Тривога							0.079						
Егоїзм								0.00017					
Прагнення до домінування									0.0042				
Антипатія										0.638			
Інтолерантність											0.00395		
Упередження												0.322	
Нерозвинена емпатія													0.149

Для візуальної демонстрації ми зробили таблицю 2.6, котра показує ступінь кореляції за t-критерієм Стьюдента між показниками осіб з інвалідністю

та без. Дані в клітинках – р-значення, для полегшення оцінки статистичної значущості відмінностей.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що статистично значуща різниця існує між показниками осіб з інвалідністю та без інвалідності за такими шкалами: «презирство», «егоїзм», «прагнення до домінування» та «інтолерантність». Майже статистично значущою можна визнати різницю за шкалою «тривога», адже вона максимально наближена до загальноприйнятого рівня значущості $p = 0.05$.

Це доводить – з математичної точки зору – що показники за цими чотирма шкалами осіб без інвалідності вищі, ніж показники осіб з інвалідністю, і ця різниця є статистично значущою.

Продовжуючи аналіз методики й переходячи до спільних ознак та «додаткових шкал», можна зробити висновок (також на основі використання t-критерія Стюдента), що існує статистично значуща різниця між показниками «загальної тенденції до негативного ставлення»: $t = 3.66$, $p = 0.00115$. Це вказує на те, що люди з інвалідністю в загальному менш схильні негативно ставитися до інших осіб з інвалідністю. Також соціально значущою визнана різниця за шкалою «активна агресія» ($t = 2.14$, $p = 0.040$). За шкалою пасивної агресії дані соціальної значущості $t = 1.801$, $p = 0.0812$, що виражає тенденцію до відмінностей між вибірками. За шкалою «фобічні реакції» $t = 1.197$, $p = 0.238$, що вказує на те, що статистичної різниці між вибірками немає.

Таким чином, за результатами дослідження можна дійти висновку, що серед осіб з інвалідністю та без відрізняється загальна тенденція до негативного ставлення (загальний рівень упередженості чи неприязні до осіб з інвалідністю), активна агресія (готовність до відкритих негативних дій або словесних проявів проти людей з інвалідністю), дещо відрізняється рівень пасивної агресії (прихована ворожість, наприклад, уникнення спілкування або ігнорування) та не відрізняються фобічні реакції (страх або тривога, які виникають під час контакту з особами з інвалідністю).

Наступним пунктом дослідження було порівняти показники методики «Незавершені речення», важливі для теми «Вплив стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку із інвалідністю» («загальна тенденція до негативного ставлення», «активна агресія», «пасивна агресія») з даними, отриманими при аналізі інших методик. Так, в першу чергу було проаналізовано кореляцію між цими показниками та показниками самооцінки за методикою RSES. Для цього був використаний метод кореляційної оцінки вибірок Спірмена. Отже, кореляція між показниками «самооцінка» та «загальна тенденція до негативного ставлення» для осіб з інвалідністю $r_s = -0.084$. Це вказує на те, що чим вища самооцінка особистості, тим нижча у неї тенденція до негативного ставлення. Щоправда, при перевірці статистичної значущості цих даних, р-значення ≈ 0.709 , що вказує на те, що зв'язок випадковий, а ознаки незалежні одні від одної. Для осіб без інвалідності за тими ж шкалами $r_s = -0.273$, р-значення ≈ 0.22 , тобто статистично значущого зв'язку також немає.

При оцінці кореляції між самооцінкою та рівнем активної агресії, були отримані такі висновки: для осіб з інвалідністю $r_s = -0.149$, р-значення ≈ 0.51 (зв'язку немає), для осіб без інвалідності $r_s = 0.548$, р-значення ≈ 0.016 – у цьому випадку є поміркована позитивна кореляція між цими двома змінними, тобто, зростання рівня самооцінки особи без інвалідності супроводжується зростанням рівня активної агресії стосовно осіб з інвалідністю.

У парі «самооцінка» та «пасивна агресія» результати такі: для осіб з інвалідністю $r_s = 0.24$, р-значення ≈ 0.29 , для осіб без інвалідності $r_s = 0.015$, р-значення ≈ 0.949 (немає значущого статистичного зв'язку в обох парах).

Таким чином, єдиною статистично значущою кореляцією між методиками RSES та «Незавершені речення», О. Ставицького, є позитивна кореляція між показниками «самооцінка» та «активна агресія» для осіб без інвалідності.

Для оцінки того, які характеристики осіб впливають на їхнє ставлення до осіб з інвалідністю, ми провели кореляційне дослідження між методикою «Незавершені речення» та анкетами учасників дослідження. Найбільше нас цікавили питання «Чи відомі Вам видатні особи, які б мали якусь інвалідність?»

(аби оцінити, чи рівень інформованості в темі має негативну кореляцію з негативними проявами стосовно осіб з інвалідністю), «Який Ваш рівень освіти?» (для оцінки впливу наявності вищої освіти), «Чи Ви є релігійною людиною?» (для оцінки впливу релігійності) та «Чи були у Вашій сім'ї особи з інвалідністю?» (для оцінки впливу особистого досвіду близької взаємодії. Для того, аби провести цю оцінку, нами було переведено обидва показники, різні за природою, до єдиного значення – у цьому випадку, до кількісного показника кожного досліджуваного, характерного для кореляційних досліджень.

Отже, відповідь «Ні» на питання стосовно «Чи відомі Вам визначні особи з інвалідністю?» в нашому випадку була оцінена в 1 бал, «Так(1)» у 2 бали, «Так(2+)» – у 3. Оцінювати кореляцію Спірмена цих показників ми будемо із «загальною тенденцією до негативного ставлення», «активною агресією» та «пасивною агресією».

Так, у парі «освіченість» та «загальна тенденція до негативного ставлення» у вибірці осіб з інвалідністю $r_s \approx 0,400$, р-значення $\approx 0,065$; без інвалідності $r_s = -0,05$, р-значення $\approx 0,824$. Це вказує на те, що, хоча статистично значущої кореляції в обидвох вибірках не існує, для осіб з інвалідністю характерна тенденція до збільшення негативного ставлення при збільшенні рівня інформованості, а для осіб без інвалідності – зменшення такого.

«Інформованість» та «активна агресія» осіб з інвалідністю $r_s = 0,296$, р-значення $\approx 0,770$; осіб без інвалідності $r_s = -0,175$, р-значення $\approx 0,863$. Статистично важливої кореляції не виявлено в обидвох вибірках.

«Інформованість» та «пасивна агресія» осіб з інвалідністю $r_s = 0,360$, р-значення $\approx 0,723$; без інвалідності $r_s = 0,015$, р-значення $\approx 0,988$. Статистично значущої кореляції не виявлено в обидвох вибірках.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що в межах проведеного дослідження не було виявлено статистично значущого кореляційного зв'язку між рівнем інформованості респондентів та їхніми ставленнями до осіб з інвалідністю, зокрема за такими показниками, як «загальна тенденція до негативного ставлення», «активна агресія» та «пасивна агресія». Це свідчить про

те, що рівень освіченості стосовно осіб з інвалідністю сам по собі не є визначальним чинником у формуванні упередженого або агресивного ставлення до людей з інвалідністю. Відсутність такої залежності може вказувати на багатофакторність процесу стереотипізації, де важливу роль відіграють не лише когнітивні характеристики (інформованість), а й соціально-культурні установки, особистісний досвід, тип соціалізації, вплив медіа та мікросоціального середовища.

Таблиця 2.7

Кореляційні зв'язки показників осіб з інвалідністю (методика «Незавершені речення», О. Ставицького, анкетування)

	Релігійність	Рівень освіти	Особистий досвід взаємодії
Загальна тенденція до негативного ставлення	$r_s \approx 0,410$ р-значення $\approx 0,686$	$r_s \approx 0,495$ р-значення $\approx 0,626$	$r_s \approx 0,378$ р-значення $\approx 0,709$
Активна агресія	$r_s \approx 0,162$ р-значення $\approx 0,872$	$r_s \approx 0,323$ р-значення $\approx 0,750$	$r_s \approx 0,178$ р-значення $\approx 0,860$
Пасивна агресія	$r_s \approx 0,322$ р-значення $\approx 0,750$	$r_s \approx 0,390$ р-значення $\approx 0,699$	$r_s \approx 0,232$ р-значення $\approx 0,819$

У таблиці 2.7 було проаналізовано кореляцію між такими показниками, як «релігійність», «рівень освіти» та «особистий досвід взаємодії» з даними методики «Незавершені речення» для осіб з інвалідністю.

Усі коефіцієнти кореляції (r_s) — низькі або помірні (від ~ 0.16 до ~ 0.49), тобто немає сильного зв'язку. Усі р-значення значно перевищують рівень значущості 0.05, тобто всі зв'язки є статистично незначущими. Отже, зі статистичної точки зору, у межах цього дослідження можна дійти висновку, що ані релігійність, ані рівень освіти, ані навіть особистий досвід взаємодії з особами з інвалідністю не мають статистично значущого впливу на схильність до негативного ставлення, активної або пасивної агресії для осіб з інвалідністю.

Попри відсутність статистично значущих кореляцій між рівнем релігійності, освіти та досвідом взаємодії з особами з інвалідністю й негативними установками, саме особистий досвід виявляє найбільший потенціал для формування толерантного ставлення. Це підтверджується як якісним аналізом, так і логікою міжособистісної взаємодії: ті, хто мали прямий контакт із

особами з інвалідністю, рідше демонстрували агресивні або ворожі установки, незалежно від освіти чи релігійності. Отже, досвід залишається ключовим чинником подолання стереотипів.

Таблиця 2.8

Кореляційні зв'язки показників осіб без інвалідності (методика «Незавершені речення», О. Ставицького, анкетування)

	Релігійність	Рівень освіти	Особистий досвід взаємодії
Загальна тенденція до негативного ставлення	$r_s \approx -0,317$ р-значення $\approx 0,754$	$r_s \approx -0,088$ р-значення $\approx 0,930$	$r_s \approx -0,296$ р-значення $\approx 0,770$
Активна агресія	$r_s \approx -0,347$ р-значення $\approx 0,732$	$r_s \approx -0,217$ р-значення $\approx 0,830$	$r_s \approx -0,380$ р-значення $\approx 0,708$
Пасивна агресія	$r_s \approx -0,123$ р-значення $\approx 0,903$	$r_s \approx -0,074$ р-значення $\approx 0,941$	$r_s \approx -0,137$ р-значення $\approx 0,892$

У таблиці 2.8 був продовжений аналіз кореляцій між такими показниками, як «релігійність», «рівень освіти» та «особистий досвід взаємодії» з даними методики «Незавершені речення» для осіб без інвалідності.

Отже, отримані дані свідчать про те, що серед осіб без інвалідності усі коефіцієнти кореляції (r_s) мають негативне значення, що свідчить про тенденцію до зниження ворожості при підвищенні рівня відповідної змінної (релігійності, освіти, досвіду). Проте жодне з р-значень не є меншим за 0.05, тобто усі зв'язки статистично незначущі.

Попри відсутність статистично значущих кореляцій, усі три чинники (релігійність, рівень освіти та особистий досвід взаємодії з особами з інвалідністю) демонструють слабку негативну тенденцію щодо формування негативного ставлення, активної та пасивної агресії. Найвищу негативну кореляцію спостережено між особистим досвідом та активною агресією ($r_s \approx -0.380$). Ці дані свідчать, що за наявності більшої кількості учасників, саме особистий досвід взаємодії з особами з інвалідністю міг би стати ключовим фактором зниження агресивності та упередженості. Релігійність також демонструє потенційний вплив на зниження активної агресії. Рівень освіти, хоча

й часто вважається важливим для розвитку толерантності, у цьому випадку показує найнижчі кореляційні значення (наприклад, $r_s \approx -0.074$ з пасивною агресією, $r \approx 0.941$), що дозволяє припустити: сам по собі освітній статус не гарантує зниження стереотипів чи ворожості.

Таким чином, за даними проведеного дослідження можна стверджувати, що самооцінка не залежить від наявності у особи інвалідності. Власне фізичне здоров'я особи без інвалідності оцінюють вище, ніж ментальне; особи з інвалідністю краще оцінюють своє ментальне здоров'я. Лише у вибірці осіб з інвалідністю виявлено зв'язок між фізичним здоров'ям і самооцінкою. Ментальне здоров'я пов'язане із самооцінкою в усіх групах. Несвідоме негативне ставлення (презирство, егоїзм, домінування, інтолерантність) частіше притаманне особам без інвалідності, причому статистично значуще. Освіта, релігія та знання про осіб з інвалідністю не мають прямого впливу на рівень толерантності, на відміну від досвіду особистої взаємодії.

Висновки до 2 розділу

Проведене дослідження мало на меті вивчити особливості ставлення до осіб з інвалідністю як з боку людей, що мають інвалідність, так і з боку осіб без інвалідності. Для досягнення мети використано комплексний підхід: анкетування, три психодіагностичні методики (RSES, SF-36, «Незавершені речення»), а також методи статистичного аналізу (t-критерій Стюдента, кореляційний аналіз Пірсона та Спірмена).

Отримані результати вказують на те, що в обох групах більшість досліджуваних мають вищу освіту та декларують високий рівень толерантності, але глибший аналіз показує певні суперечності між декларованим і поведінковим рівнями. В обох вибірках переважає нормальний та високий рівень самооцінки. Різниця між групами за показниками самооцінки є статистично незначущою ($p \approx 0.631$). Це свідчить про те, що на рівень самооцінки наявність інвалідності не має прямого впливу в межах цього дослідження. Особи без інвалідності оцінюють свій фізичний стан значно вищим (статистично значуща різниця, $p \approx 0.00000645$).

Особи з інвалідністю мають вищу оцінку ментального здоров'я, однак ця різниця статистично не значуща ($p \approx 0.060$). Кореляція між фізичним та ментальним компонентами здоров'я не виявлена ($p > 0.05$), що свідчить про незалежність цих аспектів у межах вибірки.

Фізичне здоров'я та самооцінка мають статистично значущий зв'язок тільки у вибірці осіб з інвалідністю ($r = 0.557$, $p = 0.0071$). Ментальне здоров'я та самооцінка – кореляція є значущою у всіх вибірках, але найбільш виражена в осіб без інвалідності ($r_s = 0.703$, $p = 0.00027$). Це вказує на те, що для осіб з інвалідністю фізичне самопочуття є важливим для самооцінки, а для осіб без інвалідності – ментальне.

Особи з інвалідністю демонструють переважно позитивне або нейтральне ставлення до інших осіб з інвалідністю. Особи без інвалідності частіше мають нейтральне ставлення, хоча й без відкрито негативних проявів. Статистично значущі відмінності між групами існують за шкалами: «презирство», «егоїзм», «прагнення до домінування» та «інтолерантність» – ці риси частіше зустрічаються в осіб без інвалідності. Загальна тенденція до негативного ставлення є також статистично вищою у осіб без інвалідності ($p = 0.00115$).

У вибірці осіб без інвалідності виявлено позитивну кореляцію між самооцінкою та рівнем активної агресії ($r_s = 0.548$, $p \approx 0.016$). Це суперечливий, але важливий індикатор: висока самооцінка може супроводжуватись більш жорсткими стереотипними установками. Інших значущих зв'язків між самооцінкою та агресивністю чи упередженням не виявлено. Інформованість щодо осіб з інвалідністю (знання видатних персон) не має значущого впливу на рівень толерантності.

Отже, стереотипи стосовно осіб з інвалідністю продовжують існувати на несвідомому рівні, навіть серед осіб, які декларують свою толерантність. В межах дослідження проаналізовано, що рівень освіти та релігійність не мають статистично значущого впливу на рівень толерантності чи стереотипізації. Результати підкреслюють важливість психоосвітньої роботи та розвитку особистого досвіду взаємодії як способів формування справжньої толерантності.

ВИСНОВКИ

У світлі проведеного дослідження можна зробити наступні висновки про вплив стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю в суспільстві.

1. Нами було проаналізовано поняття «стереотип» та його вплив на людей загалом в українському соціальному контексті. Ми дійшли висновку, що стереотипи — це стійкі узагальнені уявлення про соціальні групи, події чи явища, що виникають на основі культурно-історичного досвіду і поширюються через родинні традиції, літературу й медіа. Їхня емоційна забарвленість відіграє значну роль у збереженні традицій і почутті безпеки. Теоретичний аналіз сучасних досліджень показує, що стереотипізація є автоматичним процесом, який полегшує обробку складної інформації, але водночас може призводити до упереджень і дискримінації. Серед основних функцій стереотипів виокремлюють ідеологічну, ідентифікаційну та регулятивну. Вони спрощують соціальну взаємодію, однак за надмірної закріпленості можуть спричиняти негативні наслідки, як-от антисемітизм чи мізогінію. Розрізняють когнітивні й поведінкові стереотипи: перші змінюються під впливом міжкультурних контактів і медіа, другі мають стійкий, історично сформований характер. Надмірна стереотипізація поглиблює соціальні бар'єри та ускладнює міжгрупову взаємодію.

2. Був зроблений аналіз ставлення до людей із інвалідністю в соціо-культурному контексті. Так, формування стереотипів відбувається в межах соціо-культурного контексту, де соціальне середовище визначає цінності, норми та поведінкові моделі, стимулюючи або обмежуючи певні дії. В Україні поки що бракує системних досліджень впливу ментальних особливостей на ставлення до осіб з інвалідністю, однак аналіз наукових даних дозволяє окреслити загальні тенденції. На глобальному рівні відзначено перехід від медичної моделі інвалідності до соціальної, яка орієнтована на усунення бар'єрів і протидію дискримінації, хоча медична модель і досі залишається домінантною в багатьох країнах. Попри певні позитивні зрушення, рівень стигматизації осіб з

інвалідністю залишається високим. Дослідження показують, що на 2012 рік близько 10–12% населення виявляють інтолерантність, тоді як лише 20% демонструють толерантне ставлення, що підкреслює потребу в подальшому вивченні динаміки суспільних уявлень і впровадженні освітніх програм для подолання стереотипів.

3. Було проаналізовано психологічні особливості осіб зрілого віку, як важливу складову для подальшого вивчення впливу стереотипів на цю соціальну групу. Згідно з віковою періодизацією, зрілість охоплює період від 25 до 65 років і є ключовим етапом життєвого шляху, протягом якого особистість досягає найвищого рівня професійного, інтелектуального та соціального розвитку. Основними характеристиками цього віку є відповідальність, прагнення до самореалізації, передача досвіду та потреба у визнанні з боку суспільства.

Зрілі особи відіграють стратегічну роль у соціальній структурі, часто контролюючи управлінські, економічні й організаційні процеси. Саме тому соціальна ізоляція або дискримінація, спричинені наявністю інвалідності, можуть мати руйнівні наслідки для психіки та самооцінки таких осіб. Порушення процесу інтеграції в соціум унеможливорює реалізацію ключових вікових завдань і сприяє формуванню стану "втрати автентичності", що нерідко призводить до екзистенційної кризи — глибокого психологічного дискомфорту, пов'язаного з пошуком сенсу життя.

Дослідницький аналіз також засвідчив, що особи зрілого віку з інвалідністю можуть бути одночасно вразливими до трьох типів криз: глобального, групового й особистісного характеру. Це посилює психологічне навантаження та ускладнює проходження нормативних вікових криз (зокрема, кризи середини життя). За відсутності соціальної підтримки або інклюзивного середовища такі особи часто втрачають відчуття цілісності, що негативно впливає на якість їхнього життя, психологічне благополуччя та відчуття приналежності до суспільства.

4. Було проведено емпіричне дослідження впливу стереотипів на сприйняття та поведінку осіб зрілого віку з інвалідністю. Так, не зважаючи на

високий рівень декларованої толерантності, результати дослідження свідчать про наявність прихованих негативних установок, особливо серед осіб без інвалідності. Зокрема, саме ця група має вищі середні значення за шкалами «егоїзм», «інтолерантність», «прагнення до домінування» та «презирство», що вказує на тенденцію до несвідомого негативного ставлення та латентної агресії стосовно осіб із інвалідністю. Також, у осіб без інвалідності виявлена вища загальна тенденція до негативного ставлення, що підтверджує розбіжність між свідомою самооцінкою та реальними глибинними установками.

Водночас, особи із інвалідністю демонструють більш стримане та емпатійне ставлення до представників власної групи, а саме: у досліджуваних оцінки за всіма шкалами здебільшого перебувають в межах позитивного або нейтрального рівня, при цьому на неусвідомленому рівні негативне ставлення не виявлено в жодній підгрупі. Також, для них характерна вища рефлексивність, адже більшість з них вважають, що не мають стереотипів, що свідчить про усвідомлення власної упередженості й прагнення до самокорекції.

На рівні психофізіологічного стану, особи з інвалідністю оцінюють своє фізичне здоров'я гірше, ніж особи без неї, однак оцінка ментального здоров'я в обох групах подібна, і серед осіб із інвалідністю навіть трохи вища. Це може свідчити про пристосованість до фізичних обмежень та компенсаторні механізми психологічної стабілізації.

У зв'язку з цим показовим є зв'язок між здоров'ям і самооцінкою. Так, у осіб із інвалідністю рівень фізичного здоров'я має значущий позитивний вплив на самооцінку, тоді як у осіб без інвалідності вирішальним є ментальне здоров'я. Це означає, що самооцінка у кожній з груп формується на основі різних чинників: для осіб із інвалідністю — тілесної автономії, для осіб без інвалідності — психоемоційного добробуту.

Виявлено, що рівень освіти, релігійності та обізнаності про відомих людей з інвалідністю не впливає безпосередньо на рівень толерантності. Це дає підстави стверджувати, що ключовим фактором формування стійкого, справжнього толерантного ставлення є особистий досвід взаємодії, рефлексивність та

критичне мислення — а не лише формальна інформованість чи соціальні маркери.

Перспективами подальшого дослідження є виявлення взаємозв'язку між самооцінкою та агресією на неусвідомлюваному рівні на вибірці осіб без інвалідності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балл Г. О. Концепція самоактуалізації особистості у гуманістичній психології // Психологія і суспільство. – 2017. – Вип. 2. – С. 16–32.
2. Бойко О. Д. Політичне маніпулювання: навч. посіб. – Київ: Академвидав, 2010. – 432 с.
3. Брошура шкал і тестів для оцінки стану пацієнта. Cerebrolysin-Scales-21. URL: https://cerebrolysin.com.ua/fileadmin/user_upload/stroke/addition/Cerebrolysin-Scales-21.pdf (дата звернення: 24.04.2025).
4. Вікові кризи у життєвому шляху людини: базові концепти / ред. В. М. Поліщук, С. А. Поліщук // Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. – 2022. – Т. 33(72), № 5. – С. 82–86.
5. Грабовська І. М., Грабовський С. І. Ментальність // Енциклопедія Сучасної України. – Т. 20. URL: <https://esu.com.ua/article-66534> (дата звернення: 24.04.2025).
6. Єгорова Е. М., Білоцерківська Ю. О. Загальна психологія: конспект лекцій для студентів денної та заочної форм навчання спеціальності 6.030103 «Практична психологія». – Харків: Українська інженерно-педагогічна академія, 2013. – 310 с.
7. Жук Л. Б. Стереотипи та їхня роль у житті людини і суспільства // Історія та правознавство. – 2013. – № 4. – С. 23–25.
8. Зінченко О. С. Психологічні особливості людей літнього віку: теоретичний аналіз проблеми // Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки. – 2015. – № 2. – С. 28–34.
9. Кононенко П. П. Свою Україну любіть... – Київ: Твім інтер, 1996. – 224 с.
10. Магдисюк Л. І. Теоретико-емпіричні межі поняття ейджизму у психології // Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. пр. / за ред. Н. Є. Завацької. – Луганськ, 2013. – № 3(32). – С. 161–168.

11. Ніколенко Л. М. Соціальна значущість ціннісних орієнтацій особистості у професійному становленні корекційного педагога // Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія. – 2018. – № 1(15). – С. 123–129.
12. Олейник Н., Бабатіна С., Коркос Ю. Соціальні стереотипи молоді у сприйнятті іміджу працівника Національної поліції // Psychological Prospects Journal. – 2018. – № 32. – С. 232–249.
13. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: посіб. – Київ: Академвидав, 2003. – 446 с.
14. Павелків Р. В. Вікова психологія. – Київ: Кондор, 2015. – 469 с.
15. Полторак В. А., Зоська Я. В., Стадник А. Г. Соціальні стереотипи і громадська думка: проблеми взаємозв'язку та взаємовпливу // Актуальні проблеми філософії та соціології. – 2020. – Вип. 27. – С. 115–122.
16. Прядко А. О., Сергеєнкова О. П. Історіогенез поняття «стереотип» як предмет психологічного дослідження професійних стереотипів вихователів // Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. – 2021. – Вип. 10. – С. 147–152.
17. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування терміна "особа з інвалідністю" та похідних від нього. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2581-19#Text> (дата звернення: 24.04.2025).
18. Президент підписав закон щодо посилення захисту осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення при здійсненні містобудівної діяльності // Офіційне інтернет-представництво Президента України. URL: <https://president.gov.ua/news/prezident-pidpisav-zakon-shodo-posilennya-zahistu-osib-z-inv-59701> (дата звернення: 24.04.2025).
19. Світич С. І. Проблеми вивчення стереотипів та стереотипізації: теоретико-методологічні підходи // Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України. – 2013. – Вип. 1. – С. 310–324.

20. Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Інститут мовознавства ім. О. О. Потебні ; за ред. І. К. Білодіда. – Київ: Наукова думка, 1970–1980. – Т. 10: Т–Ф. – 1979. – С. 658.
21. Ставицький О. О. Психологія гандикапізму: монографія. – Рівне: ПринтХаус, 2011. – 376 с.
22. Ставицький О. О. Психологія ставлення до інвалідизованих (за результатами використання методики Незакінчених речень) // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – 2012. – Т. 37, № 12. – С. 237–241.
23. Стадник А. Г. Соціальні стереотипи і громадська думка: проблеми взаємозв'язку та взаємовпливу // Актуальні проблеми філософії та соціології. – 2020. – Вип. 27. – С. 115–122.
24. Українська психологічна термінологія: словник-довідник / за ред. М.-Л. А. Чепи. – Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – 301 с.
25. Ханстантинов В. О. Соціальні стереотипи і необхідність толерантності // Наукові праці Миколаївського державного аграрного університету. Серія: Соціологія. – 2014. – Т. 84, Вип. 71. – С. 38–42.
26. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця: практичний посібник / І. Г. Лебідь, Н. М. Руденко, А. Ю. Сидоренко [та ін.]. – Київ: Вид. НПМЦДКК, 2016. – 49 с.
27. Яка квота встановлена для працевлаштування осіб з інвалідністю на підприємстві? // Державна служба України з питань праці. URL: <https://dsp.gov.ua/faq/iaka-kvota-vstanovlena-dlia-pratsevlashtuvannia-osib-z-invalidnistiu-na-pidpriemstvi/> (дата звернення: 24.04.2025).
28. Davis D. Clan-based and Patronage Relations. – New York: New Horizon Press, 2005. – 200 p.
29. Edwards A. L. Four dimensions in political stereotypes // Journal of Abnormal and Social Psychology. – 1940. – Vol. 35, No. 4. – P. 566–572.
30. Erikson E. H. Childhood and Society. – London: Penguin, 1973. – 259 p.
31. Lippmann W. Public Opinion. – New York; London: The Free Press, a Division of Macmillan Publishing Co., Inc., 1949. – 268 p.

32. Morris J. *Pride Against Prejudice: Transforming Attitudes to Disability*. – London: Women’s Press, 1991. – 131 p.
33. Oliver M. *Understanding Disability: From Theory to Practice*. – Basingstoke: Macmillan, 1996. – 192 p.
34. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. – Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. – 326 p.
35. Ross L., Nisbett R. E. *The Person and the Situation: Perspectives of Social Psychology*. – London: Pinter & Martin Publishers, 2011. – 288 p.
36. Sinclair S. J., Blais M. A., Gansler D. A., Sandberg E., Bistis K., LoCicero A. Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: overall and across demographic groups living within the United States // *Evaluation & the Health Professions*. – 2010. – Vol. 33, No. 1. – P. 56–80.
37. Tajfel H., Fraser C. *Introducing Social Psychology*. – New York: Penguin Books, 1978. – 288 p.
38. Teachers' ratings of disruptive behaviors: the influence of halo effects // PubMed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8294651/> (дата звернення: 24.04.2025).
39. TEDx Talks. *Klan We Talk? | Daryl Davis | TEDxCapeMay, 2018* // YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=fw0vS0qvYo0> (дата звернення: 24.04.2025).
40. The jamovi project. *jamovi (версія 2.6) [комп’ютерна програма]*. – 2024. – Режим доступу: <https://www.jamovi.org> (дата звернення: 28.04.2025).
41. Van den Broek E., de Heijer T. *The Bluebottle Effect*. – Netherlands: van Goor, 2023. – 128 p.

ДОДАТКИ

Додаток А. Показники досліджуваних з інвалідністю
за методиками RSES та SF-36

№	Досліджувані:	RSES	Фізичний компонент здоров'я (SF-36)	Ментальний компонент здоров'я (SF-36)
1	Ж, 46 років	11	34,55659905	27,70602315
2	Ж, 61 рік	16	36,16910952	33,78143505
3	Ж, 25 років	17	37,34047967	47,9226603
4	Ж, 38 років	23	47,639879	61,35978787
5	Ч, 32 роки	17	50,4624949	38,76384089
6	Ж, 29 років	23	55,63321743	46,76135293
7	Ж, 21 рік	19	32,70750495	47,71241794
8	Ж, 28 років	26	45,31560901	52,65972859
9	Ж, 27 років	21	48,63519955	51,01258969
10	Ж, 44 роки	13	39,97033401	15,66496044
11	Ж, 39 років	14	17,52452874	52,97376854
12	Ж, 46 років	22	46,17514675	39,29144209
13	Ч, 37 років	11	35,96777803	36,47345691
14	Ч, 26 років	15	39,21565738	33,37798473
15	Ч, 38 років	28	56,27320397	55,64341834
16	Ч, 28 років	20	54,82106714	51,29924829
17	Ж, 29 років	22	48,58857519	40,89783682
18	Ч, 27 років	11	33,65321727	56,50596733
19	Ж, 20 років	19	16,53896877	35,76915322
20	Ч, 24 роки	16	43,01223913	49,76122731
21	Ч, 36 років	13	35,26184297	32,66183456
22	Ч, 28 років	22	36,65615985	36,59164285

**Додаток В. Показники досліджуваних без інвалідності
за методиками RSES та SF-36**

№	Досліджувані:	RSES	Фізичний компонент здоров'я (SF-36)	Ментальний компонент здоров'я (SF-36)
1	Ж, 55 років	20	56,12026113	52,06317526
2	Ч, 25 років	8	62,97182075	21,27297945
3	Ж, 24 роки	14	65,50885231	27,71209991
4	Ж, 22 роки	12	54,90462427	18,00722036
5	Ж, 22 роки	16	64,28961225	23,98157764
6	Ч, 23 роки	24	60,45774055	43,70151015
7	Ч, 25 років	19	39,64614306	43,30539742
8	Ч, 27 років	20	58,18524901	24,73315342
9	Ч, 23 роки	22	54,93011492	34,62506957
10	Ч, 25 років	25	55,76310564	47,49186649
11	Ж, 60 років	16	56,81658482	45,76040753
12	Ж, 42 роки	25	57,00421086	53,06225907
13	Ч, 20 років	17	52,85385731	54,11829345
14	Ч, 47 років	19	52,31314522	39,45180695
15	Ч, 61 рік	24	59,06624508	47,72152244
16	Ж, 43 роки	24	54,31129184	43,38620223
17	Ж, 25 років	9	32,7902784	21,67157617
18	Ч, 22 роки	21	66,04038196	33,84922009
19	Ж, 20 років	10	49,25547911	25,98021843
20	Ч, 21 рік	9	66,77337697	23,91355718
21	Ж, 20 років	17	48,93005608	47,59226847
22	Ж, 22 роки	11	48,47140836	22,74024887

**Додаток С. Показники досліджуваних з інвалідністю
за методикою «Незавершені речення», О. Ставицького**

	Депресія	Гнів	Відраза	Презирство	Страх	Ворожість	Тривога	Егоїзм	Прагнення до помічання	Антипатія	Інтолерантність	Упередження	Нерозвинена емпатія
1	4	5	5	5	5	6	5	5	4	4	4	5	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
4	4	5	5	5	6	5	5	5	4	4	4	5	5
5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
6	5	6	6	7	7	6	6	5	4	5	4	4	5
7	5	7	5	6	8	6	7	5	4	5	4	6	5
8	4	6	7	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
9	7	7	6	6	7	6	6	5	4	5	4	5	6
10	5	9	4	5	8	6	5	6	6	5	3	5	6
11	4	6	5	6	6	6	5	6	4	5	4	4	5
12	4	6	6	9	5	5	5	6	4	4	4	5	6
13	5	7	7	6	7	7	5	5	4	6	4	6	6
14	8	5	6	6	11	5	8	6	4	7	5	7	6
15	8	8	6	6	7	7	7	5	4	5	5	4	7
16	4	6	5	6	5	6	5	6	4	4	4	4	5
17	4	5	8	5	6	6	5	6	4	4	5	6	5
18	4	6	5	7	5	6	5	6	4	4	4	5	7
19	6	6	6	6	6	5	5	6	5	4	4	7	7
20	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
21	5	4	6	5	7	6	4	3	3	4	3	7	6
22	8	7	5	5	5	6	5	5	4	5	4	5	6

**Додаток Д. Показники досліджуваних без інвалідності
за методикою «Незавершені речення», О. Ставицького**

	Депресія	Гнів	Відраза	Презирство	Страх	Ворожість	Тривога	Егоїзм	Прагнення до помічання	Антипатія	Інтолерантність	Упередження	Нерозвинена емпатія
1	4	7	7	5	7	7	6	6	4	4	4	5	7
2	4	6	6	7	6	5	5	8	5	5	4	6	6
3	5	6	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	6
4	6	7	5	7	7	9	7	8	6	4	7	7	7
5	4	6	8	9	7	10	7	10	6	7	4	7	6
6	7	7	10	8	8	9	10	11	11	7	7	8	8
7	9	10	6	8	11	11	9	10	9	6	6	10	7
8	4	6	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
9	5	6	5	6	7	5	5	6	4	4	5	4	5
10	4	9	5	6	7	5	7	6	5	4	4	4	6
11	4	6	7	5	7	5	5	9	6	5	4	6	5
12	6	7	5	8	8	5	5	9	6	4	5	8	5
13	8	7	8	7	7	7	6	7	7	4	5	8	6
14	4	5	5	5	7	5	5	5	15	4	4	4	5
15	4	6	6	7	6	6	5	7	6	5	5	4	5
16	5	6	7	7	5	6	6	7	4	4	4	4	6
17	5	7	10	7	10	9	7	8	7	7	7	7	7
18	4	5	5	5	5	5	5	6	4	4	4	5	5
19	5	5	5	6	5	5	6	5	6	4	5	4	6
20	4	5	5	5	6	5	5	5	4	4	4	4	5
21	5	5	5	8	6	5	5	7	5	5	4	4	6
22	7	6	6	6	6	5	6	6	5	4	5	4	7