

Державна служба України з надзвичайних ситуацій  
Львівський державний університет безпеки життєдіяльності  
Факультет психології та соціального захисту  
Кафедра практичної психології та педагогіки

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ  
Начальник кафедри ППтаП  
д. психол. наук, професор,  
полковник служби ц.з

Роксолана СІРКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025р.

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА**

на тему:

**«Психологічні чинники соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання»**

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 53 ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ  
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

**Виконав(ла)**

здобувач вищої освіти  
студентка групи ПС-41  
Богдана ДЕМЧИНА

**Керівник** –Юрій ВІНТЮК  
**Рецензент** – Христина САЙКО

## ЛЬВІВ – 2025

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ .....	5
1.1. Поняття та сутність соціальної інтеграції в сучасній психології .....	5
1.2. Особливості соціального функціонування осіб з інвалідністю .....	7
1.3. Підтримане проживання як форма соціальної інклюзії: зміст, принципи, міжнародний досвід.....	10
1.4. Психологічні чинники, що сприяють або ускладнюють інтеграцію осіб з інвалідністю .....	13
Висновки до першого розділу .....	19
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ПІДТРИМАНОГО ПРОЖИВАННЯ.....	21
2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження.....	21
2.2. Аналіз результатів учасників дослідження.....	24
2.3. Визначення психологічних чинників, що впливають на інтеграційний процес .....	31
Висновки до другого розділу .....	35
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ СПРИЯННЯ СОЦІАЛЬНІЙ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ .....	37
3.1. Рекомендації щодо психосоціального супроводу в умовах підтриманого проживання .....	37
3.2. Профілактика соціальної ізоляції: роль фахівців, родини та громади .....	41
3.3. Розробка та апробація елементів психокорекційної програми .....	46
Висновки до третього розділу .....	53
ВИСНОВКИ .....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Проблема соціальної інтеграції осіб з інвалідністю набуває особливої значущості в умовах глибоких трансформацій українського суспільства, викликаних військовими подіями, демографічними змінами, переосмисленням гуманітарних цінностей та зростаючим запитом на інклюзію. Одним із сучасних підходів до підтримки людей з інвалідністю є модель підтриманого проживання, яка створює альтернативу інституційній опіці та сприяє автономії, соціальній активності й гідності осіб з особливими потребами.

Психологічні аспекти інтеграції в цих умовах вимагають глибокого вивчення, оскільки саме внутрішні ресурси особистості, зокрема емоційна стійкість, самооцінка, рівень мотивації до самореалізації, відіграють ключову роль у досягненні успішної адаптації. Актуальність підсилюється й тим, що війна суттєво збільшила кількість осіб, які потребують комплексної підтримки у зв'язку з набутими інвалідностями, внаслідок чого важливо переосмислити психологічні підходи до їх реабілітації.

Проблематика психологічних чинників соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання є надзвичайно актуальною в умовах сучасних трансформацій соціальної політики. Незважаючи на зростання кількості інклюзивних ініціатив, багато людей з інвалідністю залишаються ізольованими від активного суспільного життя. Система підтриманого проживання покликана забезпечити не лише фізичні умови, а й сприятливе психологічне середовище, проте часто не враховує індивідуальні потреби. Низький рівень психологічної підтримки ускладнює адаптацію до нових соціальних ролей та відповідальності. Важливим викликом є подолання внутрішньої та зовнішньої стигматизації, яка перешкоджає формуванню позитивної ідентичності. Часто відсутні фахові програми розвитку соціальних навичок, що знижує ефективність інтеграції. Крім того, психологічна

неготовність персоналу до роботи з вразливими групами створює додаткові труднощі. Усе це вимагає комплексного підходу до вивчення та подолання психологічних бар'єрів у процесі соціального включення осіб з інвалідністю.

Сучасні наукові джерела свідчать, що соціальна ізоляція, упереджене ставлення, брак навичок самостійного життя залишаються бар'єрами, які вимагають не лише соціального, а й психологічного втручання. Саме тому дослідження психологічних чинників, що впливають на соціальну інтеграцію осіб з інвалідністю в умовах підтриманого проживання, є вкрай необхідним для розвитку ефективних стратегій інклюзії, удосконалення роботи фахівців соціальної та психологічної сфер, а також формування справедливого та гуманного суспільства.

**Теоретична база дослідження.** Робота спирається на праці Л.С. Виготського, І.С. Гамрецького, С. Георгієвої, О. М. Дікової-Фаворської, дослідження концепції резильєнтності (Г. П. Лазос) та нормативно-правову базу України, зокрема Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» та міжнародні стандарти (ООН, ВООЗ).

**Мета дослідження.** Дослідити вплив психологічних чинників на соціальну інтеграцію людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукову літературу щодо проблем інтеграції осіб з інвалідністю та психологічних чинників.
2. Дослідити специфіку підтриманого проживання як соціального середовища.
3. Провести емпіричне дослідження впливу психологічних чинників на адаптацію осіб з інвалідністю.
4. Запропонувати практичні рекомендації для фахівців соціальної сфери.

**Методи дослідження:**

1. Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, моделювання.

2. Емпіричні: опитування, анкетування, інтерв'ювання, психодіагностичні методики - Методика оцінки якості життя WHOQOL-BREF, Шкала соціальної інтеграції (SIS), Копінг-тест Лазаруса (адаптація Т. Крюкової), Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (УСК) (адаптація Є. Бажина, С. Голинкіної, А. Еткінда на основі шкали локусу контролю Роттера), Шкала самооцінки Розенберга.

3. Статистичні: методи кількісного аналізу для обробки результатів.

**Об'єкт дослідження.** Соціальна інтеграція.

**Предмет дослідження.** Психологічні чинники соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання.

**Практична значимість.** Результати можуть бути використані соціальними працівниками, психологами, керівниками центрів підтриманого проживання для підвищення ефективності інтеграційних програм.

**Теоретична значимість.** Дослідження доповнює наукові уявлення про механізми психологічної адаптації та інтеграції людей з інвалідністю.

**Наукова новизна.** Уточнено перелік і зміст психологічних чинників, які мають ключове значення для успішної соціальної інтеграції в контексті підтриманого проживання.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## 1.1. Поняття та сутність соціальної інтеграції в сучасній психології

Соціальна інтеграція є важливим процесом, який забезпечує повноцінне функціонування суспільства як єдиної системи, де кожен член має можливість реалізувати свій потенціал. У контексті сучасної психології соціальна інтеграція розглядається як багатоаспектний процес встановлення оптимальних зв'язків між відносно самостійними малозв'язаними між собою соціальними об'єктами та подальше їх перетворення у єдину, цілісну систему, в якій узгоджені та взаємозалежні її частини на основі спільних цілей та інтересів [20, с. 45]. Іванченко Є. А. визначає інтеграцію як "процес, результатом якого є досягнення єдності й цілісності, узгодженості всередині системи, заснованої на взаємозалежності окремих спеціалізованих елементів" [40, с. 290]. Така концептуалізація підкреслює динамічний характер соціальної інтеграції та її спрямованість на досягнення системної гармонії.

Теоретичні основи соціальної інтеграції знаходять своє відображення у роботах багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців. Злобіна О. Г. та співавтори у своїй монографії "Соціально-психологічні чинники інтеграції українського соціуму" розглядають інтеграцію як процес, що відбувається на макро-, мезо- та мікрорівнях соціальної взаємодії, де кожен рівень характеризується власними механізмами та закономірностями [33, с. 42]. На мікрорівні інтеграція проявляється через формування міжособистісних зв'язків, на мезорівні – через включення у соціальні групи та спільноти, а на макрорівні – через взаємодію з соціальними інститутами та суспільством в цілому.

Психологічний аспект соціальної інтеграції досліджено у монографії "Теоретико-методологічні основи інтеграції психологічного знання" за

редакцією О. В. Завгородньої, де авторський колектив підкреслює, що успішна соціалізація та інтеграція особистості залежить від психологічної готовності прийняти соціальні норми та цінності, а також від здатності суспільства створити умови для такого прийняття [34, с. 87]. Важливо зауважити, що у психологічному вимірі інтеграція розглядається не лише як зовнішній процес включення індивіда у соціальне середовище, але й як внутрішній процес особистісного прийняття соціальних норм, цінностей та установок, що формує відчуття приналежності та єдності із соціумом.

Мосьондз М. В. у монографії "Практики соціальної інтеграції сучасної молоді в українському суспільстві" розглядає соціальну інтеграцію як процес встановлення оптимальних зв'язків між соціальними інститутами, групами, вертикалями влади та громадянами, а також як процес включення індивідів у різні соціальні групи і спільноти [19, с. 34]. Авторка наголошує, що ефективна соціальна інтеграція передбачає активну участь індивідів у соціальних процесах, а не пасивне пристосування до соціальних умов.

У контексті сучасних викликів, пов'язаних з воєнним станом, соціальна інтеграція набуває особливого значення. Колективна монографія "Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни" підкреслює важливість створення інтегрованого простору, де кожна особистість, незалежно від своїх фізичних можливостей, може відчувати себе повноцінним членом суспільства [31, с. 56]. Автори стверджують, що соціальна інтеграція є не лише процесом включення індивіда у суспільство, але й процесом адаптації самого суспільства до потреб та можливостей різних соціальних груп.

Важливим аспектом розуміння соціальної інтеграції є її міждисциплінарний характер. Як зазначено у матеріалах міжнародної науково-практичної конференції "Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах", соціальна інтеграція вивчається не лише психологією, але й соціологією, педагогікою, соціальною роботою, що дозволяє розглядати це явище з різних наукових перспектив та розробляти комплексні підходи до його реалізації [32, с. 45].

Отже, соціальна інтеграція у сучасній психології трактується як складний багаторівневий процес, який передбачає включення індивіда у суспільство через формування соціальних зв'язків, прийняття соціальних норм та цінностей, а також активну участь у соціальних процесах. Цей процес залежить як від психологічної готовності індивіда до інтеграції, так і від готовності суспільства створити інклюзивне середовище.

## **1.2. Особливості соціального функціонування осіб з інвалідністю**

Соціальне функціонування осіб з інвалідністю характеризується низкою особливостей, які зумовлені як фізичними чи психічними обмеженнями, так і соціальними бар'єрами, що існують у суспільстві. Ці особливості визначають характер взаємодії осіб з інвалідністю з соціальним середовищем та впливають на процес їхньої соціальної інтеграції.

Оверчук В. А. та Кушнір Ю. В. у своєму дослідженні "Психологічні проблеми інвалідності: моделі та способи розв'язання" виділяють кілька моделей інвалідності, які визначають різні аспекти соціального функціонування осіб з обмеженими можливостями. Медична модель розглядає інвалідність як проблему індивіда, яка потребує медичного втручання; соціальна модель трактує інвалідність як соціальну проблему, яка виникає внаслідок недостатньої інтеграції осіб з обмеженими можливостями у суспільство; а біопсихосоціальна модель поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти інвалідності [22, с. 128]. Автори наголошують, що саме біопсихосоціальна модель є найбільш адекватною для розуміння особливостей соціального функціонування осіб з інвалідністю, оскільки вона враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів.

У статті "Psychological problems of integration to the active social life of a person with special needs" Оверчук В. А. зазначає, що особи з інвалідністю часто стикаються з проблемами соціальної ізоляції, які зумовлені не лише фізичними обмеженнями, але й психологічними бар'єрами, такими як



занижена самооцінка, невпевненість у собі, страх відторгнення тощо [42, с. 65]. Такі психологічні проблеми можуть істотно ускладнювати процес соціальної інтеграції та потребують спеціальної психологічної підтримки.

Дікова-Фаворська О. М. у своїй статті "Адаптаційні можливості освіти осіб з інвалідністю" наголошує на важливості освіти як фактора соціальної інтеграції осіб з інвалідністю. Авторка зазначає, що доступ до якісної освіти є ключовим фактором, який визначає соціальне функціонування осіб з інвалідністю, їхню здатність до самореалізації та повноцінної участі у суспільному житті [6, с. 32]. Водночас, вона підкреслює, що існуючі освітні системи не завжди враховують особливі потреби осіб з інвалідністю, що створює додаткові бар'єри на шляху їхньої соціальної інтеграції.

Особливості соціального функціонування осіб з інвалідністю також визначаються рівнем доступності фізичного середовища та інформаційного простору. Сапіга С. та Остролуцька Л. у статті "Особливості надання соціальних послуг людям з інвалідністю" зазначають, що недостатня доступність інфраструктури, транспорту, публічних закладів суттєво обмежує можливості осіб з інвалідністю щодо повноцінної участі у суспільному житті [27, с. 118]. Автори наголошують на необхідності створення безбар'єрного середовища як важливої умови соціальної інтеграції осіб з інвалідністю.

Важливу роль у соціальному функціонуванні осіб з інвалідністю відіграє їхній правовий статус та система соціального захисту. В Україні правове становище осіб з інвалідністю регулюється Законом України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" та іншими нормативно-правовими актами, які визначають гарантії соціального захисту осіб з інвалідністю та механізми їхньої соціальної інтеграції [7]. Проте, як зазначають Лекхолетова М., Лях Т. та Дуля А. у статті "Особливості соціальної роботи з особами з інвалідністю внаслідок війни", існуюча система соціального захисту не завжди ефективно відповідає на потреби осіб з інвалідністю, особливо тих, хто отримав інвалідність внаслідок воєнних дій [41, с. 65].

Соціальне функціонування осіб з інвалідністю також визначається доступністю та якістю соціальних послуг. У посібнику "На шляху до інклюзії: соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями" зазначається, що важливою умовою успішної соціальної інтеграції є комплексний підхід до надання соціальних послуг, який враховує не лише потреби самої особи з інвалідністю, але й потреби її сім'ї [21, с. 54]. Автори наголошують на необхідності розвитку системи соціальних послуг на рівні громади, яка б забезпечувала доступність та якість послуг для всіх категорій населення, включно з особами з інвалідністю.

Окремої уваги заслуговують особливості соціального функціонування осіб, які отримали інвалідність внаслідок воєнних дій. Як зазначено у посібнику "Методичні рекомендації щодо діяльності мобільних бригад соціально-психологічної допомоги учасникам бойових дій АТО/ООС та членам їх родин", такі особи часто стикаються з комплексом психологічних, соціальних та економічних проблем, які потребують спеціалізованої підтримки [16, с. 12]. Автори наголошують на важливості комплексного підходу до соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, який би враховував не лише їхні фізичні, але й психологічні потреби.

Амері М. у своєму дослідженні "The disability employment puzzles: a field experiment on employer hiring behavior" звертає увагу на проблеми працевлаштування осіб з інвалідністю як важливого аспекту їхнього соціального функціонування. Автор зазначає, що особи з інвалідністю часто стикаються з дискримінацією на ринку праці, що суттєво обмежує їхні можливості щодо самореалізації та економічної незалежності [38, с. 35]. Це дослідження підтверджує, що проблеми соціального функціонування осіб з інвалідністю є універсальними і потребують системних рішень на рівні державної політики та суспільної свідомості.

Таким чином, соціальне функціонування осіб з інвалідністю характеризується низкою особливостей, які зумовлені як об'єктивними обмеженнями, так і соціальними бар'єрами. Успішна соціальна інтеграція осіб

з інвалідністю потребує комплексного підходу, який враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти інвалідності, а також передбачає створення інклюзивного середовища, яке забезпечує рівні можливості для всіх членів суспільства.

### **1.3. Підтримане проживання як форма соціальної інклюзії: зміст, принципи, міжнародний досвід**

Підтримане проживання є однією з ефективних форм соціальної інклюзії осіб з інвалідністю, яка спрямована на забезпечення їхньої самостійності та повноцінної участі у суспільному житті. Цей підхід базується на принципі нормалізації, який передбачає створення таких умов життя для осіб з інвалідністю, які максимально наближені до звичайних умов життя у суспільстві.

Як зазначено у навчальному посібнику "Актуальні питання соціальної роботи" за редакцією О. В. Епель, Т. Л. Лях та І. В. Силантьєва, підтримане проживання – це форма житлового забезпечення та надання соціальних послуг, за якої особи з інвалідністю проживають у звичайних помешканнях, інтегрованих у громаду, але отримують необхідну підтримку для задоволення своїх потреб [1, с. 78]. Така форма проживання дозволяє особам з інвалідністю вести самостійне життя, приймати власні рішення та брати активну участь у житті громади.

Основними принципами підтриманого проживання, згідно з вищезгаданим джерелом, є:

1. Повага до гідності та індивідуальності кожної особи;
2. Право на самовизначення та вибір;
3. Підтримка самостійності та незалежності;
4. Інтеграція у громаду;
5. Індивідуальний підхід до надання підтримки;
6. Залучення до процесу прийняття рішень [1, с. 80].

Ці принципи відображають загальну філософію підтриманого проживання, яка полягає у створенні умов для максимально самостійного життя осіб з інвалідністю при забезпеченні необхідної підтримки.

У статті "Особливості надання соціальних послуг людям з інвалідністю" Сапіга С. та Остролуцька Л. розглядають підтримане проживання як важливу складову системи соціальних послуг для осіб з інвалідністю. Автори зазначають, що підтримане проживання може реалізовуватися у різних формах: від проживання у спеціально обладнаних квартирах чи будинках із постійною підтримкою соціальних працівників до проживання у власному помешканні з періодичною підтримкою [27, с. 120]. Вибір конкретної форми підтриманого проживання залежить від індивідуальних потреб особи, рівня її самостійності та наявних ресурсів.

Міжнародний досвід організації підтриманого проживання осіб з інвалідністю є досить різноманітним і багатим. Зеня Д. М. та Кабусь Н. Д. у своїй праці "Перспективні напрями соціальної роботи з особами з інвалідністю в умовах сучасних викликів" аналізують досвід різних країн у цій сфері та виділяють кілька моделей підтриманого проживання:

1. Скандинавська модель, яка характеризується високим рівнем державної підтримки та розвиненою системою соціальних послуг на рівні громади;
2. Американська модель, яка базується на принципах деінституціалізації та активному залученні громадських організацій;
3. Британська модель, яка поєднує державну підтримку з місцевими ініціативами та волонтерством [8, с. 124].

Автори зазначають, що кожна з цих моделей має свої переваги та недоліки, але спільною рисою є орієнтація на забезпечення прав і свобод осіб з інвалідністю та їхню повноцінну участь у суспільному житті.

У контексті міжнародного досвіду особливу увагу привертає система підтриманого проживання у Швеції, яка вважається однією з найбільш розвинених у світі. Згідно з посібником "На шляху до інклюзії: соціальна

робота з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями", у Швеції функціонує розгалужена мережа групових будинків, квартир із супроводом та індивідуальних помешкань із підтримкою, які забезпечують різні рівні самостійності відповідно до потреб конкретних осіб [21, с. 157]. Важливою особливістю шведської системи є її орієнтація на індивідуальні потреби кожної особи та гнучкість у наданні підтримки.

Важливий аспект підтриманого проживання – це правове регулювання цієї сфери. В Україні правові засади організації підтриманого проживання визначаються Законом України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" та іншими нормативно-правовими актами. Відповідно до статті 36 цього Закону, "місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування забезпечують виділення земельних ділянок для будівництва житла для осіб з інвалідністю, створення спеціальних житлових будинків або виділення квартир для осіб з інвалідністю, які потребують поліпшення житлових умов" [7]. Ця норма створює правові передумови для розвитку різних форм підтриманого проживання в Україні.

Проте, як зазначають Гамрецький І. С., Столяренко О. В. та Столяренко О. В. у статті "Інтеграція людей з особливими потребами у суспільство як прояв ціннісного і толерантного ставлення до людини", практична реалізація ідеї підтриманого проживання в Україні стикається з низкою проблем, таких як недостатнє фінансування, відсутність кваліфікованих фахівців та необхідної інфраструктури, а також стереотипи та упередження щодо осіб з інвалідністю [5, с. 48]. Автори наголошують на необхідності системного підходу до розвитку підтриманого проживання, який би поєднував законодавчі ініціативи з просвітницькою роботою та розвитком відповідної інфраструктури.

Важливою складовою підтриманого проживання є надання соціальних послуг особам з інвалідністю. У колективній монографії "Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни" зазначено, що ефективна система підтриманого проживання передбачає надання

різноманітних соціальних послуг, таких як допомога у самообслуговуванні, соціальна адаптація, психологічна підтримка, трудова реабілітація тощо [31, с. 123]. Ці послуги мають надаватися на основі індивідуального підходу та враховувати специфічні потреби кожної особи.

Кравченко О. та Назар С. у статті "Підготовка майбутніх фахівців до надання реабілітаційних послуг у громаді" наголошують на важливості підготовки кваліфікованих фахівців для роботи в системі підтриманого проживання. Автори зазначають, що такі фахівці мають володіти не лише професійними компетентностями у сфері соціальної роботи та реабілітації, але й мати розвинені комунікативні навички, емпатію та толерантність [12, с. 98]. Це підкреслює важливість якісної професійної підготовки кадрів для забезпечення ефективності підтриманого проживання як форми соціальної інклюзії.

Таким чином, підтримане проживання є важливою формою соціальної інклюзії осіб з інвалідністю, яка спрямована на забезпечення їхньої самостійності та повноцінної участі у суспільному житті. Міжнародний досвід демонструє різноманітність моделей та підходів до організації підтриманого проживання, які можуть бути адаптовані до українських реалій з урахуванням національних особливостей та потреб осіб з інвалідністю.

#### **1.4. Психологічні чинники, що сприяють або ускладнюють інтеграцію осіб з інвалідністю**

Процес соціальної інтеграції осіб з інвалідністю значною мірою залежить від психологічних чинників, які можуть як сприяти, так і ускладнювати цей процес. Розуміння цих чинників є важливим для розробки ефективних стратегій та програм соціальної інтеграції.

Оверчук В. А. у статті "Psychological problems of integration to the active social life of a person with special needs" виділяє низку психологічних чинників, які впливають на процес соціальної інтеграції осіб з інвалідністю. До чинників,

що сприяють інтеграції, автор відносить високу мотивацію, позитивну самооцінку, розвинені соціальні навички, емоційну стабільність та соціальну підтримку. Натомість, до чинників, що ускладнюють інтеграцію, належать низька самооцінка, соціальна тривожність, відчуття безпорадності, негативний досвід соціальної взаємодії та відсутність соціальної підтримки [42, с. 67].

Розглянемо детальніше кожен із цих психологічних чинників.

Мотивація – це психологічний чинник, який визначає спрямованість, інтенсивність та стійкість дій особистості. Лазос Г. П. у праці "Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку" зазначає, що висока мотивація до соціальної інтеграції є важливим чинником успішної адаптації осіб з інвалідністю до життя у суспільстві [14, с. 53]. Мотивація може бути внутрішньою (бажання самореалізації, прагнення до незалежності) або зовнішньою (соціальне схвалення, матеріальні стимули). Важливо, щоб особи з інвалідністю мали можливість розвивати власну мотиваційну сферу та бачити перспективи самореалізації у суспільстві.

Самооцінка – це оцінка особистістю своїх можливостей, якостей та місця серед інших людей. Виготський Л. С. у своїй праці "Психологія людини" наголошував на важливості формування адекватної самооцінки для повноцінного розвитку особистості [4, с. 56]. У контексті соціальної інтеграції осіб з інвалідністю позитивна самооцінка є важливим чинником, який сприяє активній соціальній позиції та готовності до подолання труднощів. Натомість, занижена самооцінка може призводити до соціальної ізоляції, пасивності та залежності від допомоги інших.

Емоційна стабільність – це здатність особистості зберігати емоційну рівновагу у різних життєвих ситуаціях. У матеріалах міжнародної науково-практичної конференції "Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах" зазначено, що емоційна стабільність є важливим ресурсом особистості, який допомагає ефективно справлятися з життєвими викликами, включно з проблемами, пов'язаними з інвалідністю [32, с. 67].

Емоційна стабільність дозволяє особам з інвалідністю адекватно реагувати на труднощі соціальної інтеграції та зберігати психологічне благополуччя в умовах соціальних бар'єрів та обмежень.

Соціальна підтримка – це система соціальних зв'язків, які забезпечують психологічну, емоційну, матеріальну та інформаційну підтримку особистості. У колективній монографії "Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни" наголошується на важливості соціальної підтримки для психологічного благополуччя осіб з інвалідністю [31, с. 78]. Соціальна підтримка може надходити від сім'ї, друзів, колег, професійних спільнот, соціальних працівників та інших джерел. Важливо, щоб особи з інвалідністю мали доступ до різних джерел соціальної підтримки, які б відповідали їхнім потребам та сприяли їхній соціальній інтеграції.

Резильєнтність – це здатність особистості відновлюватися після складних життєвих обставин, адаптуватися до змін та розвиватися попри труднощі. Лазос Г. П. у своєму дослідженні визначає резильєнтність як динамічний процес, що передбачає позитивну адаптацію в контексті значних негараздів [14, с. 12]. Для осіб з інвалідністю резильєнтність є надзвичайно важливим чинником, який допомагає долати фізичні та соціальні бар'єри, пристосовуватися до обмежень та знаходити нові можливості для самореалізації. Розвиток резильєнтності є важливим напрямом психологічної роботи з особами з інвалідністю, який сприяє їхній успішній соціальній інтеграції.

Соціальна компетентність – це здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми, розуміти соціальні норми та правила, будувати конструктивні міжособистісні стосунки. У роботі "Соціалізація молоді з особливими освітніми потребами: кращі практики" колектив авторів на чолі з Базиленко А. зазначає, що соціальна компетентність є важливим чинником успішної соціалізації та інтеграції молоді з особливими потребами [32, с. 45]. Розвиток соціальної компетентності передбачає формування навичок спілкування, вирішення конфліктів, співпраці, емпатії тощо. Ці навички



допомагають особам з інвалідністю ефективно взаємодіяти з соціальним оточенням та долати комунікативні бар'єри.

Серед психологічних чинників, які ускладнюють соціальну інтеграцію осіб з інвалідністю, варто відзначити такі:

Соціальна тривожність – це стійкий страх соціальних ситуацій, який супроводжується побоюванням негативної оцінки з боку інших людей. У матеріалах міжнародної науково-практичної конференції "Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах" зазначено, що соціальна тривожність є поширеним явищем серед осіб з інвалідністю, особливо тих, хто мав негативний досвід соціальної взаємодії [32, с. 89]. Висока соціальна тривожність може призводити до уникнення соціальних контактів, що суттєво ускладнює процес соціальної інтеграції.

Відчуття безпорадності – це стан, за якого особистість вважає, що вона не має контролю над ситуацією та не може вплинути на події свого життя. Оверчук В. А. та Кушнір Ю. В. у своєму дослідженні "Психологічні проблеми інвалідності: моделі та способи розв'язання" зазначають, що відчуття безпорадності є однією з психологічних проблем, з якими стикаються особи з інвалідністю [22, с. 130]. Це відчуття може формуватися внаслідок об'єктивних обмежень, пов'язаних з інвалідністю, а також під впливом соціальних стереотипів та упереджень. Відчуття безпорадності призводить до пасивності, залежності від інших та відмови від активної соціальної позиції, що суттєво ускладнює процес соціальної інтеграції.

Ефект стигматизації – це процес, за якого певній групі людей (у цьому випадку – особам з інвалідністю) приписуються негативні характеристики, які призводять до соціальної дискримінації та виключення. У колективній монографії "Соціально-психологічні чинники інтеграції українського соціуму" зазначено, що стигматизація є одним із основних бар'єрів на шляху соціальної інтеграції вразливих груп населення [33, с. 124]. Стигматизація може проявлятися через негативні стереотипи, упередження, дискримінаційну поведінку тощо. Для осіб з інвалідністю стигматизація може призводити до

низької самооцінки, відчуття непотрібності, соціальної ізоляції та психологічних проблем.

Психологічні травми – це емоційні та психологічні травми, які виникають внаслідок травматичних подій або тривалих стресових ситуацій. Для осіб, які отримали інвалідність внаслідок війни, психологічні травми є особливо актуальною проблемою. Величко-Трифонюк Р. у статті "З фронту додому: ветерани в Україні та їхній шлях до визнання прав людини" зазначає, що психологічні травми, пов'язані з воєнним досвідом, можуть суттєво ускладнювати процес соціальної реінтеграції ветеранів з інвалідністю [3]. Такі травми можуть проявлятися через посттравматичний стресовий розлад, депресію, тривожні стани, що потребує спеціалізованої психологічної допомоги.

Деструктивні копінг-стратегії – це неефективні способи подолання стресових ситуацій, які можуть призводити до психологічних проблем та дезадаптації. У матеріалах колективної монографії "Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни" зазначено, що особи з інвалідністю можуть використовувати різні копінг-стратегії для подолання труднощів, пов'язаних з їхнім станом, але не всі ці стратегії є конструктивними [31, с. 156]. Деструктивні копінг-стратегії, такі як уникнення проблем, заперечення, агресія, можуть тимчасово знижувати рівень стресу, але в довгостроковій перспективі вони ускладнюють процес адаптації та соціальної інтеграції.

Важливо зазначити, що вплив психологічних чинників на процес соціальної інтеграції осіб з інвалідністю залежить не лише від індивідуальних особливостей особистості, але й від соціального контексту. Як стверджує Михальська Ю. А. та Михальський А. В. у статті "Сучасний стан медико-соціальної реабілітації осіб похилого віку та шляхи її вдосконалення", успішна соціальна інтеграція потребує системного підходу, який враховує взаємодію психологічних, соціальних та медичних факторів [18, с. 75]. Це підкреслює необхідність комплексних програм реабілітації та соціальної підтримки, які

спрямовані на подолання психологічних бар'єрів та розвиток психологічних ресурсів особистості.

Коляденко Н. В. та Траченко В. А. у своїй праці "Медико-психологічні засади професійної реабілітації осіб із інвалідністю" наголошують на важливості психологічного супроводу процесу професійної реабілітації осіб з інвалідністю [9, с. 120]. Такий супровід передбачає психологічну діагностику, консультування, корекцію та підтримку, які спрямовані на подолання психологічних бар'єрів та розвиток професійно важливих якостей. Це підкреслює важливість психологічної складової у процесі соціальної інтеграції через трудову діяльність.

У "Концепції ранньої соціальної реабілітації інвалідів" зазначено, що рання психологічна підтримка є важливою умовою успішної соціальної інтеграції осіб з інвалідністю, особливо дітей та молоді [10, с. 45]. Така підтримка має бути спрямована на формування позитивної самооцінки, розвиток соціальних навичок, подолання психологічних бар'єрів та формування активної життєвої позиції. Це підкреслює важливість раннього втручання та психологічної підтримки як чинників, що сприяють успішній соціальній інтеграції.

Отже, психологічні чинники відіграють важливу роль у процесі соціальної інтеграції осіб з інвалідністю. Мотивація, самооцінка, емоційна стабільність, соціальна підтримка, резильєнтність та соціальна компетентність є важливими ресурсами, які сприяють успішній інтеграції. Натомість, соціальна тривожність, відчуття безпорадності, стигматизація, психологічні травми та деструктивні копінг-стратегії можуть ускладнювати цей процес. Розуміння цих чинників є важливим для розробки ефективних програм психологічної підтримки та соціальної інтеграції осіб з інвалідністю, які враховують не лише їхні фізичні, але й психологічні потреби.

## Висновки до першого розділу

Таким чином, ми розглянули теоретико-методологічні основи дослідження соціальної інтеграції людей з інвалідністю, зокрема поняття та сутність соціальної інтеграції в сучасній психології, особливості соціального функціонування осіб з інвалідністю, підтримане проживання як форму соціальної інклюзії та психологічні чинники, що сприяють або ускладнюють інтеграцію осіб з інвалідністю. Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю — це не просто включення до суспільства, а складний і багаторівневий процес, що передбачає взаємну адаптацію. Вона включає прийняття, повагу, підтримку та створення умов для самореалізації людини незалежно від її фізичних або психологічних обмежень. Інтеграція проявляється на різних рівнях: від особистісних контактів до взаємодії з інституціями, і кожен з цих рівнів важливий.

Вивчення наукових джерел дало змогу побачити, що важливу роль відіграють не лише зовнішні фактори, а й внутрішній стан самої людини. Рівень самооцінки, мотивація, психологічна стійкість і наявність соціальних навичок можуть як допомогти, так і завадити інтеграції. Сучасна психологія розглядає соціальну інтеграцію не як обов'язкову адаптацію до загальних норм, а як діалог рівних. Окремо виділено соціальне функціонування осіб з інвалідністю, що часто стикається з бар'єрами у вигляді недоступного середовища, дискримінації чи бракованої системи підтримки. Освіта, робота, житло й доступ до якісних послуг є визначальними умовами для повноцінного життя.

Значну увагу було приділено формі підтриманого проживання, що у багатьох країнах довела свою ефективність. У цьому підході особа не просто отримує допомогу, а зберігає автономію і залучається до життя громади. Українська практика лише формується, але вже зараз очевидно, що без кваліфікованих фахівців і адекватної політики зробити цей механізм дієвим буде складно. Показовим є міжнародний досвід, де принципи гідності, вибору

і незалежності є не просто декларованими, а реалізованими. Особливе значення мають психологічні чинники, які або допомагають людині зміцнити, або тягнуть її назад. Самооцінка, самоконтроль, деструктивні способи подолання стресу— усе це реальні перешкоди, що потребують комплексного підходу.

Успішна інтеграція неможлива без підтримки з боку суспільства, яке має навчитися бачити у кожній людині потенціал, а не діагноз. Саме в цьому — суть інклюзії: не формальна участь, а реальна присутність. Підсумовуючи, соціальна інтеграція осіб з інвалідністю — це спільний виклик, що вимагає зусиль, чуйності та змін на різних рівнях. І лише тоді з'являється шанс на суспільство, де кожен справді має рівні можливості. Інтеграція осіб з інвалідністю неможлива без подолання суспільних упереджень і стереотипів. Не менш важливою є інформаційна відкритість і просвітницька діяльність, спрямована на формування толерантного ставлення. Психологічна підтримка має бути доступною на всіх етапах — від раннього віку до дорослого життя. Формування інклюзивного середовища починається з поваги до людської гідності. Саме така модель взаємодії здатна забезпечити гармонійний розвиток кожного та зміцнити соціальну згуртованість.

## **РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ПІДТРИМАНОГО ПРОЖИВАННЯ**

### **2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження**

Соціальна інтеграція людей з інвалідністю залишається одним із найгостріших питань сучасного суспільства. В умовах підтриманого проживання, де забезпечується необхідна допомога та супровід, створюються передумови для ефективнішої інтеграції таких осіб до соціуму. Однак, психологічні чинники, які впливають на цей процес, досі недостатньо вивчені у вітчизняному контексті, особливо з урахуванням специфіки моделі підтриманого проживання порівняно з традиційними формами догляду.

Метою дослідження стало визначення та аналіз психологічних чинників, які впливають на процес соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання. Дослідження проводилось протягом 2024-2025 років і охоплювало різні аспекти психосоціального функціонування осіб з інвалідністю у контексті їхньої соціальної адаптації.

Методологічна основа дослідження ґрунтувалася на комплексному підході до розуміння соціальної інтеграції як багатовимірного процесу, що охоплює психологічні, соціальні та фізичні аспекти життєдіяльності особи. У межах дослідження було обрано низку психодіагностичних методик, які комплексно відображають ключові аспекти інтеграційного процесу.

1. Методика оцінки якості життя WHOQOL-BREF (Всесвітня організація охорони здоров'я)
2. Шкала соціальної інтеграції (SIS) (розроблена Сарасоном та адаптована Фурманом)
3. Копінг-тест Лазаруса (адаптація Т. Крюкової)

4. Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (УСК) (адаптація Є. Бажина, С. Голинкіної, А. Еткінда на основі шкали локусу контролю Роттера)

5. Методика Розенберга на визначення самооцінки

Методика оцінки якості життя WHOQOL-BREF (Всесвітня організація охорони здоров'я) – стандартизований інструмент для вимірювання якості життя, який дозволяє оцінити фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, соціальні стосунки та середовище проживання. Вона дає змогу виявити, як суб'єктивне сприйняття умов життя впливає на інтеграцію в соціальне середовище. У контексті підтриманого проживання ця методика дозволяє оцінити, наскільки сприятливими є умови для особистісного розвитку та соціального функціонування людей з інвалідністю.

Шкала соціальної інтеграції (SIS), розроблена С. Сарасоном та адаптована Л. Фурманом, використовується для оцінки ступеня включеності людини у соціальні зв'язки, наявності стійких контактів, відчуття соціальної підтримки та належності до спільноти. Цей інструмент дає змогу безпосередньо виміряти ключовий параметр дослідження — рівень соціальної інтеграції. Його результати допомагають зрозуміти, наскільки ефективно людина з інвалідністю взаємодіє з соціальним оточенням у нових умовах проживання.

Копінг-тест Лазаруса в адаптації Т. Крюкової дозволяє визначити, які саме стратегії подолання стресу використовує людина у складних життєвих ситуаціях. Оскільки зміна умов проживання і необхідність адаптації до нових соціальних ролей часто супроводжуються психоемоційним напруженням, ця методика є надзвичайно важливою для розуміння особистісних механізмів саморегуляції. Вона допомагає виявити, чи сприяють обрані копінг-стратегії соціальній активності та інтеграції, чи, навпаки, посилюють ізоляцію.

Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) дозволяє оцінити, як респондент сприймає контроль над подіями у своєму житті — як результат власної діяльності чи зовнішніх обставин. Для процесу соціальної

інтеграції важливо, щоб людина відчувала відповідальність за своє життя та вірила у власні сили. Високий рівень внутрішнього локусу контролю сприяє активнішому залученню до соціального життя та прийняттю нових ролей у спільноті.

Методика Розенберга на визначення самооцінки використовується для дослідження загального рівня самоповаги та впевненості в собі. Самооцінка тісно пов'язана з такими аспектами інтеграції, як соціальна ініціативність, відкритість до взаємодії та адаптаційні можливості. Люди з адекватною самооцінкою зазвичай краще інтегруються в соціум, тоді як низька самооцінка може спричинити пасивність і самоізоляцію.

Таким чином, обрані методики дозволяють всебічно оцінити психологічні чинники, що впливають на процес соціальної інтеграції людей з інвалідністю, і забезпечують надійну емпіричну базу для аналізу отриманих результатів.

Емпіричною базою дослідження стали 30 осіб з інвалідністю віком від 21 до 47 років (середній вік – 34,2 роки), з яких 16 жінок (53,3%) та 14 чоловіків (46,7%). Серед учасників дослідження 18 осіб (60%) мали інвалідність фізичного характеру, 7 осіб (23,3%) – інтелектуальні порушення легкого та помірного ступеня, 5 осіб (16,7%) – комбіновані порушення. За терміном проживання у форматі підтриманого проживання респонденти розподілилися таким чином: до 1 року – 8 осіб (26,7%), від 1 до 3 років – 12 осіб (40%), більше 3 років – 10 осіб (33,3%).

Для забезпечення репрезентативності вибірки та можливості проведення порівняльного аналізу було додатково залучено контрольну групу з 30 осіб з інвалідністю, які проживають у традиційних формах догляду (інтернатні заклади, проживання з родичами). Групи були зіставні за віком, статтю, типом та рівнем інвалідності. Процедура дослідження включала інформовану згоду всіх учасників, індивідуальне психодіагностичне обстеження, спостереження за поведінкою у різних соціальних контекстах та напівструктуровані інтерв'ю для отримання якісних даних. Для учасників з інтелектуальними



порушеннями методики були адаптовані з використанням спрощених формулювань та візуальних підказок.

Збір даних здійснювався безпосередньо у середовищі проживання для забезпечення екологічної валідності результатів. Психодіагностичні сесії проводились індивідуально з урахуванням потреб кожного учасника у комфортному темпі та з необхідними перервами.

Для обробки результатів використовувалися методи математичної статистики: кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона), регресійний аналіз, t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного пакету SPSS 25.0. Якісні дані, отримані в ході інтерв'ю, аналізувалися методом контент-аналізу.

Комплексний підхід до організації та методології дослідження дозволив отримати всебічні дані щодо психологічних чинників соціальної інтеграції людей з інвалідністю та провести їх ґрунтовний аналіз.

## 2.2. Аналіз результатів учасників дослідження

Результати дослідження рівня соціальної інтегрованості учасників продемонстрували значну варіативність як за загальними показниками, так і за окремими компонентами соціальної інтеграції. Початковий аналіз даних, отриманих за допомогою Шкали соціальної інтеграції (SIS), дозволив класифікувати учасників основної групи за рівнем їхньої соціальної інтегрованості. Загальні результати представлені в Таблиці 2.1 та на Рис. 2.1.

Таблиця 2.1. Розподіл учасників дослідження за рівнем соціальної інтегрованості

Рівень соціальної інтегрованості	Кількість осіб	Відсоток (%)
Високий	7	23,3
Середній	14	46,7
Низький	9	30

Всього	30	100
--------	----	-----



Рис. 2.1. – Розподіл переважаючого рівня соціальної інтеграції серед респондентів

Як свідчать дані, найбільша частка учасників дослідження (46,7%) демонструє середній рівень соціальної інтегрованості, тоді як високий рівень властивий меншій частині респондентів (23,3%). Значна частка осіб з низьким рівнем інтеграції (30,0%) вказує на наявність суттєвих бар'єрів у процесі соціальної адаптації навіть в умовах підтриманого проживання.

За методикою оцінки якості життя WHOQOL-BREF було отримано наступні дані, представлені на Таблиці 2.2 та на Рисунку 2.2.

Таблиця 2.2. Розподіл показників оцінки якості життя респондентів

Шкали якості життя	Кількість респондентів		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Фізичне здоров'я	5	18	7
Психологічне здоров'я	9	16	5
Соціальні стосунки	8	19	3
Навколишнє середовище	10	13	7

Отже, загалом респонденти демонструють переважно середній рівень якості життя за всіма шкалами методики WHOQOL-BREF. За шкалою

«Фізичне здоров'я» більшість опитаних (18 осіб) мають середній рівень, що свідчить про відносно задовільне фізичне самопочуття в умовах підтриманого проживання, тоді як 5 осіб мають низький рівень і лише 7 – високий. Щодо психологічного здоров'я, 16 респондентів також мають середній рівень, однак 9 осіб продемонстрували низький, що може свідчити про емоційну вразливість або труднощі з адаптацією. Високий рівень психологічного благополуччя мають лише 5 учасників. За шкалою «Соціальні стосунки» переважає середній рівень (19 осіб), що свідчить про помірне задоволення міжособистісною взаємодією, тоді як низький рівень у 8 осіб може свідчити про брак соціальної підтримки або труднощі в комунікації. Високий рівень у цій сфері мають лише 3 респонденти. Найгірша ситуація спостерігається за шкалою «Навколишнє середовище»: 10 респондентів оцінили його як незадовільне, хоча 13 вказали на середній рівень, і лише 7 – на високий. Це може вказувати на недоліки в умовах проживання, інфраструктурі чи доступі до послуг. Загалом результати свідчать про те, що якість життя осіб з інвалідністю в умовах підтриманого проживання залишається на середньому рівні, але має тенденцію до нестабільності, особливо у сферах психологічного благополуччя та навколишнього середовища.

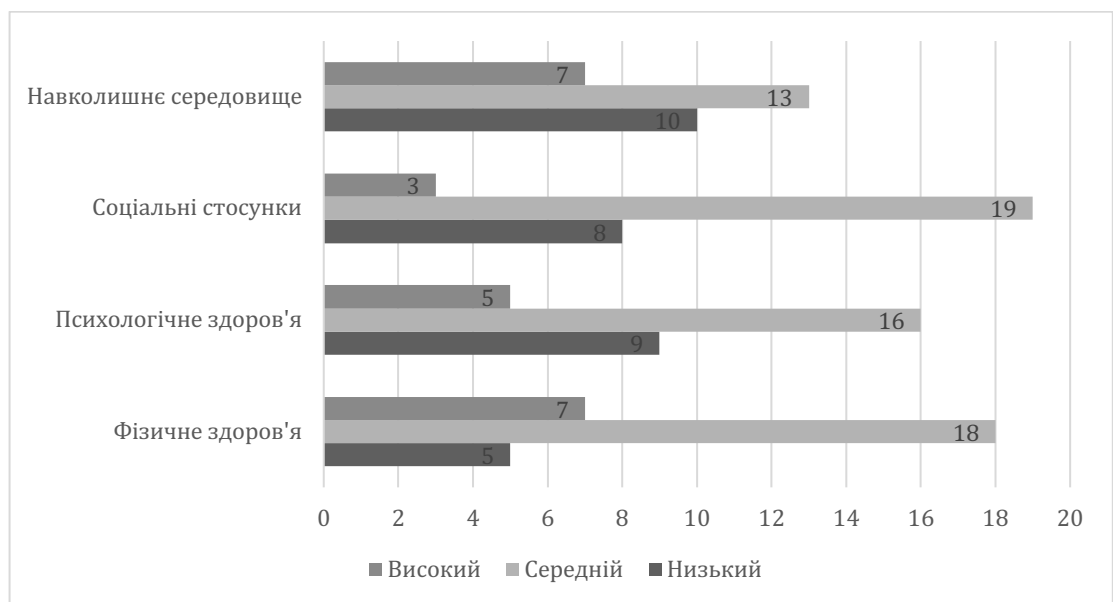


Рис. 2.2. – Розподіл показників за шкалами оцінки якості життя

На Таблиці 2.3 представлені результати за методикою копінг-стратегій Лазаруса, а на Рисунку 2.3 показано переважаючі копінг-стратегії, що використовують люди з інвалідністю.

Таблиця 2.3. Розподіл копінг-стратегій респондентів за методикою Лазаруса

Копінг-стратегія	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Конфронтація	6	18	6
Дистанціювання	4	19	7
Самоконтроль	3	17	10
Пошук соціальної підтримки	2	14	14
Прийняття відповідальності	7	16	7
Уникнення	5	20	5
Планування розв'язання проблеми	1	13	16
Позитивна переоцінка	2	15	13

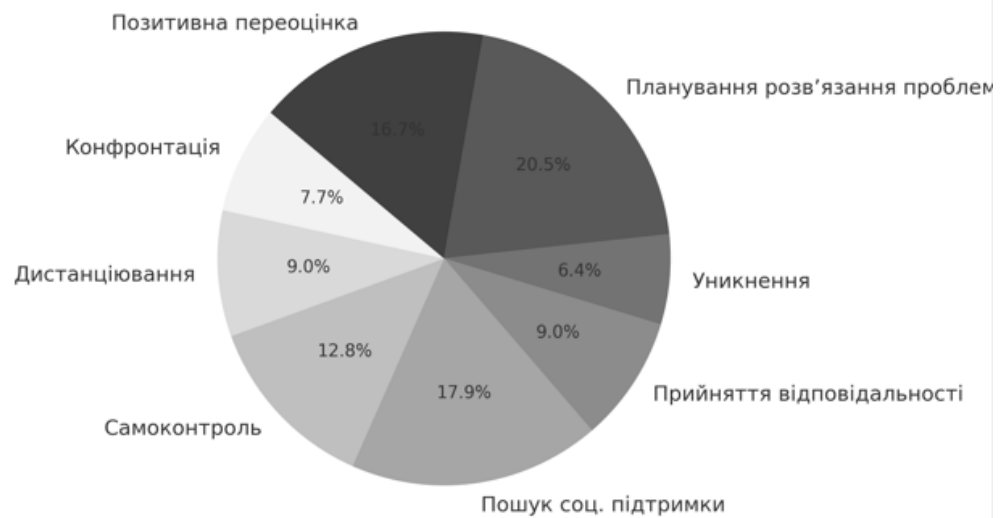


Рис. 2.3. – Розподіл переважаючих копінг-стратегій серед людей з інвалідністю

Найчастіше респонденти використовують проблемно-орієнтовані стратегії, що свідчить про прагнення активно впливати на ситуацію. Найвищий показник спостерігається в стратегії планування розв'язання проблем — 20,5%, що вказує на високу готовність до аналізу проблемних ситуацій та пошуку конструктивних рішень. Пошук соціальної підтримки

займає друге місце з результатом 17,9%, що свідчить про важливість для респондентів отримання допомоги з боку соціального оточення. Позитивна переоцінка — 16,7% — також є показником адаптивного мислення і спроби знайти сенс або переваги навіть у складних обставинах. Самоконтроль (12,8%) демонструє вміння регулювати власні емоції в процесі подолання труднощів.

Серед менш адаптивних стратегій переважає дистанціювання та прийняття відповідальності — по 9,0%, що вказує на певну тенденцію до емоційного відсторонення або перенесення акценту на внутрішні переживання. Конфронтація (7,7%) відображає бажання активно висловлювати незгоду, хоча не завжди це веде до конструктивного вирішення проблеми. Уникнення, як найменш ефективна стратегія, має найнижчий показник — 6,4%, що свідчить про низьку тенденцію до уникнення проблем серед опитаних.

Таким чином, результати свідчать про домінування адаптивних копінг-стратегій, що орієнтовані на вирішення проблем, пошук підтримки й емоційне саморегулювання. Це може бути важливим психологічним чинником соціальної інтеграції людей з інвалідністю, які проживають у підтриманих умовах, оскільки сприяє активній участі у соціальному житті та покращенню якості життя.

На Таблиці 2.4 представлено дані, отримані за методикою діагностики рівня суб'єктивного контролю.

Таблиця 2.4. Розподіл показників суб'єктивного контролю серед людей з інвалідністю

Шкала УСК	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Інтернальність у сфері досягнень	4	15	11
Інтернальність у сфері невдач	6	17	7
Інтернальність у сімейних стосунках	5	13	12
Інтернальність у виробничих ситуаціях	7	14	9
Інтернальність у міжособистісних стосунках	3	16	11
Загальний рівень суб'єктивного контролю	5	18	7

У результатах дослідження переважає середній рівень суб'єктивного контролю серед респондентів у всіх сферах, що свідчить про помірну здатність брати відповідальність за події власного життя. У сфері досягнень та міжособистісних стосунків значна частина учасників також демонструє високий рівень інтернальності, що є позитивною ознакою внутрішньої мотивації та активної життєвої позиції.

Разом з тим, у сферах невдач та виробничих ситуацій спостерігається відносно більша частка респондентів з низьким рівнем суб'єктивного контролю, що може вказувати на схильність пояснювати невдачі зовнішніми факторами та уникати відповідальності в професійній діяльності. Це може бути пов'язано з попереднім досвідом соціального відторгнення або низькою впевненістю у власних можливостях. Водночас у сфері сімейних та міжособистісних стосунків інтернальність загалом зберігається на середньо-високому рівні, що свідчить про наявність соціальної активності та усвідомлення власної ролі у взаємодії з близькими людьми.

На Рисунку 2.4 для кращої наглядності представлено рівні загального суб'єктивного контролю серед людей з інвалідністю.

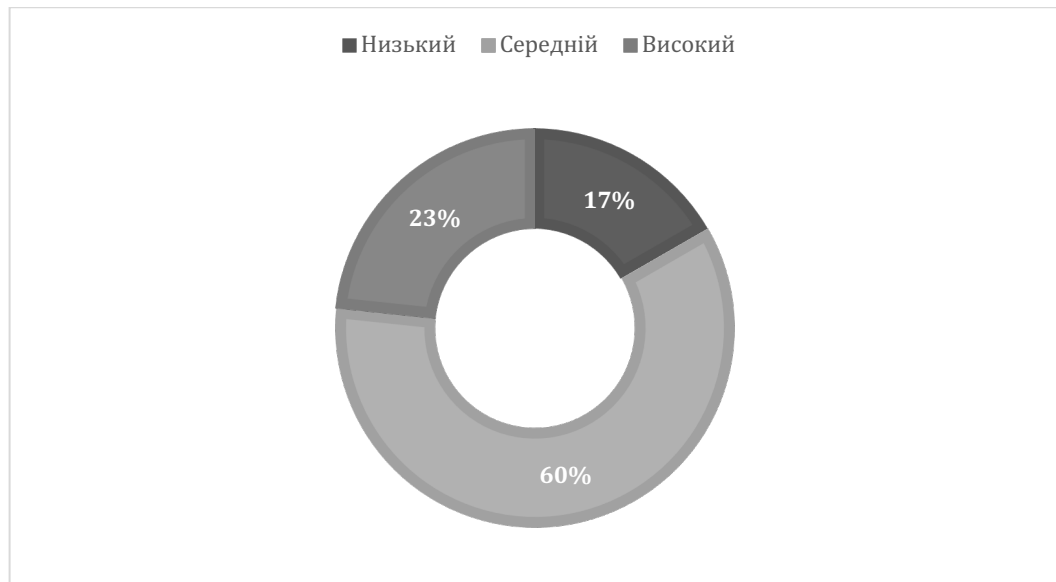


Рис. 2.4. – Розподіл переважаючого рівня суб'єктивного контролю серед людей з інвалідністю

Загальний рівень суб'єктивного контролю демонструє тенденцію до внутрішньої відповідальності, що є сприятливим фактором для соціальної інтеграції в умовах підтриманого проживання.

За методикою на визначення рівня самооцінки отримано дані, представлені на Таблиці 2.5 та Рисунку 2.5.

Таблиця 2.5. Розподіл показників рівня самооцінки серед людей з інвалідністю

Рівень самооцінки	Кількість респондентів	Кількість у %
Низький	5	17%
Середній	17	56%
Високий	8	27%

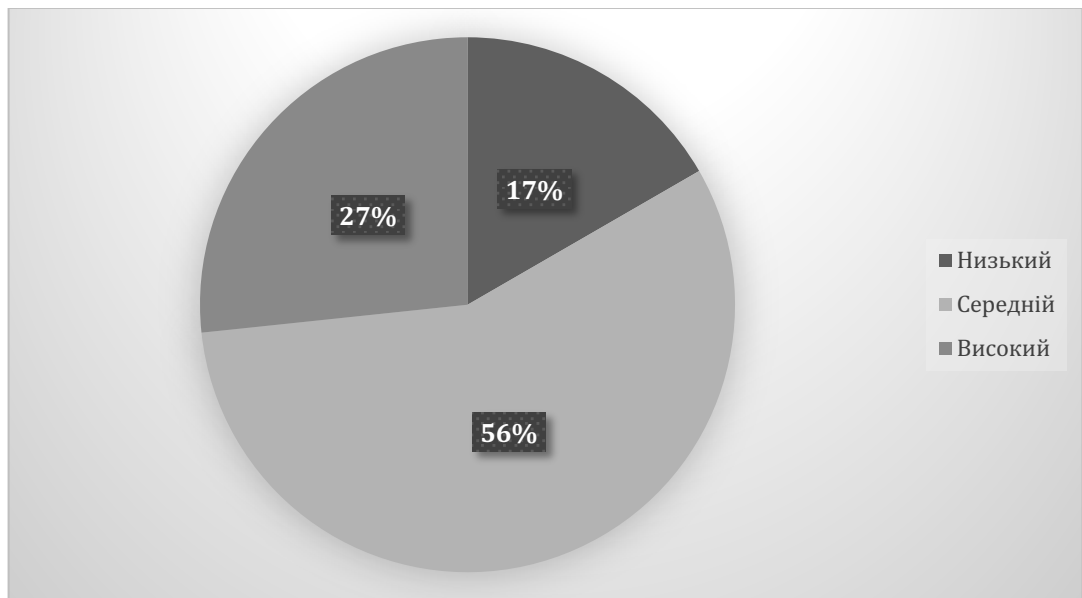


Рис. 2.5. – Розподіл переважачого рівня самооцінки серед людей з інвалідністю

У результатах за методикою самооцінки Розенберга переважає середній рівень самооцінки, що спостерігається у більшості респондентів. Це свідчить про відносно стабільне уявлення про власну цінність, адекватне сприйняття себе та своїх можливостей. Такий рівень є характерним для осіб, які здатні критично оцінювати себе, не знижуючи при цьому відчуття гідності.

Високий рівень самооцінки зафіксовано у частини респондентів, що свідчить про впевненість у собі, позитивне сприйняття власної особистості та готовність до соціальної взаємодії. Це є сприятливим чинником у процесі

соціальної інтеграції, особливо в умовах підтриманого проживання, де важливо проявляти ініціативу та автономність.

Низький рівень самооцінки виявлено у меншості опитаних. Такий результат може свідчити про невпевненість у собі, переживання меншовартості або попередній досвід соціального виключення. Ці особи можуть потребувати додаткової психологічної підтримки для розвитку позитивного самосприйняття та адаптації в соціальному середовищі.

### **2.3. Визначення психологічних чинників, що впливають на інтеграційний процес**

Для визначення психологічних чинників, що впливають на процес соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання, було проведено комплексний аналіз даних, отриманих за допомогою визначених методик дослідження. На основі кореляційного та регресійного аналізу було виявлено ряд значущих психологічних чинників, які демонструють стійкий зв'язок з показниками соціальної інтегрованості.

У Таблиці 2.6 представлено результати кореляційного аналізу між психологічними характеристиками учасників та їхнім загальним рівнем соціальної інтеграції, а саме значущі зв'язки.

Таблиця 2.6. Кореляції психологічних характеристик з рівнем соціальної інтеграції

Психологічна характеристика	Коефіцієнт кореляції (r)	Рівень значущості (p)
Загальна інтернальність	0,687	<0,001
Інтернальність у сфері досягнень	0,612	<0,001
Інтернальність у сфері невдач	0,529	<0,01
Проблемно-орієнтований копінг	0,573	<0,01
Емоційно-орієнтований копінг	-0,476	<0,01
Унікаючий копінг	-0,641	<0,001
Самооцінка	0,584	<0,01



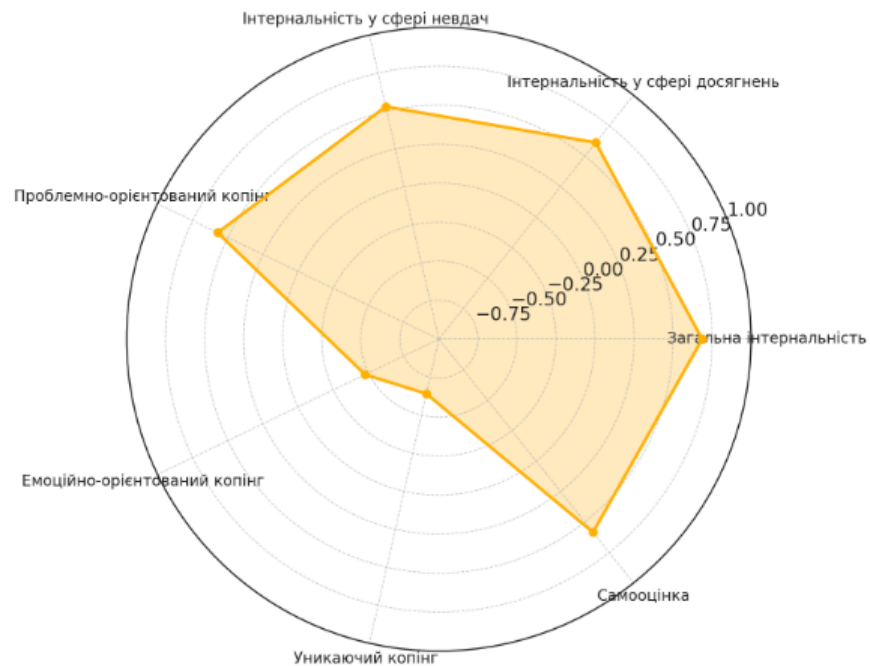


Рис. 2.6 – Кореляційна плеяда значущих зв'язків

На основі отриманих даних можна визначити, що найсильніший позитивний зв'язок виявлено між загальною інтернальністю та рівнем соціальної інтеграції ( $r = 0,687$ ;  $p < 0,001$ ), що свідчить про те, що чим вищий рівень суб'єктивного контролю за подіями у власному житті, тим краще люди з інвалідністю інтегруються в соціальне середовище. Це підкреслює значущість активної життєвої позиції як важливої умови соціального включення.

Інтернальність у сфері досягнень також демонструє сильний позитивний зв'язок із рівнем інтеграції ( $r = 0,612$ ;  $p < 0,001$ ), що вказує на важливість внутрішньої мотивації до самореалізації. Інтернальність у сфері невдач має дещо слабший, але все одно значущий зв'язок ( $r = 0,529$ ;  $p < 0,01$ ), що свідчить про здатність брати відповідальність навіть за негативні життєві події як про позитивний ресурс адаптації. Значущим виявився і зв'язок між проблемно-орієнтованим копінгом та соціальною інтеграцією ( $r = 0,573$ ;  $p < 0,01$ ), що підкреслює важливість активних стратегій подолання труднощів у процесі входження до соціуму.

Натомість емоційно-орієнтований копінг має негативну кореляцію з інтеграцією ( $r = -0,476$ ;  $p < 0,01$ ), що свідчить про те, що фокусування на емоційних переживаннях, а не на вирішенні проблем, знижує соціальну залученість. Ще сильнішим негативним чинником є унікаючий копінг ( $r = -0,641$ ;  $p < 0,001$ ), що засвідчує істотну перешкоду для інтеграції: уникнення проблем і пасивна позиція значно знижують ефективність соціальної адаптації.

Окремої уваги заслуговує позитивний зв'язок між рівнем самооцінки та інтеграцією ( $r = 0,584$ ;  $p < 0,01$ ). Це означає, що впевненість у власній цінності, самоповага та позитивне самосприйняття є важливими особистісними ресурсами в процесі інтеграції людей з інвалідністю у спільноту.

Таким чином, результати кореляційного аналізу свідчать, що високий рівень внутрішнього контролю, позитивна самооцінка та конструктивні копінг-стратегії є сприятливими чинниками соціальної інтеграції. Водночас емоційна фіксація на переживаннях і тенденція до уникнення проблем значно знижують рівень інтегрованості. Це має важливе прикладне значення для планування психологічного супроводу мешканців системи підтриманого проживання та розробки програм розвитку адаптаційного потенціалу.

Для більш глибокого розуміння відносної важливості виявлених чинників було проведено множинний регресійний аналіз, результати якого представлені в Таблиці 2.7.

Таблиця 2.7. Результати регресійного аналізу впливу психологічних чинників на рівень соціальної інтеграції

Предиктор	Стандартизований коефіцієнт $\beta$	Значення t	Рівень значущості p
Загальна інтернальність	0,28	3,12	<0,01
Унікаючий копінг	-0,24	-2,68	<0,01
Проблемно-орієнтований копінг	0,19	2,07	<0,05
Інтернальність у сфері досягнень	0,17	1,93	<0,05
Самооцінка	0,15	1,79	<0,05
Інтернальність у сфері невдач	0,21	2,32	<0,01
Емоційно-орієнтований копінг	-0,18	-1,17	<0,05

Модель у цілому пояснює 67,3% дисперсії показника соціальної інтеграції ( $R^2=0,673$ ,  $F=14,82$ ,  $p<0,001$ ), що свідчить про її високу прогностичну цінність.

Найбільш вагомим позитивним предиктором виступає загальна інтернальність ( $\beta = 0,28$ ;  $t = 3,12$ ;  $p < 0,01$ ). Це свідчить про те, що чим більше люди з інвалідністю вважають себе відповідальними за події у своєму житті, тим вищим є рівень їхньої соціальної інтеграції. Отже, інтернальність є ключовим чинником суб'єктивної активності, що сприяє успішному входженню в соціальне середовище.

Унікаючий копінг виявився негативним предиктором ( $\beta = -0,24$ ;  $t = -2,68$ ;  $p < 0,01$ ), що означає: чим частіше люди з інвалідністю схильні уникати вирішення проблем, тим нижчий рівень їх соціальної інтеграції. Це підкреслює важливість конструктивних способів подолання труднощів у процесі адаптації до умов підтриманого проживання.

Також позитивно пов'язані із соціальною інтеграцією такі чинники, як:

- Проблемно-орієнтований копінг ( $\beta = 0,19$ ;  $t = 2,07$ ;  $p < 0,05$ ) — демонструє, що орієнтація на активне вирішення проблем сприяє інтеграції.
- Інтернальність у сфері досягнень ( $\beta = 0,17$ ;  $t = 1,93$ ;  $p < 0,05$ ) — підкреслює значення внутрішньої мотивації до досягнень.
- Самооцінка ( $\beta = 0,15$ ;  $t = 1,79$ ;  $p < 0,05$ ) — вказує на роль позитивного уявлення про себе у процесі інтеграції.
- Інтернальність у сфері невдач ( $\beta = 0,21$ ;  $t = 2,32$ ;  $p < 0,01$ ) — демонструє, що прийняття відповідальності навіть за негативні події може сприяти глибшому соціальному залученню.

Натомість емоційно-орієнтований копінг має негативний, хоч і менш виражений вплив ( $\beta = -0,18$ ;  $t = -1,17$ ;  $p < 0,05$ ), що свідчить про те, що фокусування на власних емоціях замість вирішення проблем може знижувати рівень інтеграції.

Отримані результати підтверджують, що внутрішні особистісні ресурси, зокрема інтернальність, конструктивні копінг-стратегії та висока самооцінка,

є важливими психологічними умовами соціальної інтеграції осіб з інвалідністю в умовах підтриманого проживання. Водночас деструктивні стратегії уникнення або емоційного реагування можуть перешкоджати цьому процесу. Це має практичне значення для розробки психокорекційних програм, спрямованих на підвищення адаптаційного потенціалу та залучення осіб до повноцінного соціального життя.

Таким чином, визначення психологічних чинників, що впливають на інтеграційний процес, дозволило створити диференційовану модель психологічних детермінант соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання, яка може стати основою для розробки індивідуалізованих програм психологічного супроводу.

### **Висновки до другого розділу**

Отже, проведене емпіричне дослідження підтвердило актуальність вивчення психологічних чинників соціальної інтеграції людей з інвалідністю в умовах підтриманого проживання. У порівнянні з традиційними формами догляду, модель підтриманого проживання забезпечує більше можливостей для формування самостійності, суб'єктності та включення до соціального життя. Комплексне застосування психодіагностичних методик дозволило охопити ключові аспекти соціальної інтеграції: якість життя, копінг-стратегії, суб'єктивний контроль, самооцінку та міжособистісні зв'язки.

Результати дослідження засвідчили, що рівень соціальної інтеграції у вибірці варіюється, причому найбільше респондентів мають середній рівень інтегрованості, а значна частка демонструє низький рівень. Аналіз якості життя показав, що більшість учасників мають середні показники за всіма шкалами WHOQOL-BREF, але спостерігаються труднощі у сферах психологічного благополуччя та навколишнього середовища. У структурі копінг-стратегій переважають адаптивні форми, зокрема планування розв'язання проблем, пошук соціальної підтримки та позитивна переоцінка.

Це свідчить про достатній потенціал до активної адаптації, але водночас частина респондентів все ще використовує деструктивні стратегії, зокрема уникнення. Установлено, що більшість опитаних мають середній рівень суб'єктивного контролю, а в сферах міжособистісних стосунків і досягнень – досить високий, що є позитивним прогностичним показником соціального включення. Самооцінка у більшості респондентів також перебуває на середньому або високому рівні, що свідчить про адекватне самосприйняття і готовність до взаємодії.

На рівні статистичного аналізу було виявлено сильні позитивні кореляції між рівнем соціальної інтеграції та такими чинниками, як інтернальність, проблемно-орієнтований копінг і самооцінка. Регресійний аналіз показав, що найбільший позитивний внесок у рівень інтеграції робить загальна інтернальність, тоді як уникнення виявилось основним негативним предиктором. Інтернальність у сфері досягнень і невдач, а також проблемно-орієнтовані копінг-стратегії і самооцінка, також мають суттєвий вплив на соціальну адаптацію. Емоційно-орієнтований копінг асоціюється з меншим рівнем соціального включення, що вказує на його малу ефективність у нових життєвих умовах.

Отримані дані свідчать про те, що психологічні ресурси відіграють вирішальну роль у процесі інтеграції осіб з інвалідністю. Внутрішній локус контролю, конструктивне мислення і здатність до саморегуляції є основою активного соціального залучення. Уникаючі та емоційно-реактивні стратегії, навпаки, ускладнюють інтеграційний процес і можуть потребувати цілеспрямованої психологічної корекції. Таким чином, результати дослідження дають змогу сформулювати рекомендації щодо індивідуального психологічного супроводу мешканців підтриманого проживання. Важливою перспективою є впровадження тренінгових програм, що розвивають самоконтроль, інтернальність та ефективні копінг-стратегії. Загалом отримані емпіричні дані дозволяють краще зрозуміти механізми соціальної інтеграції та сприяти підвищенню якості життя людей з інвалідністю.

## РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ СПРИЯННЯ СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

### 3.1. Рекомендації щодо психосоціального супроводу в умовах підтриманого проживання

Психосоціальний супровід осіб з інвалідністю в умовах підтриманого проживання є складним та багатоаспектним процесом, який вимагає інтегрованого підходу з боку фахівців різного профілю, активної участі родини та власне самої особи з інвалідністю. На сьогодні модель підтриманого проживання визнана у світовій практиці найбільш ефективною альтернативою інституційному догляду, оскільки дозволяє максимально зберегти автономію особистості та забезпечити індивідуалізований підхід у наданні підтримки.

Аналіз вітчизняних та закордонних досліджень вказує на те, що ефективний психосоціальний супровід має спиратися на екосистемний підхід, який розглядає особу з інвалідністю у контексті її взаємодії з мікро-, мезо- та макросистемами соціального оточення. Підтримане проживання як форма організації життєдіяльності осіб з інвалідністю передбачає створення таких умов, які максимально наближені до звичайного побуту і водночас забезпечують необхідний рівень супроводу відповідно до індивідуальних потреб.

У межах нашого дослідження було виявлено, що основними компонентами ефективного психосоціального супроводу в умовах підтриманого проживання є: індивідуалізований план підтримки, міждисциплінарний підхід, розвиток особистісного потенціалу, підтримка соціальних зв'язків, забезпечення поступової автономізації та включення особи з інвалідністю до процесу прийняття рішень щодо власного життя.

Першою і найважливішою рекомендацією щодо організації психосоціального супроводу є розробка індивідуалізованого плану підтримки. Такий план має базуватися на всебічній оцінці потреб особи з інвалідністю,

враховувати її особистісні особливості, наявні ресурси, зони розвитку та обмеження. Результати нашого дослідження свідчать про те, що індивідуалізований план має охоплювати такі сфери: фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, соціальні контакти, побутові навички, працевлаштування або зайнятість, дозвілля та особистісний розвиток. При цьому важливо, щоб план розроблявся за активної участі самої особи з інвалідністю, відображав її власні прагнення, мрії та цілі.

Оцінка потреб має бути динамічним процесом, який передбачає регулярний перегляд та коригування плану підтримки. Наші спостереження показують, що оптимальна періодичність перегляду індивідуального плану становить від трьох до шести місяців залежно від особливостей конкретного випадку. Важливим аспектом є також визначення індикаторів успіху – конкретних, вимірюваних та досяжних критеріїв, які дозволяють відстежувати прогрес та коригувати стратегії підтримки.

Другою важливою рекомендацією є забезпечення міждисциплінарного підходу до організації супроводу. Результати досліджень демонструють, що найбільш ефективною є модель, яка передбачає співпрацю психолога, соціального працівника, ерготерапевта, фахівця з працевлаштування, медичних працівників та інших спеціалістів залежно від конкретних потреб особи з інвалідністю. При цьому важливо забезпечити ефективну комунікацію між членами команди, регулярне обговорення прогресу та спільне прийняття рішень.

Координація роботи міждисциплінарної команди має здійснюватися через регулярні зустрічі (рекомендована періодичність – раз на два тижні), ведення спільної документації, використання єдиних протоколів оцінювання та втручання. Наше дослідження показало, що ефективним інструментом координації може бути електронна система ведення випадку, яка забезпечує оперативний обмін інформацією між фахівцями та дозволяє відстежувати динаміку змін.

Третя рекомендація стосується розвитку особистісного потенціалу осіб з інвалідністю. Психосоціальний супровід має бути спрямований не лише на компенсацію обмежень, але й на розкриття внутрішніх ресурсів особистості, формування життєстійкості, самоефективності та позитивної ідентичності. Результати нашого дослідження свідчать про те, що важливими напрямками роботи у цьому контексті є розвиток самосвідомості, формування навичок самоаналізу та рефлексії, підтримка автономії та самовизначення.

Психологічна складова супроводу має включати індивідуальні консультації, групові тренінги, арт-терапевтичні заняття, технології позитивної психології та інші методи, спрямовані на особистісне зростання. Важливо, щоб психологічна підтримка була регулярною та доступною, відповідала індивідуальним особливостям та потребам особи з інвалідністю. Наш досвід показує, що оптимальна частота індивідуальних зустрічей з психологом становить від одного разу на тиждень до одного разу на місяць залежно від поточного стану та потреб клієнта.

Четверта рекомендація полягає у забезпеченні підтримки соціальних зв'язків та включення до місцевої громади. Соціальна складова супроводу має передбачати розвиток комунікативних навичок, підтримку родинних зв'язків, формування дружніх стосунків, участь у громадському житті. Результати нашого дослідження демонструють, що важливим фактором успішної соціальної інтеграції є наявність соціального ментора – особи, яка допомагає орієнтуватися у соціальному просторі, знайомить з можливостями громади, супроводжує на перших етапах включення до нових соціальних контекстів.

Для розширення соціальних контактів рекомендується використовувати такі форми роботи, як клуби за інтересами, волонтерська діяльність, участь у громадських ініціативах, відвідування культурних заходів тощо. Важливо, щоб ці активності відповідали інтересам та можливостям особи з інвалідністю, були добровільними та приносили задоволення. Нашу увагу також привернув потенціал інформаційно-комунікаційних технологій у підтримці соціальних зв'язків: соціальні мережі, месенджери, онлайн-спільноти можуть стати



важливим ресурсом для осіб з обмеженою мобільністю або тих, хто відчуває труднощі у безпосередньому спілкуванні.

П'ята рекомендація стосується забезпечення поступової автономізації та розвитку навичок самостійного життя. Психосоціальний супровід має будуватися за принципом "підтримувати, а не робити замість", поступово зменшуючи інтенсивність підтримки та розширюючи сфери самостійності особи з інвалідністю. Результати нашого дослідження свідчать про ефективність поетапного підходу до розвитку навичок самостійного життя, який передбачає послідовний перехід від повністю підтриманого виконання дії до самостійного її здійснення.

Для розвитку побутових навичок рекомендується використовувати метод покрокових інструкцій, візуальні підказки, відеомоделювання, практичні тренування в реальних ситуаціях. Важливо забезпечити позитивне підкріплення успіхів, створити безпечні умови для проб і помилок, надавати конструктивний зворотний зв'язок. Наш досвід показує, що ефективним є також метод "рівний-рівному", коли особи з інвалідністю, які вже оволоділи певними навичками, діляться своїм досвідом та підтримують інших.

Шоста рекомендація полягає у включенні особи з інвалідністю до процесу прийняття рішень щодо власного життя. Психосоціальний супровід має будуватися на засадах партнерства та поваги до автономії особистості. Результати нашого дослідження демонструють, що важливими умовами реалізації цього принципу є надання особі з інвалідністю повної та доступної інформації про можливі варіанти дій, їхні наслідки та ризики; забезпечення права на власний вибір та прийняття рішень; надання підтримки у реалізації прийнятих рішень.

Для підтримки процесу прийняття рішень рекомендується використовувати технології спрощеної комунікації, альтернативні системи комунікації, візуальні опори, метод "за і проти" тощо. Важливо враховувати індивідуальний стиль прийняття рішень, темп мислення, особливості обробки інформації та інші індивідуальні характеристики особи з інвалідністю. Наш

досвід показує, що ефективним є також введення ролі "довіреного помічника" – особи, яка допомагає аналізувати інформацію, зважувати аргументи, але не приймає рішення замість клієнта.

Таким чином, проведені дослідження дозволяють сформулювати комплексні рекомендації щодо психосоціального супроводу осіб з інвалідністю в умовах підтриманого проживання, які охоплюють всі ключові аспекти життєдіяльності та забезпечують інтегрований підхід до підтримки. Впровадження цих рекомендацій сприятиме підвищенню якості життя осіб з інвалідністю, їхній успішній соціальній інтеграції та реалізації особистісного потенціалу.

### **3.2. Профілактика соціальної ізоляції: роль фахівців, родини та громади**

Соціальна ізоляція залишається однією з найгостріших проблем, з якими стикаються особи з інвалідністю, незважаючи на значні зрушення у сфері інклюзії, що відбулися протягом останніх десятиліть. Аналіз наукових досліджень та практичного досвіду свідчить про те, що соціальна ізоляція має системний характер і зумовлена складною взаємодією психологічних, соціальних, економічних, культурних та інституційних факторів. Відповідно, її профілактика вимагає комплексного підходу та узгоджених зусиль різних соціальних акторів – фахівців допомагаючих професій, родини особи з інвалідністю та широкої громади.

Ефективна профілактика соціальної ізоляції має спиратися на розуміння її природи та механізмів. Наше дослідження показало, що соціальна ізоляція осіб з інвалідністю проявляється на різних рівнях: фізичному (обмеження мобільності та доступу до фізичного простору), соціальному (обмеження соціальних контактів та взаємодій), психологічному (внутрішні бар'єри, страхи, негативні установки), культурному (стигматизація, дискримінаційні практики) та інституційному (обмежувальні політики та практики, недостатня інклюзивність суспільних інститутів).

Важливо розрізняти об'єктивні та суб'єктивні аспекти соціальної ізоляції. Об'єктивні аспекти пов'язані з фактичною обмеженістю соціальних контактів та взаємодій, тоді як суб'єктивні стосуються переживання самотності, відчуженості, несприйняття іншими. Як показали результати нашого дослідження, об'єктивна та суб'єктивна ізоляція не завжди збігаються: людина може мати достатньо соціальних контактів, але відчувати себе самотньою, або, навпаки, мати обмежене коло спілкування, але не переживати соціальної ізоляції.

Розглянемо роль різних соціальних акторів у профілактиці соціальної ізоляції осіб з інвалідністю.

Роль фахівців у профілактиці соціальної ізоляції є багатоаспектною та включає діагностичний, корекційний, консультативний, освітній та адвокаційний компоненти. Психологи, соціальні працівники, ерготерапевти, фахівці з реабілітації та інші спеціалісти, які працюють з особами з інвалідністю, мають бути чутливими до проявів соціальної ізоляції та володіти ефективними стратегіями її подолання.

Діагностичний компонент передбачає виявлення ознак соціальної ізоляції, оцінку її рівня та визначення факторів ризику. Результати нашого дослідження свідчать про ефективність комплексного підходу до оцінювання, який включає об'єктивні показники (кількість та якість соціальних контактів, участь у суспільному житті, наявність соціальної підтримки) та суб'єктивні індикатори (відчуття самотності, приналежності, задоволеності соціальними зв'язками). У практичній роботі рекомендується використовувати як стандартизовані методики (наприклад, Шкалу соціальної ізоляції UCLA, Шкалу соціальної включеності та ін.), так і якісні методи (напівструктуровані інтерв'ю, спостереження, аналіз соціальних мереж).

Корекційний компонент роботи фахівців спрямований на подолання особистісних та міжособистісних бар'єрів, які перешкоджають соціальній інтеграції. Результати нашого дослідження показали ефективність таких напрямків корекційної роботи, як розвиток соціальних навичок, подолання

соціальної тривожності, формування позитивної соціальної ідентичності, підвищення самооцінки та самоефективності у соціальній взаємодії. Ми рекомендуємо використовувати такі методи, як соціально-психологічний тренінг, групова терапія, ролеві ігри, моделювання соціальних ситуацій, відеозворотний зв'язок та інші технології, які дозволяють відпрацьовувати соціальні навички у безпечному середовищі.

Консультативний компонент роботи фахівців передбачає надання підтримки та рекомендацій особам з інвалідністю та їхнім родинам щодо розширення соціальних зв'язків та подолання бар'єрів у соціальній інтеграції. Результати нашого дослідження свідчать про важливість індивідуалізованого підходу, який враховує особистісні особливості, соціальний контекст та специфіку обмежень кожного клієнта. Ми рекомендуємо будувати консультативну роботу на засадах ресурсного підходу, зосереджуючись не на проблемах та обмеженнях, а на можливостях та сильних сторонах особистості.

Освітній компонент роботи фахівців спрямований на підвищення обізнаності суспільства щодо проблем соціальної ізоляції осіб з інвалідністю та шляхів її подолання. Результати нашого дослідження показали ефективність таких форм освітньої роботи, як інформаційні кампанії, тренінги для спеціалістів та громадськості, публікації у засобах масової інформації, створення освітніх матеріалів тощо. Важливо, щоб освітні заходи спиралися на сучасні наукові дані, відображали актуальні тенденції у сфері інклюзії та уникали стереотипізації осіб з інвалідністю.

Адвокаційний компонент роботи фахівців передбачає відстоювання прав та інтересів осіб з інвалідністю, сприяння створенню інклюзивного середовища, подолання структурних бар'єрів соціальної інтеграції. Результати нашого дослідження свідчать про важливість системного підходу до адвокації, який охоплює як мікрорівень (вирішення конкретних проблем окремих клієнтів), так і макрорівень (участь у формуванні політик та практик, спрямованих на соціальну інклюзію). Ми рекомендуємо фахівцям активно

співпрацювати з громадськими організаціями, державними інституціями та іншими стейкхолдерами для досягнення системних змін.

Роль родини у профілактиці соціальної ізоляції осіб з інвалідністю є не менш важливою, ніж роль фахівців. Родина є первинним соціальним середовищем, яке може як сприяти соціальній інтеграції, так і посилювати ізоляцію, залежно від ставлення до інвалідності, стилю виховання, рівня підтримки та інших факторів.

Результати нашого дослідження свідчать про те, що ефективними стратегіями профілактики соціальної ізоляції на рівні родини є: формування адекватного ставлення до інвалідності, уникнення як гіперопіки, так і емоційного відторгнення; активне включення особи з інвалідністю до сімейного життя, делегування відповідальності відповідно до можливостей; підтримка соціальних контактів та інтересів поза родиною; створення можливостей для розширення соціального досвіду та набуття нових навичок; відкрите спілкування та емоційна підтримка.

Важливим аспектом родинної підтримки є також створення умов для максимально можливої самостійності особи з інвалідністю. Результати нашого дослідження показали, що гіперопіка та надмірний захист часто призводять до формування вивченої безпорадності, низької самооцінки та обмеження соціальної активності. Натомість, стимулювання автономії, підтримка ініціативи та створення можливостей для самореалізації сприяють розвитку соціальної компетентності та успішній інтеграції.

Важливо також зазначити, що самі родини осіб з інвалідністю часто стикаються з ризиком соціальної ізоляції через стигматизацію, обмеження можливостей для соціальної активності, емоційне та фізичне виснаження, фінансові труднощі тощо. Тому профілактика соціальної ізоляції має включати також підтримку родин – інформаційну, психологічну, соціальну, матеріальну. Результати нашого дослідження свідчать про ефективність таких форм підтримки, як групи взаємодопомоги для батьків та інших членів

родини, освітні програми, послуги тимчасового догляду (*respite care*), психологічне консультування, матеріальна допомога тощо.

Роль громади у профілактиці соціальної ізоляції осіб з інвалідністю полягає у створенні інклюзивного середовища, яке забезпечує рівні можливості для участі всіх громадян у суспільному житті, незалежно від особливостей їхнього фізичного або психічного стану. Громада є важливим ресурсом соціальної інтеграції, який може надавати підтримку, створювати умови для самореалізації та сприяти формуванню почуття приналежності.

Результати нашого дослідження свідчать про те, що ефективними стратегіями профілактики соціальної ізоляції на рівні громади є: підвищення фізичної доступності об'єктів соціальної інфраструктури; створення інклюзивних освітніх, культурних, рекреаційних та інших середовищ; розвиток інклюзивного ринку праці; формування позитивного ставлення до інвалідності та подолання стигматизації; залучення осіб з інвалідністю до громадської активності та процесів прийняття рішень; розвиток волонтерського руху та системи взаємодопомоги.

Особливу увагу в нашому дослідженні було приділено ролі місцевих громад у створенні інклюзивного середовища. Результати показали, що найбільш ефективними є громадські ініціативи, які базуються на принципах партисипації (активної участі всіх зацікавлених сторін), міжсекторної співпраці (взаємодії державних інституцій, бізнесу, громадських організацій, медіа тощо) та універсального дизайну (створення середовища, зручного для всіх, незалежно від особливостей).

Ми виявили, що важливу роль у профілактиці соціальної ізоляції відіграють місцеві організації та спільноти – клуби за інтересами, спортивні секції, мистецькі гуртки, релігійні громади, молодіжні організації тощо. Вони створюють можливості для неформального спілкування, розвитку інтересів та здібностей, формування дружніх стосунків та соціальних зв'язків. Результати нашого дослідження свідчать про те, що інклюзивність таких організацій та спільнот значною мірою залежить від рівня обізнаності їхніх членів щодо

особливостей взаємодії з особами з інвалідністю, готовності до адаптації форм роботи та створення доступного середовища.

Особливу роль у профілактиці соціальної ізоляції відіграють також громадські організації, які працюють у сфері захисту прав осіб з інвалідністю. Вони не лише надають безпосередню підтримку та послуги, але й сприяють системним змінам через адвокацію, підвищення обізнаності суспільства, участь у формуванні політик тощо. Результати нашого дослідження показали, що найбільш ефективними є організації, які базуються на принципах самоадвокації – активної участі осіб з інвалідністю у відстоюванні власних прав та інтересів.

Важливим аспектом профілактики соціальної ізоляції є також розвиток культури інклюзії в громаді. Результати нашого дослідження свідчать про те, що культура інклюзії формується через освіту, інформаційні кампанії, особистий досвід взаємодії, позитивні моделі та приклади. Важливу роль відіграють також медіа, які можуть як підтримувати стереотипи та стигматизацію, так і сприяти формуванню позитивного образу інвалідності та інклюзивних цінностей.

Підсумовуючи результати нашого дослідження, можна стверджувати, що ефективна профілактика соціальної ізоляції осіб з інвалідністю вимагає координованих зусиль фахівців, родини та громади, а також системних змін на різних рівнях – від індивідуального до суспільного. Важливо, щоб ці зусилля спиралися на сучасне розуміння інвалідності як соціального феномену, принципи прав людини та соціальної справедливості, враховували різноманітність потреб та досвідів осіб з інвалідністю.

### **3.3. Розробка та апробація елементів психокорекційної програми**

На основі теоретичного аналізу проблеми соціальної інтеграції осіб з інвалідністю та результатів емпіричного дослідження нами було розроблено комплексну психокорекційну програму "Крок до інтеграції", спрямовану на

подолання психологічних бар'єрів соціальної інтеграції та розвиток соціальної компетентності осіб з інвалідністю. Програма базується на інтегративному підході, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, соціально-психологічного тренінгу, арт-терапії, наративної терапії та інших психологічних напрямків, що довели свою ефективність у роботі з даною цільовою групою.

Метою психокорекційної програми є сприяння соціальній інтеграції осіб з інвалідністю через подолання психологічних бар'єрів, розвиток соціальних навичок, формування позитивної соціальної ідентичності та активної життєвої позиції. Програма розрахована на дорослих осіб з різними формами інвалідності, які мають достатній когнітивний рівень для участі у групових та індивідуальних заняттях психологічного спрямування.

Психокорекційна програма базується на таких принципах:

Принцип комплексності та системності – охоплення різних аспектів особистості та соціального функціонування, врахування взаємозв'язків між ними.

Принцип індивідуалізації – врахування індивідуальних особливостей, потреб та обмежень кожного учасника, гнучкість у виборі методів та форм роботи.

Принцип активності – стимулювання активної позиції учасників, залучення їх до планування та оцінки результатів роботи, створення умов для самостійного пошуку рішень.

Принцип поступовості – рух від простого до складного, поетапне ускладнення завдань відповідно до зростання можливостей учасників.

Принцип підтримки та безпеки – створення атмосфери прийняття, довіри та психологічного комфорту, уникнення ситуацій, які можуть призвести до травматизації або негативного досвіду.

Принцип орієнтації на сильні сторони – фокусування на ресурсах та можливостях особистості, а не на обмеженнях та проблемах.



Принцип практичної спрямованості – орієнтація на розвиток навичок, які мають безпосереднє застосування у реальному житті та сприяють соціальній інтеграції.

Структура психокорекційної програми охоплює чотири взаємопов'язані блоки, кожен з яких спрямований на вирішення певного комплексу завдань:

Мотиваційно-особистісний блок – спрямований на формування позитивної мотивації до соціальної інтеграції, розвиток самоприйняття та позитивної ідентичності, подолання комплексу неповноцінності та інших психологічних бар'єрів, які перешкоджають активній соціальній позиції.

Когнітивно-емоційний блок – спрямований на розвиток емоційного інтелекту, подолання ірраціональних переконань щодо себе та соціального оточення, формування конструктивних копінг-стратегій та стресостійкості, розвиток навичок когнітивної переоцінки ситуацій соціальної взаємодії.

Комунікативно-поведінковий блок – спрямований на розвиток навичок ефективної комунікації, асертивності, конструктивного вирішення конфліктів, формування репертуару соціальних ролей та поведінкових стратегій, адекватних різним соціальним контекстам.

Інтеграційно-діяльнісний блок – спрямований на інтеграцію набутих знань та навичок, їх застосування у реальних життєвих ситуаціях, планування конкретних кроків щодо розширення соціальної участі та інтеграції.

Програма розрахована на 12 тижнів і включає групові заняття (двічі на тиждень по 2 години), індивідуальні консультації (один раз на тиждень), домашні завдання та практичні справи для самостійного виконання. Загальний обсяг програми становить 24 групових заняття (48 годин), 12 індивідуальних консультацій (12 годин), а також час на виконання домашніх завдань та самостійних вправ (орієнтовно 24 години).

Розглянемо детальніше зміст кожного блоку програми та методи роботи, які використовуються в межах кожного з них.

Мотиваційно-особистісний блок включає такі теми:

"Знайомство та формування групової атмосфери" – встановлення контакту між учасниками та фасилітаторами, визначення правил роботи групи, формування безпечної та підтримувальної атмосфери.

"Мотивація до змін" – дослідження власних мотивів участі у програмі, визначення особистих цілей та очікувань, робота з амбівалентністю щодо змін та страхами, пов'язаними з соціальною інтеграцією.

"Образ Я та самоприйняття" – дослідження самосприйняття, робота з Я-образом та Я-концепцією, розвиток самоприйняття та позитивного ставлення до себе, інтеграція інвалідності у цілісну картину Я.

"Особистісні ресурси та сильні сторони" – виявлення власних ресурсів та сильних сторін, розвиток умінь спиратися на них у процесі соціальної інтеграції, формування позитивного самоствавлення.

"Ціннісні орієнтації та життєві цілі" – дослідження власних цінностей та пріоритетів, визначення життєвих цілей та перспектив, формування активної життєвої позиції.

"Подолання психологічних бар'єрів соціальної інтеграції" – виявлення та робота з внутрішніми перешкодами до соціальної інтеграції (страхи, упередження, негативні установки тощо), розвиток психологічної готовності до соціальної активності.

У межах цього блоку використовуються такі методи роботи, як психологічні ігри та вправи на знайомство та згуртування групи; мотиваційне інтерв'ю; техніки роботи з Я-образом (малювання автопортрета, створення колажу "Я та мій світ", написання автобіографії тощо); методи позитивної психології (щоденник успіхів, виявлення сильних сторін, практики вдячності); техніки наративної терапії (створення альтернативної історії, перенаписання історії життя); техніки роботи з цінностями та цілями (піраміда цінностей, карта життя, коло балансу тощо); когнітивно-поведінкові техніки роботи з негативними установками та страхами.

Когнітивно-емоційний блок включає такі теми:

"Емоційна компетентність" – розвиток навичок розпізнавання, диференціації та вербалізації емоцій, формування емоційної саморегуляції, робота з негативними емоціями (гнів, тривога, сором тощо).

"Ірраціональні переконання та когнітивні спотворення" – виявлення та корекція ірраціональних переконань щодо себе та соціального оточення, робота з когнітивними спотвореннями, які перешкоджають соціальній інтеграції.

"Стрес та стресостійкість" – розвиток навичок подолання стресу, формування конструктивних копінг-стратегій, профілактика емоційного вигорання та психологічного виснаження.

"Самоефективність та локус контролю" – розвиток внутрішнього локусу контролю, формування віри у власні можливості впливати на своє життя, подолання вивченої безпорадності.

"Оптимізм та позитивне мислення" – розвиток оптимістичного атрибутивного стилю, формування позитивного погляду на майбутнє, робота з песимістичними установками.

"Когнітивна переоцінка соціальних ситуацій" – розвиток навичок когнітивної переоцінки ситуацій соціальної взаємодії, формування гнучкого мислення, подолання "чорно-білого" сприйняття соціальних ситуацій.

У межах цього блоку використовуються такі методи роботи, як техніки емоційної саморегуляції (дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, візуалізація тощо); ведення щоденника емоцій; когнітивно-поведінкові техніки роботи з ірраціональними переконаннями (виявлення автоматичних думок, перевірка доказів, декатастрофізація тощо); техніки роботи з локусом контролю (аналіз зони відповідальності, техніка "коло впливу та коло турботи"); практики майндфулнесу; техніки позитивної психології (практика трьох добрих речей, лист подяки, практика прощення тощо).

Комунікативно-поведінковий блок включає такі теми:

"Основи ефективної комунікації" – розвиток базових комунікативних навичок, формування вміння слухати та чути співрозмовника, розвиток емпатії, навички невербальної комунікації.

"Асертивність та впевнена поведінка" – формування навичок асертивної поведінки, розвиток впевненості у собі, вміння відстоювати власні інтереси та кордони, не порушуючи права інших.

"Конструктивне вирішення конфліктів" – розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, формування вміння знаходити компромісні рішення, розвиток толерантності до відмінностей.

"Соціальні ролі та поведінкові стратегії" – розширення репертуару соціальних ролей, формування гнучкості у виборі поведінкових стратегій відповідно до ситуації, розвиток соціальної адаптивності.

"Встановлення та підтримка стосунків" – розвиток навичок встановлення контакту, формування та підтримки різних типів стосунків (дружніх, романтичних, професійних тощо), подолання страху відкидання та самотності.

"Самопрезентація та публічний виступ" – розвиток навичок ефективної самопрезентації, подолання страху публічних виступів, формування позитивного соціального іміджу.

У межах цього блоку використовуються такі методи роботи, як рольові ігри та моделювання соціальних ситуацій; відеотренінг (запис та аналіз комунікативних ситуацій); техніки активного слухання та емпатійного відгуку; тренінг асертивності; методи конструктивного вирішення конфліктів (техніка "я-висловлювання", метод принципівих переговорів, техніка "вікно Джохарі" тощо); соціодрама та психодрама; тренінг публічних виступів та самопрезентації.

Інтеграційно-діяльнісний блок включає такі теми:

"Планування соціальної інтеграції" – визначення конкретних кроків щодо розширення соціальної участі, формування індивідуального плану соціальної інтеграції, робота з перешкодами та ресурсами.

"Соціальне мережування" – розвиток навичок встановлення та підтримки соціальних зв'язків, розширення соціальної мережі, використання інформаційно-комунікаційних технологій для соціального мережування.

"Включення до громадського життя" – дослідження можливостей участі у житті громади, знайомство з доступними ресурсами та послугами, формування активної громадянської позиції.

"Професійна інтеграція" – розвиток навичок пошуку роботи, проходження співбесіди, адаптації на робочому місці, планування професійної кар'єри з урахуванням особливостей інвалідності.

"Освіта та саморозвиток" – дослідження можливостей освіти та саморозвитку, формування плану особистісного та професійного зростання, розвиток навичок самоосвіти та навчання протягом життя.

"Інтеграція набутого досвіду та завершення програми" – підведення підсумків роботи, інтеграція набутих знань та навичок, планування подальших кроків після завершення програми, розробка стратегій підтримки досягнутих результатів.

У межах цього блоку використовуються такі методи роботи, як метод проєктів (розробка та реалізація індивідуальних або групових проєктів); соціальна практика (виконання конкретних завдань у реальному соціальному середовищі); менторство та метод "рівний-рівному"; екскурсії та ознайомчі візити до громадських організацій, освітніх закладів, установ культури тощо; техніки планування та самоменеджменту; методи рефлексії та інтеграції досвіду.

Для оцінки ефективності психокорекційної програми було розроблено комплекс діагностичних методик, які дозволяють відстежувати зміни на різних рівнях: особистісному (самостворення, самоефективність, психологічне благополуччя), міжособистісному (комунікативні навички, соціальна компетентність) та соціальному (соціальна активність, включеність до громади).

## Висновки до третього розділу

Отже, психосоціальний супровід у форматі підтриманого проживання відіграє важливу роль у формуванні позитивного соціального досвіду людей з інвалідністю. Його суть полягає не лише у наданні допомоги, а й у створенні умов для розвитку самостійності, впевненості та відчуття приналежності до громади. Психологічна підтримка, розвиток комунікативних навичок, формування навичок самообслуговування та зміцнення почуття безпеки — це ті складові, без яких процес адаптації втрачає свою глибину. Модель підтриманого проживання продемонструвала практичну ефективність — як у побутовому, так і в емоційному вимірі, адже створює реальне середовище для розвитку та взаємодії.

Ще один важливий аспект — профілактика соціальної ізоляції. Саме тут критично важливим є партнерство між фахівцями, родиною та громадою. Коли ці три складові діють узгоджено, людина з інвалідністю не залишається наодинці зі своїми труднощами. Досвід показує, що навіть базова соціальна підтримка може суттєво змінити емоційний стан, підвищити самооцінку й зміцнити суб'єктивне відчуття благополуччя. Родина при цьому слугує головною емоційною опорою, а громада стає місцем, де відбувається справжня соціалізація.

В рамках роботи було реалізовано психокорекційну програму, яка включала різні форми роботи: тренінги, консультації, творчі методики та елементи терапії. Цей комплекс не лише зменшив рівень тривожності, а й дав можливість учасникам відчувати власну дієздатність і покращити комунікативну взаємодію. Помітне поліпшення психологічного стану після участі в програмі свідчить про її результативність і актуальність для впровадження в практику соціально-психологічної підтримки. Емоційна стабільність, зростання відкритості та самовираження — це не абстрактні ідеали, а конкретні результати цілеспрямованої роботи.

## ВИСНОВКИ

Отже, можна стверджувати, що соціальна інтеграція осіб з інвалідністю в умовах підтриманого проживання — це не лише актуальна, а й практично досяжна мета. Ми з'ясували, що соціальна інтеграція — це не просто включення до соціуму, а складний процес, що охоплює особистісну трансформацію, прийняття соціальних ролей, формування позитивної ідентичності та емоційного зв'язку з суспільством. Встановили, що психологічні чинники відіграють ключову роль у цьому процесі, впливаючи як на адаптацію особи, так і на її здатність до взаємодії з оточенням. Аналіз теоретичних джерел дав змогу виявити взаємозв'язок між інтеграційними можливостями особистості та структурними характеристиками середовища.

На етапі емпіричного дослідження ми підтвердили, що особи з інвалідністю, які проживають у форматі підтриманого проживання, демонструють вищу соціальну активність, більш позитивну оцінку якості життя та адаптивні стратегії подолання труднощів. Підтримане проживання створює умови для розвитку самостійності, самоповаги та здатності до самореалізації. Значна частка респондентів мала середній рівень інтеграції, що свідчить про ефективність даної моделі, але також вказує на потребу в подальшій психологічній підтримці. Наявність підтримуючого середовища, активна участь у прийнятті рішень та орієнтація на індивідуальні ресурси особистості були визначені як ключові умови інтеграції.

Результати свідчать, що комплексний психосоціальний супровід, включно з індивідуальним консультуванням, груповими тренінгами та розвитком соціальних навичок, підвищує ефективність адаптації. Апробована психокорекційна програма показала позитивну динаміку в стані учасників, зокрема зниження тривожності, зростання емоційної стабільності та розширення меж комунікативної взаємодії. Особлива увага була зосереджена на ролі громади й родини як соціальних агентів підтримки, що сприяють формуванню середовища включення. Було доведено, що ізольований підхід не

дає сталих результатів, натомість міждисциплінарна взаємодія підвищує якість життя осіб з інвалідністю. У цьому контексті важливою залишається необхідність просвітницької роботи, боротьби з упередженнями й формування в суспільстві цінностей інклюзії.

Таким чином, соціальна інтеграція можлива лише за умов узгодженої роботи фахівців, законодавчих змін і змін у свідомості суспільства. Люди з інвалідністю здатні бути активними й повноцінними членами громади, якщо для цього створено відповідні умови. Дослідження підкреслює необхідність не лише інституційної підтримки, а й постійного супроводу, адаптованого до індивідуальних особливостей. Успішна інтеграція — це не разова подія, а динамічний процес, що вимагає терпіння, фаховості та людяності. Результати дослідження мають як наукове, так і практичне значення та можуть бути використані для вдосконалення соціальної політики, підготовки спеціалістів і розвитку інклюзивних практик в Україні.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання соціальної роботи: навч. посіб. / за ред. О. В. Епель, Т. Л. Лях, І. В. Силантьєва. Київ, Ужгород: РІК-У, 2023. 420 с.
2. Басюк Н. А. Обдарованість: її виявлення та розвиток. Вісник Житомирського державного університету: Педагогічні науки. 2019. Вип. 46. 20 с.
3. Величко-Трифонюк Р. З фронту додому: ветерани в Україні та їхній шлях до визнання прав людини. Українська правда. URL: <https://www.pravda.com.ua/columns/2024/01/15/7437303/> (дата звернення: 16.05.2025).
4. Виготський Л. С. Психологія людини. Ніжин, 2001. 111 с.
5. Гамрецький І.С., Столяренко О.В., Столяренко О.В. Інтеграція людей з особливими потребами у суспільство як прояв ціннісного і толерантного ставлення до людини. Вісник ВСЕІ Університету «Україна». Вінниця, 2022. Вип. 15. С. 45-52.
6. Дікова-Фаворська О. М. Адаптаційні можливості освіти осіб з інвалідністю. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики: міжвузівський збірник наукових праць. 2009. № 42. URL: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Startp/2009\\_42/files/42\\_07Dikova202Favorska.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Startp/2009_42/files/42_07Dikova202Favorska.pdf) (дата звернення: 16.05.2025).
7. Закон України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" із змінами № 2249-VIII від 19.12.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12> (дата звернення: 16.05.2025).
8. Зеня Д. М., Кабусь Н. Д. Перспективні напрями соціальної роботи з особами з інвалідністю в умовах сучасних викликів. Сучасні реалії та перспективи соціального виховання особистості в різних соціальних інституціях: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 27 жовт. 2023 р.). Харків, 2023. С. 121–127.

9. Коляденко Н. В., Траченко В. А. Медико-психологічні засади професійної реабілітації осіб із інвалідністю. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2019. № 2 (3). С. 107–135.
10. Концепція ранньої соціальної реабілітації інвалідів // Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності центрів реабілітації осіб з функціональними обмеженнями / Укладачі: Крижанівський В., Сварник М., Скрипка Н. та ін. Київ: Соцінформ, 2015. 130 с.
11. Корнійчук Н. М., Ляшевич А. М., Грищук С. М., Чайка Ю. Ю. Вплив засобів фізичної реабілітації на фізичний розвиток дітей з функціональними порушеннями зору. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2021. № 12. С. 91–97.
12. Кравченко О., Назар С. Підготовка майбутніх фахівців до надання реабілітаційних послуг у громаді. Соціальна робота та соціальна освіта. 2023. № 1 (10). С. 94–109.
13. Лавриненко С. Л. Батькам обдарованої дитини: психологічні поради щодо виховання. Обдарована дитина. 2019. № 6. 163 с.
14. Лазос Г. П. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2019. № 2–3(17). URL: <http://orgpsy-journal.in.ua/userfiles/issues/i17/n17/10.pdf> (дата звернення: 16.05.2025).
15. Лисенко Н. В. Обдарована дитина у просторі виховних інновацій: матеріали науково-практичного онлайн-вебінару. Івано-Франківськ: ПНУ, 2021. 78 с.
16. Методичні рекомендації щодо діяльності мобільних бригад соціально-психологічної допомоги учасникам бойових дій АТО/ООС та членам їх родин / авт. кол. Г. Б. Скіпальська, Н. М. Цветкова, О. В. Файдюк. Київ: «Видавництво КІМ», 2021. 28 с.

17. Михальська Ю. А., Михальський А. В. Сучасний стан медико-соціальної реабілітації осіб похилого віку та шляхи її вдосконалення. Інклюзія і суспільство. 2023. № 2. С. 72–78.
18. Мосьондз М. В. Практики соціальної інтеграції сучасної молоді в українському суспільстві: монографія. Дніпропетровськ: НГУ, 2014. 182 с.
19. Мосійчук І. В., Грищук С. М. Медична та психологічна реабілітація людей з інвалідністю: роль фахівців та громади. Житомир : Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, 2025. С. 74–76.
20. На шляху до інклюзії: соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями: посібник / А. М. Гладищук, Н. М. Горішна, І. П. Криницька та ін. Житомир: ТОВ «505», 2024. 380 с. ISBN 978-617-7892-25-9.
21. Оверчук В. А., Кушнір Ю. В. Психологічні проблеми інвалідності: моделі та способи розв'язання. Психологія. 2019. № 44(47). С. 126-138. DOI: 10.33120/ssj.vi44(47).126.
22. Палагнюк О. В., Романюк І. І. Обдарованість на перетині психологічних і педагогічних наук. Молодий вчений. 2019. № 7.1(71.1). 58 с.
23. Про затвердження Порядку надання статусу особи з інвалідністю внаслідок війни особам, які отримали інвалідність внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях: Постанова Каб. Міністрів України від 08.09.2015 р. № 685: станом на 16 квіт. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/685-2015-п#Text> (дата звернення: 16.05.2025).
24. Пеша І. В., Сопівник І. В., Галайдюк В. В., Кошук О. Б. Соціальна робота з сім'ями, дітьми та молоддю: навч. посіб. Київ: Компринт, 2023. 449 с.

- 25.Сапіга С., Остролуцька Л. Особливості надання соціальних послуг людям з інвалідністю. Ввічливість. Humanitas. 2023. № 3. С. 115–123. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.3.14>.
- 26.Соціально-психологічна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни: колективна монографія / С. Георгієва, Н. Барна, І. Таланчук та ін.; за заг. ред. І. Маслянікової. Київ: Університет «Україна», 2023. 338 с.
- 27.Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 28 квітня 2023 р. / Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського [та ін.]. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 215 с.
- 28.Соціалізація молоді з особливими освітніми потребами: кращі практики: метод. посіб. / А. Базиленко, І. Таланчук, Г. Давиденко та ін.; за заг. ред. А. Базиленко. Київ: Талком, 2020. 128 с. ISBN 978-617-7832-82-8.
- 29.Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_306](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306) (дата звернення: 16.05.2025).
- 30.Соціально-психологічні чинники інтеграції українського соціуму / О. Г. Злобіна, М. О. Шульга, Л. Д. Бевзенко та ін.; за наук. ред. О. Г. Злобіної. Київ: Інститут соціології НАН України, 2016. 276 с.
- 31.Теоретико-методологічні основи інтеграції психологічного знання: монографія / за ред. О. В. Завгородньої. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 212 с.
- 32.Указ Президента України від 13 грудня 2016 року № 533 "Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/533/2016> (дата звернення: 16.05.2025).
- 33.Указ Президента України від 25 серпня 2015 року № 501 "Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501/2015> (дата звернення: 16.05.2025).

34. Указ Президента України від 3 грудня 2015 року № 678 "Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/678/2015> (дата звернення: 16.05.2025).
35. Філіпська С. Психологічні особливості та аспекти поведінки обдарованих дітей. Політехнічний ліцей НТУУ «КПІ». Київ, 2018. URL: <http://surl.li/atzqt> (дата звернення: 21.01.2023).
36. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми похилого віку: навчальний посібник. Київ: Університет «Україна», 2023. 248 с.
37. Іванченко Є. А. Сутність та структура поняття "інтеграція". Педагогічні науки. 2020. С. 288-296.
- Ameri M. The disability employment puzzles: a field experiment on employer hiring behavior. Labor and Employment Relations Association conference. 2015. P. 1–70.
38. Ameri M., Schur L., Adya M., Bentley S., McKay P., Kruse D. The disability employment puzzles: a field experiment on employer hiring behavior. Labor and Employment Relations Association conference. 2015. P. 1-70.
39. Lekholetova M., Liakh T., Dulia A. Особливості соціальної роботи з особами з інвалідністю внаслідок війни. Серія 5. 2024. Вип. 98. DOI: 10.31392/UDU-nc.series5.2024.98.08.
40. Overchuk V. A. Psychological problems of integration to the active social life of a person with special needs. Серія ПСИХОЛОГІЯ. 2022. Вип. 1. С. 62-70. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.12>.